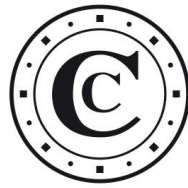


Cour des comptes



FINANCES ET COMPTES PUBLICS

LA SÉCURITÉ SOCIALE

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

Mai 2025

Sommaire

Procédures et méthodes	9
Délibéré	13
Récapitulatif des recommandations	15
Introduction générale	23
Première partie Une trajectoire des comptes sociaux hors de contrôle	31
Chapitre I Un financement de la sécurité sociale non assuré à terme sauf mesures vigoureuses de redressement	33
I - En 2024, un creusement du déficit inédit hors période de crise	37
A - Un déficit bien plus élevé que prévu, qui interrompt le redressement entamé depuis 2021	37
B - Une prévision de recettes trop optimiste	39
C - Une hausse des dépenses due à la revalorisation des prestations et au rythme d'évolution de l'Ondam	42
II - Une trajectoire de déficits conduisant à l'accumulation d'une dette non financée	48
A - En 2025, des hypothèses dont le respect est incertain	49
B - Après 2025, une dégradation continue du déficit	52
C - Une dette croissante et non financée, qui appelle des mesures fortes de retour à l'équilibre	57
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 2024	63
I - Avis de la Cour sur la cohérence des tableaux d'équilibre pour l'exercice 2024	67
A - Les tableaux d'équilibre pour l'exercice 2024	68
B - Avis de la Cour	69
C - Motivations détaillées de l'avis de la Cour	71
II - Avis de la Cour sur la cohérence du tableau de situation patrimoniale au 31 décembre 2024	74
A - Le tableau de situation patrimoniale au 31 décembre 2024	75
B - Avis de la Cour	79
C - Motivations détaillées de l'avis de la Cour	82

Chapitre II Des dérives continues dans l'exécution de l'Ondam, un pilotage efficace à retrouver 87

I - En 2024, une occasion manquée de retour à une maîtrise de l'exécution de l'Ondam.....	92
A - Malgré un contexte favorable, un nouveau dépassement de l'Ondam en 2024	92
B - Une régulation insuffisante des dépenses, un risque pour tenir la trajectoire pluriannuelle	95
II - Une maîtrise des dépenses à resserrer pour chacun des sous-objectifs	101
A - Une poursuite de la forte dynamique des dépenses de soins de ville à réguler	102
B - Une impasse financière des hôpitaux publics appelant une impérative restructuration de l'offre de soins	107
C - Une indispensable transformation des établissements médico-sociaux, au-delà des aides ponctuelles.....	110
D - Une accélération des dépenses de produits de santé, des mécanismes de régulation à étoffer	112

Chapitre III Maîtriser la dynamique des allègements généraux de cotisations sociales, contribuer à l'équilibre financier de la sécurité sociale..... 117

I - Un allègement du coût du travail insuffisamment piloté et évalué.....	122
A - Des dispositifs ouverts sans condition, des mécanismes de régulation peu opérationnels.....	122
B - Une adaptation du profil des allègements généraux de cotisations sociales à définir	129
II - Un financement de la sécurité sociale à mieux prendre en compte	134
A - Une fragilisation du financement de la sécurité sociale à endiguer	134
B - Des pistes d'économie supplémentaires à envisager.....	140

Deuxième partie Des réformes nécessaires pour un redressement pérenne des comptes sociaux..... 145

Chapitre IV L'intérim paramédical dans les établissements de santé : un dispositif à réguler 147

I - Un développement significatif malgré le caractère subsidiaire de l'intérim.....	151
A - Une solution en principe exceptionnelle.....	151
B - Un développement lié à la tension sur le marché du travail.....	155
II - Des effets croissants sur le système de santé	157
A - Une dépense encore circonscrite mais nettement haussière	157
B - Une incidence importante sur l'organisation de certains établissements de santé	163

III - Une nécessaire maîtrise du recours à l'intérim paramédical.....	166
A - Mieux réguler le marché de l'intérim paramédical	167
B - Mobiliser d'autres leviers pour traiter les causes structurelles du recours croissant à l'intérim.....	171
Chapitre V Le personnel non soignant à l'hôpital public : repenser les fonctions support	177
I - Le personnel non soignant, indispensable au bon fonctionnement des hôpitaux	181
A - Des fonctions diverses, des comparaisons à manier avec prudence.....	181
B - Le personnel non soignant, un appui nécessaire aux fonctions soignantes	186
II - Des pistes d'efficience à rechercher	191
A - Des choix d'organisation des fonctions support à mieux piloter	191
B - Moderniser les fonctions support pour en améliorer la performance	196
Chapitre VI La gestion du stock stratégique de masques : des progrès encore insuffisants depuis la crise sanitaire	203
I - Un stock réorganisé et en cours de renouvellement à des conditions favorables	207
A - Un stock important et hétéroclite dont l'implantation a été réorganisée	207
B - Un renouvellement engagé	211
II - Une doctrine d'emploi et une organisation opérationnelle à redéfinir	216
A - Une doctrine à clarifier	217
B - Une nécessaire régularité d'acquisition et de rotation dynamique des masques	220
C - Une distribution à préparer dans l'éventualité d'une nouvelle crise sanitaire	223
Chapitre VII Le cumul emploi-retraite : un coût élevé, une cohérence à établir	227
I - Une réglementation confuse et mise en œuvre de manière peu efficiente.....	232
A - Une réglementation complexe et atypique par rapport à celle des pays comparables.....	232
B - Une mise en œuvre insatisfaisante	237
II - Des effets coûteux pour le système de protection sociale	240
A - Un recours croissant au cumul emploi-retraite	240
B - Une remise en ordre nécessaire.....	246

**Chapitre VIII La fraude aux retraites versées à l'étranger :
des améliorations à poursuivre pour mieux la prévenir et la réduire 255**

I - Des enjeux concentrés dans quelques pays, des risques de fraude mieux appréhendés.....	260
A - Des montants significatifs concentrés géographiquement	260
B - Des risques de fautes et de fraudes spécifiques aux prestations versées à l'étranger.....	263
C - Des améliorations notables dans l'appréhension du risque de décès non déclaré	265
II - Des améliorations indispensables pour mieux prévenir et déceler les fraudes	271
A - Estimer la fraude et évaluer les préjudices relatifs aux pensions de retraite versées à l'étranger	271
B - Développer, mutualiser et accélérer les échanges avec les autres pays et les partenaires administratifs.....	273
C - Identifier et mieux recouvrer les montants versés à tort par les régimes, réviser les sanctions	280

Chapitre IX La gestion des indus par les caisses de sécurité sociale du régime général : une détection à renforcer, un recouvrement à optimiser 285

I - Des indus élevés, non systématiquement détectés ni recouvrés	290
A - Des indus importants recouvrés majoritairement grâce aux retenues et aux échéanciers.....	290
B - Des procédures de recouvrement à améliorer	292
C - Une masse importante d'indus non détectés	297
D - Les indus frauduleux, une détection à renforcer, un recouvrement difficile.....	298
II - Des actions nécessaires pour réduire le volume des indus et améliorer leur recouvrement	301
A - Mieux identifier les causes d'indus pour définir une stratégie d'actions plus efficace.....	301
B - Mieux prévenir la constitution d'indus	303
C - Améliorer le recouvrement	307
D - Une lutte contre les indus frauduleux en progrès mais à améliorer	312

**Troisième partie Services financés par la sécurité sociale :
une qualité et une efficacité à renforcer 315**

**Chapitre X Une branche autonomie aux leviers insuffisants
pour faire face à des enjeux démographiques cruciaux..... 317**

I - La reconnaissance d'un risque, une branche aux réalisations encore limitées.....	322
A - Une évolution majeure	322
B - Un premier bilan peu satisfaisant.....	325
C - Un cadre actuel trop complexe	330

II - Face aux enjeux du vieillissement, des évolutions nécessaires	334
A - Une hausse future des dépenses à mieux évaluer	334
B - Des transformations de la branche à mener	341
Chapitre XI Les pharmacies d'officine : un modèle en mutation	347
I - L'évolution territoriale du réseau officinal : un accès aisé à préserver	351
A - Un maillage territorial encore équilibré malgré une érosion du nombre d'officines	352
B - Une hausse des fermetures en zones rurales	353
C - Des mesures peu pertinentes pour maintenir le maillage du territoire	355
II - L'extension du rôle du pharmacien pour améliorer l'accès aux soins	359
A - Le poids toujours prédominant de la vente des médicaments remboursés dans l'activité des officines	359
B - Une offre de soins renforcée depuis la crise sanitaire	364
C - Une transformation inachevée du modèle officinal	367
III - Des risques de fragilisation de l'officine et de perte d'indépendance du pharmacien	371
A - Des évolutions structurantes des conditions d'exercice	371
B - Des bouleversements économiques en cours	375
C - Une régulation insuffisamment coordonnée	377
Chapitre XII Le service public des pensions alimentaires : une montée en charge rapide, une qualité de service en deçà des attentes.....	381
I - Un dispositif déployé rapidement, insuffisamment piloté par les pouvoirs publics	385
A - Un déploiement qui s'est précipité à partir de 2017	386
B - Un manque de données préjudiciable au pilotage du dispositif	392
II - Une mise en œuvre à parachever, une qualité de service à améliorer	396
A - Des partenariats inaboutis, des points qui restent à trancher	396
B - Un manque de suivi des coûts, des moyens additionnels déployés dans l'urgence.....	401
C - Une qualité de service en deçà des attentes	404
Chapitre XIII Les pensions d'invalidité : des évolutions nécessaires, un retour à l'emploi à favoriser	413
I - Un dispositif encadré qui indemnise un nombre élevé d'assurés	417
A - Une indemnisation soumise à des conditions strictes	417
B - Des dépenses moins dynamiques depuis 2020 mais un coût qui reste important	420
II - Une gestion de l'invalidité à améliorer	424
A - Un pilotage et une qualité de service à renforcer	425
B - Une capacité de travail et de gain à mieux évaluer	428

III - Un retour à l'emploi à favoriser dans l'intérêt des assurés et des comptes sociaux	433
A - Des conditions de cumul invalidité-emploi rendues plus incitatives	434
B - Des employeurs à mieux mobiliser pour favoriser le maintien en emploi	435
C - Des acteurs de la prévention de la désinsertion professionnelle à mobiliser plus précocement	437
Chapitre XIV La retraite des artistes-auteurs : une indispensable restructuration de la gestion	441
I - Une population diverse, bénéficiant d'un système de retraite spécifique	445
A - Un public hétérogène aux revenus disparates	445
B - Une couverture vieillesse qui tient compte des spécificités des artistes-auteurs.....	448
II - Des améliorations notables de la gestion des retraites, une restructuration à poursuivre	453
A - Une réforme inaboutie de la gestion de la couverture de base, une consolidation de la gestion des régimes complémentaires	453
B - Des progrès en matière de recouvrement des cotisations et de services rendus aux assurés	458
C - Une réorganisation à poursuivre	461
Liste des abréviations	467

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 MM. Appia, Bizeul, Burckel, Mme Caroli, MM. Chailland, Chastenet de Géry, Colcombet, Drouet, Fourier, Fulachier, Guégano, Guérin, de la Guéronnière, Machard, Moguérou, Rabaté, Urgin, Mmes Domenach, Régis, Soussia et M. Thomas, conseillers maîtres.

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

Le projet de rapport a été délibéré par la sixième chambre de la Cour les 23 octobre 2024, 22, 24 janvier 2025, 12, 13, 14, 17, 21 et 28 mars 2025.

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

- en tant que contre-rapporteurs, par MM. Chastenet de Géry, Fulachier, Guégano, Machard, Urgin et Mme Soussia, conseillère et conseillers maîtres ;
- en tant que rapporteurs, par MM. Appia, Bizeul, Burckel, Chastenet de Géry, Guégano, et Thomas et Mmes Caroli, Domenach conseillères et conseillers maîtres, Mmes Leduc-Denizot, Terrasse, Vanden Driessche, M. Kersauze, conseillères et conseillers référendaires, M. Maybon, auditeur, Mmes Bascoul, Bellanger-Mauffret, Chabbert, Roncin, Ser-Istin, MM. Chevrier, Dalmais, Grignon, Huby, Ramanadane, Lavastre et Vacchino, conseillères et conseillers référendaires en service extraordinaire, , avec le concours de M. Netter, conseiller expert, MM. Bullier, Colin, Amvene Nko'o, Mme Veyrat, experte et experts de certification, Mme Lereculey-Peran, experte des systèmes d'information et Mmes Apparito, Catherine, Dubit, MM. Anagnan, Charre, Dejean, Raynal et Théveneau, vérificatrices et vérificateurs.

Les projets de chapitres ont été examinés et approuvés¹ :

- le 4 février 2025 par le comité du rapport public et des programmes composé de M. Moscovici, Premier président, M. Rolland, rapporteur général, M. Charpy, Mme Camby, M. Meddah, Mme Mercereau, M. Lejeune et Mme Thibault, présidentes et présidents de chambre de la Cour, M. Albertini, M. Strassel, M. Roux, Mme Mouysset et Mme Daussin-Charpantier, présidentes et présidents de chambre régionale des comptes, et M. Groper, premier avocat général, représentant Mme Hamayon, Procureure générale, entendu en ses avis ;
- le 25 mars 2025 par le comité du rapport public et des programmes de la Cour des comptes, composé de M. Moscovici, Premier président, M. Rolland, rapporteur général, M. Charpy, Mme Camby, M. Meddah, Mme Mercereau, M. Lejeune et Mme Thibault, présidentes et présidents de chambre de la Cour, M. Albertini, M. Strassel, M. Roux, Mme Daussin-Charpantier, Mme Mouysset et Mme Daam, présidentes et présidents de chambre régionale des comptes, et M. Groper, premier avocat général, représentant Mme Hamayon, Procureure générale, entendu en ses avis ;

¹ M. Bertucci, président de la chambre du contentieux, s'est déporté pour l'ensemble des projets de publication examinés lors de ces séances.

- le 1^{er} avril 2025 par le comité du rapport public et des programmes de la Cour des comptes composé de M. Moscovici, Premier président, M. Hayez, rapporteur général, M. Charpy, Mme Camby, M. Meddah, Mme Mercereau, M. Lejeune et Mme Thibault, présidentes et présidents de chambre de la Cour, M. Albertini, M. Strassel, M. Roux, Mme Daussin-Charpantier, Mme Mouysset et Mme Daam, présidentes et présidents de chambre régionale des comptes, et Mme Hamayon, Procureure générale, entendue en ses avis ;
- le 13 mai 2025 par le comité du rapport public et des programmes de la Cour des comptes, composé de M. Moscovici, Premier président, M. Hayez, rapporteur général, Mme Camby, M. Meddah, Mme Mercereau et M. Lejeune, présidentes et présidents de chambre de la Cour, M. Glimet, président de section, représentant M. Charpy, M. Oserdeczuk, président de section, représentant Mme Thibault, présidente de chambre, M. Albertini, M. Strassel, M. Roux, Mme Daussin-Charpantier, Mme Mouysset et Mme Daam, 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 2025 (RALFSS)*.

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

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

Ont participé au délibéré : M. Moscovici, Premier président, Mme Camby, M. Meddah, Mme Mercereau, MM. Lejeune, Hayez présidents de chambre, Mme Démier, présidente de chambre maintenue, MM. Barbé, Feller, Machard, Mme Engel, MM. Boudy, Aulin, Mme Bouzanne des Mazéry, M. Homé, Mme Latournarie-Willems, MM. Duboscq, Oséredczuck, Guérin, Boullanger, Mairal, Colin, Spilliaert, Mme Lignot-Leloup, M. Thomas, Mmes Oltra-Oro, Charolles, Caroli, M. Blanchot, conseillers maîtres, M. Saint-Paul, Mme Wisnia-Weill, conseillers maîtres en service extraordinaire, MM. Albertini, Strassel, Sire, 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. Maybon, auditeur, rapporteur général adjoint, 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 M. Genève, substitut général.

MM. Bertucci, Michaut, Bonnaud, Mme Pailot-Bonnétat, membres de la chambre du conseil, n'ont pas pris part à la délibération.

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

Fait à la Cour, le 21 mai 2025

Récapitulatif des recommandations

Chapitre 1 bis. Avis de la Cour sur la cohérence des tableaux d'équilibre et du tableau de situation patrimoniale de la sécurité sociale pour 2024

1. (recommandation reformulée) Produire au 5 avril de l'année suivant l'exercice visé les tableaux d'équilibre et le tableau de situation patrimoniale en examinant une production anticipée des comptes (*ministère de la santé, des solidarités et des familles*).
2. (recommandation reformulée) Poursuivre le renforcement de la traçabilité, la formalisation et l'explication des retraitements opérés pour la production des tableaux d'équilibre et revoir les modalités d'établissement de ces derniers (*ministère de la santé, des solidarités et des familles*).
3. (recommandation réitérée) Mettre fin aux contractions de produits et de charges dans les tableaux d'équilibre, non conformes au cadre normatif fixé par la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale, pour l'établissement des comptes des régimes obligatoires de base de sécurité sociale (*ministère de la santé, des solidarités et des familles*).

Chapitre 2. Des dérives continues dans l'exécution de l'Ondam, un pilotage efficace à retrouver

4. Afin d'éviter tout nouveau dépassement de l'Ondam, définir des mesures infra-annuelles permettant de réguler les dépenses en évitant les répercussions sur le résultat des hôpitaux publics (*ministère de l'économie, des finances et de la souveraineté industrielle et numérique et au ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles*).
5. Dans la perspective du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2026, préparer un programme pluriannuel de mesures de maîtrise sur la progression des dépenses de l'Ondam en développant la prévention en santé, en réorganisant l'offre de soins des établissements de santé et des établissements et services médico-sociaux et en recherchant un partage des efforts entre les acteurs du système de santé (*ministère de l'économie, des finances et de la souveraineté industrielle et numérique et au ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles*).

*Chapitre 3. Maitriser la dynamique des allègements généraux
de cotisations sociales, contribuer à l'équilibre financier
de la sécurité sociale*

6. Calibrer le plafond d'éligibilité, l'assiette de calcul et le profil de la future réduction générale dégressive dans l'objectif de contribuer au retour à l'équilibre financier de la sécurité sociale (*ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles, ministère de l'économie, des finances et de la souveraineté industrielle et numérique*).
7. Faire assumer directement et intégralement par l'État la compensation des allègements généraux de cotisations sociales patronales à l'Agirc-Arrco et à l'Unédic (*ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles, ministère de l'économie, des finances et de la souveraineté industrielle et numérique*).

*Chapitre 4. L'intérim paramédical dans les établissements de santé :
un dispositif à réguler*

8. Rendre obligatoires les contrôles des situations de cumuls d'emplois dans la fonction publique hospitalière en s'appuyant sur le fichier des déclarations préalables à l'embauche (*ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles*).
9. Clarifier sans délai le régime juridique du recours aux contrats de vacataires dans la fonction publique hospitalière (*ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles*).
10. Prévoir un plafonnement global des rémunérations des intérimaires paramédicaux incluant les coefficients de gestion (*ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles*).
11. Encadrer le recours aux contrats d'allocation d'études en interdisant expressément la pratique des rachats entre établissements et en plafonnant le montant des indemnités versées et la durée d'engagement prévus dans ce cadre (*ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles*).
12. Interdire l'exercice professionnel en établissement sous le statut de micro-entrepreneur au personnel paramédical (*ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles*).

*Chapitre 5. Le personnel non-soignant à l'hôpital public :
repenser les fonctions support*

13. Rendre obligatoire une méthode commune aux hôpitaux publics et privés de calcul du coût des unités d'œuvre des principales fonctions support (*ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles*).
14. Assurer un suivi des mutualisations des fonctions support afin d'identifier les bonnes pratiques (*ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles*).
15. Accélérer dans tous les hôpitaux publics le déploiement des applicatifs de facturation et de recouvrement auprès des assurances complémentaires (*ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles, ministère de l'économie, des finances et de la souveraineté industrielle et numérique*).
16. Ouvrir les appels à projets financés dans le cadre du numérique en santé à des applications relatives aux fonctions support (*ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles*).

*Chapitre 6. La gestion du stock stratégique des masques :
des progrès encore insuffisants depuis la crise sanitaire*

17. Faire évoluer le cadre juridique permettant la cession à titre gratuit des produits issus du stock d'État détenu par Santé publique France (recommandation reformulée) (*ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles, Santé publique France*).
18. Après modification du cadre juridique, organiser en période ordinaire le circuit de distribution des masques avant leur péremption, en fonction des besoins des hôpitaux publics (*ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles, Santé publique France*).
19. Évaluer au bout de quelle durée de conservation les masques deviennent inutilisables en cas de crise sanitaire et les détruire en conséquence (*ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles, Santé publique France*).
20. Étendre le circuit de distribution des masques en cas de crise sanitaire au-delà des seuls hôpitaux publics et pharmacies (*ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles, Santé publique France*).

Chapitre 7. Le cumul emploi-retraite : un coût élevé, une cohérence à établir

21. Simplifier la réglementation du cumul emploi-retraite de droit commun en prévoyant l'écèlement des pensions servies par les régimes de base à hauteur de tout ou partie des revenus d'activité tant que l'assuré n'a pas atteint l'âge d'obtention automatique du taux plein (*ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles*).
22. Organiser l'automatisation du contrôle des revenus d'activité et de l'écèlement des pensions servies (*ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles*).

Chapitre 8. La fraude aux retraites versées à l'étranger : des améliorations à poursuivre pour mieux la prévenir et la réduire

23. Estimer la fraude aux pensions de retraite versées à l'étranger et adapter le système d'information afin que les régimes puissent identifier les pensions de retraite versées à l'étranger ainsi que les fraudes afférentes (*ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles, Caisse nationale d'assurance vieillesse, Agirc-Arrco*).
24. Renforcer les partenariats entre le régime général et le régime complémentaire pour mieux détecter les fraudes aux pensions de retraite versées à l'étranger et accélérer le développement des échanges de données informatisés avec les pays à fort enjeu (*ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles, Caisse nationale d'assurance vieillesse, Agirc-Arrco*).
25. Renforcer les contrôles anti-fraude dans les pays sans échanges de données informatisés sur les décès, en privilégiant la présence physique de la personne contrôlée (*groupement d'intérêt public Union Retraite, Caisse nationale d'assurance vieillesse, Agirc-Arrco*).
26. Améliorer l'outil de gestion des créances afin de pouvoir suivre les indus par millésime, par pays ainsi que par catégories de prestations et le raccorder à l'outil de gestion des fraudes (*Caisse nationale d'assurance vieillesse, Agirc-Arrco*).

Chapitre 9. La gestion des indus par les caisses de sécurité sociale du régime général : une détection à renforcer, un recouvrement à optimiser

27. Doter chaque branche d'un outil intégré de gestion permettant la constatation des indus sur toute la durée légale de la prescription et leur recouvrement à tous les stades de la procédure (*ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles, caisses nationales d'assurance maladie, d'assurance vieillesse et des allocations familiales*).

28. Fixer à chaque branche des objectifs plus ambitieux de détection et de performance du recouvrement des indus (*ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles, caisses nationales d'assurance maladie, d'assurance vieillesse et des allocations familiales*).
29. Refondre le régime des remises de dette en un cadre juridique unique, incluant un barème commun aux branches et placer ce dispositif sous la responsabilité des directeurs et directeurs comptables et financiers des caisses (*ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles*).
30. Mettre en recouvrement l'ensemble des participations et franchises dues par les assurés de la branche maladie (*ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles, Caisse nationale d'assurance maladie*).

Chapitre 10. Une branche autonomie aux leviers insuffisant pour faire face à des enjeux démographiques cruciaux

31. À partir de projections démographiques et de scénarios de prise en charge associant les départements, préciser les besoins liés au grand âge après 2030 ; en déduire une trajectoire de financement (*ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles, Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie*).
32. Élaborer un cadre de gouvernance informatique de la branche (cartographie, stratégie de collecte, etc.) garantissant une remontée des données et leur partage entre les opérateurs concernés dans le cadre de la future convention d'objectifs et de gestion (*ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles, Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie*).
33. Renforcer le rôle des agences régionales de santé dans la régulation des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes et l'attribution de leurs financements complémentaires (crédits disponibles en fin d'exercice et fonds de soutien) (*ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles, Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie*).
34. Affecter au financement d'un panier-socle de prestations d'aide à l'autonomie à domicile, à définir, le montant actuel des concours versés par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie aux départements pour l'allocation personnalisée d'autonomie (*ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles, Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie*).

Chapitre 11. Les pharmacies d'officine : un modèle en mutation

35. Remplacer la notion de « territoires fragiles » par la détermination d'officines fragiles essentielles à l'accès aux médicaments (*ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles*).
36. Évaluer l'expérimentation « Osys », de prise en charge en officine d'affections bénignes, dans un calendrier compatible avec sa possible généralisation dès janvier 2026 (*ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles*).
37. Fonder la rémunération officinale de la délivrance de médicaments sur l'acte de dispensation au patient, indépendamment du nombre de boîtes vendues (*Caisse nationale d'assurance maladie*).
38. Intégrer l'ensemble des remises sur les médicaments accordées par les fournisseurs, et les marges sur les dispositifs médicaux, dans la rémunération officinale (*ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles, Caisse nationale d'assurance maladie*).
39. Réviser le statut de pharmacien-adjoint en matière de détention du capital et d'effectif minimal par officine (*ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles ; Conseil national de l'ordre des pharmaciens*).
40. Soumettre la validité juridique des actes contractuels déterminant l'installation d'un pharmacien à l'approbation préalable de l'ordre des pharmaciens (*ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles, Conseil national de l'ordre des pharmaciens*).

Chapitre 12. Le service public des pensions alimentaires : une montée en charge rapide, une qualité de service en deçà des attentes

41. Confier à l'Agence de recouvrement et d'intermédiation des pensions alimentaires, avec l'appui de l'Insee, la réalisation d'enquêtes et la collecte des données portant sur les séparations et les pensions alimentaires nécessaires, notamment, à l'évaluation des taux et des montants d'impayés, en vue de la constitution d'un observatoire géré par la Caisse nationale des allocations familiales (*ministère du travail, de la santé, des solidarités et de la famille, ministère de la justice, ministère de l'économie, des finances et de la souveraineté industrielle et numérique, Caisse nationale des allocations familiales*).
42. Rendre obligatoire la transmission à l'Agence de recouvrement et d'intermédiation des pensions alimentaires des données relatives au nombre des séparations extra-judiciaires enregistrées par les notaires, précisant l'existence d'enfants à charge et le montant d'éventuelles pensions alimentaires (*ministère du travail, de la santé, des solidarités*

et de la famille, ministère de la justice, ministère de l'économie, des finances et de la souveraineté industrielle et numérique, Caisse nationale des allocations familiales).

43. Charger la Caisse nationale des allocations familiales et la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole d'identifier et de suivre les coûts de gestion du service public des pensions alimentaires et y intégrer ceux transmis par le ministère de la justice et le ministère de l'Europe et des affaires étrangères (*ministère du travail, de la santé, des solidarités et de la famille, ministère de la justice, ministère de l'Europe et des affaires étrangères, Caisse nationale des allocations familiales, Caisse centrale de la mutualité sociale agricole*).
44. Enrichir l'information mise à disposition des usagers et les tenir informés, en temps réel, de l'évolution de leur situation, afin de réduire le volume d'appels reçus par l'Agence de recouvrement et d'intermédiation des pensions alimentaires (*Caisse nationale des allocations familiales, Caisse centrale de la mutualité sociale agricole*).

Chapitre 13. Les pensions d'invalidité : des évolutions nécessaires, un retour à l'emploi favorisé

45. (Recommandation reformulée) Limiter le versement des pensions d'invalidité de première catégorie à une durée définie et renouvelable, en fonction de l'âge et de l'état de santé des assurés (*ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles*).
46. Accroître la fréquence des réexamens de pensions d'invalidité en mettant en place une alerte en cas de reprise d'activité déclarée par l'assuré et en mobilisant davantage les infirmiers du service médical (*Caisse nationale d'assurance maladie*).
47. Organiser la transmission à l'assurance maladie, par les infirmiers et les autres personnels des services de prévention et de santé au travail, des informations relatives aux conditions de travail et d'emploi des assurés, afin que l'assurance maladie puisse mieux évaluer leur employabilité (*ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles, Caisse nationale d'assurance maladie*).
48. Rendre obligatoire la convocation des salariés absents depuis plus de 30 jours pour raison médicale à une visite de préreprise ; à cet effet, prévoir la transmission des informations nécessaires par leur employeur à la médecine du travail (*ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles*).

Chapitre 14. La retraite des artistes-auteurs : une indispensable restructuration de la gestion

49. Conformément aux principes de solidarité et d'équité du régime général de sécurité sociale, relever le taux de cotisation vieillesse sur les revenus supérieurs au plafond de la sécurité sociale au-delà du niveau pris en charge par l'État (*ministère du travail, de la santé, de la solidarité et des familles, ministère de la culture*).
50. Mettre en place sans délai le contrôle de l'assiette des cotisations sociales des artistes-auteurs afin de s'assurer de l'exactitude et de l'exhaustivité des déclarations (*Agence centrale des organismes de sécurité sociale*).
51. Transférer à l'Urssaf Limousin les missions actuellement confiées à la sécurité sociale des artistes-auteurs (affiliation, gestion de l'action sociale et information) et confier à une instance nationale de représentation des artistes-auteurs le soin d'arbitrer les cas les plus complexes en matière d'affiliation et d'action sociale (*ministère du travail, de la santé, de la solidarité et des familles, ministère de la culture, sécurité sociale des artistes-auteurs, Agence centrale des organismes de sécurité sociale*).

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 2024 de la sécurité sociale, avant le 1^{er} juin suivant la clôture de l'exercice.

Le présent rapport s'attache à :

- présenter la situation des finances sociales au terme de l'exercice 2024 afin d'éclairer le vote par le Parlement de la loi d'approbation des comptes de la sécurité sociale ;
- analyser six postes de dépenses dont l'évolution récente a eu des incidences importantes sur les déficits sociaux et émettre des recommandations pour leur réforme ;
- examiner, à travers cinq exemples, comment améliorer la qualité et l'efficacité de la dépense publique pour la sécurité sociale.

Partie I - Une trajectoire des comptes sociaux hors de contrôle

L'analyse des comptes de la sécurité sociale et de l'évolution des dépenses de l'objectif national de dépenses d'assurance-maladie (Ondam) fait l'objet des chapitres I et II de cette première partie. Le chapitre III est relatif aux allègements généraux de cotisations sociales.

Chapitre I - Un financement de la sécurité sociale non assuré à terme sauf mesures vigoureuses de redressement

En 2024, le déficit des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale, prévu à 10,5 Md€ en loi de financement initiale, s'est élevé finalement à 15,3 Md€ en raison du moindre rendement des recettes (3,7 Md€) et du dépassement des dépenses de la branche assurance maladie (1,1 Md€). Par rapport à 2023, le déficit s'est creusé de 4,4 Md€.

Une aggravation continue est attendue, à 22,1 Md€ en 2025 et à 24,1 Md€ en 2028. Les économies espérées de la réforme des retraites de 2023 et la hausse des cotisations sociales de la caisse de retraite des agents titulaires relevant des fonctions publiques territoriale et hospitalière

(CNRACL) permettront certes de stabiliser le déficit de la branche vieillesse autour de 5 Md€. Toutefois, le déficit de la branche maladie continuera à augmenter et devrait atteindre près de 17 Md€ en 2028 si l'objectif national de dépenses est respecté. Le résultat de la branche autonomie se dégradera progressivement et sera de près de - 3 Md€ en 2028.

Le financement des nouveaux déficits sociaux ne peut plus être assuré depuis 2024 par la caisse d'amortissement de la dette sociale, dont l'activité doit s'achever en 2033. En conséquence, la dette sociale portée par l'agence centrale des organismes de sécurité sociale devrait croître (42 Md€ fin 2025, 113 Md€ fin 2028) dans des conditions financières de moins en moins sécurisées, les marchés à court terme auxquels cette agence recourt n'ayant pas vocation à répondre à de tels besoins. En l'absence de nouvelles réformes, cette situation ferait courir un risque croissant sur le financement des prestations.

Chapitre II - Des dérives continues dans l'exécution de l'Ondam en 2024, un pilotage efficace à retrouver

Les dépenses de l'objectif national de dépenses de l'assurance maladie (256 Md€ en 2024, hors dépenses covid devenues résiduelles) ont dépassé l'objectif fixé en loi de financement de 1,3 Md€. Contrairement aux exercices précédents, aucun aléa exceptionnel n'explique cette situation qui s'accompagne, en outre, d'une forte dégradation de la situation financière des établissements publics de santé et médico-sociaux.

Le dépassement s'explique aux deux tiers par un rendement plus faible qu'attendu des différentes catégories de remises appliquées aux médicaments. Le solde tient à la dynamique de dépenses des mêmes postes que les années précédentes (indemnités journalières, honoraires des infirmiers, des masseurs-kinésithérapeutes et des médecins spécialistes).

La trajectoire d'ici à 2028 est fondée sur l'hypothèse d'une réduction du rythme de progression de la dépense de 3,4 % en 2025 à 2,9 % par an d'ici à 2028. L'atteinte de ce résultat suppose la mise en œuvre d'un montant d'économies inédit (5,2 Md€ en 2025), dont la nature reste incertaine. Cet effort ne serait en outre pas suffisant pour empêcher la poursuite de la progression du déficit de la branche maladie. Des mesures énergiques doivent donc être appliquées pour endiguer la dérive de l'exécution des dépenses.

Chapitre III - Une dynamique des allègements généraux de cotisations sociales à mieux maîtriser

Les allègements généraux de cotisations sociales ont pour objet de réduire le coût du travail pour les employeurs. Ces dernières années, leur montant a progressé plus rapidement que les recettes de la sécurité sociale

et les modalités de leur compensation financière par l'État sont devenues défavorables à la sécurité sociale. Les effets de cette politique, notamment sur les créations d'emplois, sont complexes à chiffrer.

De premières mesures de refonte du barème ont été engagées récemment pour contenir la progression des allègements généraux de cotisations sociales. La poursuite de ces mesures d'économie, envisagée en 2026, devra prendre en compte l'objectif d'équilibre financier de la sécurité sociale. À terme, une meilleure maîtrise de la dynamique des allègements généraux passerait par un élargissement de leur assiette, une révision du plafond d'éligibilité ou un reprofilage des taux dans des proportions et selon un calendrier qu'il appartient au Gouvernement et au Parlement de définir.

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

La deuxième partie du rapport analyse des domaines dont l'évolution récente a eu des incidences importantes sur les déficits sociaux. Pour l'assurance maladie, des économies sont possibles par un renforcement du cadre légal et réglementaire de l'intérim paramédical (chapitre IV), une gestion du personnel non-soignant plus performante (chapitre V) et la mise en œuvre d'une rotation du stock stratégique de masques (chapitre VI). Les conditions du cumul emploi-retraite pourraient être rendues moins coûteuses (chapitre VII). Les moyens de la lutte contre les fraudes aux retraites versées à l'étranger pourraient être renforcés (chapitre VIII), de même que ceux consacrés à la détection et au recouvrement des indus de la sécurité sociale (chapitre IX).

Chapitre IV - L'intérim paramédical dans les établissements de santé : un dispositif à réguler

Après l'intérim médical en 2024, la Cour a examiné le recours à l'intérim paramédical (pour les infirmiers, les masseurs-kinésithérapeutes, les aides-soignants, etc.). Son essor a été rapide dans les hôpitaux, malgré son coût élevé, porté par les difficultés de recrutement. Il peut poser des difficultés aiguës de gestion des ressources humaines (cumul d'emplois, écarts de rémunération, organisation des équipes) avec des incidences sur la qualité de la prise en charge des patients.

Pour limiter les dérives, l'exercice des fonctions à titre intérimaire a été récemment interdit en début de carrière et des plafonnements de rémunérations sont mis en œuvre. Les conditions de cette régulation restent toutefois à préciser. Il importe, au-delà, de traiter les causes structurelles du développement de cet intérim en améliorant la formation, en régulant la

concurrence entre établissements pour attirer les nouveaux diplômés et en développant l'attractivité des métiers paramédicaux.

*Chapitre V - Le personnel non soignant à l'hôpital public :
repenser les fonctions support*

Le personnel non soignant, administratif, logistique ou technique, vient en soutien du personnel soignant à l'hôpital. En réponse à une sollicitation issue de sa plateforme citoyenne, la Cour s'interroge sur la nécessité et sur les moyens d'alléger le poids de cette catégorie de personnel dans les établissements publics.

Il n'existe pas de cadre fiable de comparaison des données avec le secteur privé ou avec d'autres pays étrangers qui permettrait d'affirmer que la proportion de personnel soignant à l'hôpital public serait excessive. Néanmoins, le développement des fonctions non soignantes, lié notamment au renforcement des normes de sécurité et de qualité et à la nécessité de décharger les soignants de tâches administratives, requiert de mieux connaître leurs coûts comparatifs entre hôpitaux. Cette connaissance est indispensable pour analyser les fonctions support et déterminer le degré souhaitable de leur mutualisation et de leur externalisation. L'usage du numérique et de l'intelligence artificielle au bénéfice des fonctions non soignantes doit par ailleurs progresser.

*Chapitre VI - La gestion du stock stratégique de masques :
des progrès encore insuffisants depuis la crise sanitaire*

Cinq après le déclenchement de la crise covid, le stock stratégique de masques, acquis par Santé publique France dans des conditions d'urgence sanitaire, est hétéroclite et vieillissant. Son implantation a été réorganisée et son renouvellement récemment engagé. Toutefois, la direction générale de la santé n'a qu'incomplètement formalisé la doctrine de gestion de ces masques (niveau de stock souhaitable, publics et répartition en cas de nouvelle crise). La distribution des masques avant péremption aux établissements de santé pour répondre à leurs besoins courants n'a pas été mise en œuvre.

Il est nécessaire de définir les orientations stratégiques et d'adapter les outils opérationnels de Santé publique France pour garantir la pérennité du stock et la disponibilité future des masques à un coût acceptable pour les finances publiques.

*Chapitre VII - Le cumul emploi-retraite : un coût élevé,
une cohérence à établir*

Les possibilités pour des personnes à la retraite de cumuler leurs pensions avec les revenus d'une activité, poursuivie ou reprise, ont été

progressivement assouplies depuis 2003, et encore récemment par la dernière réforme des retraites. La réglementation est devenue confuse et plus accommodante que dans les autres pays européens. Elle est en outre peu contrôlée.

Ce dispositif a vocation à bénéficier à des retraités qui souhaitent prolonger leur activité après 67 ans ou se procurer un complément de revenus. Afin d'inciter au report de l'âge de liquidation de la retraite, il pourrait être aménagé.

*Chapitre VIII - La fraude aux retraites versées à l'étranger :
des améliorations à poursuivre pour mieux la prévenir et la réduire*

Le chapitre, issu d'une demande déposée sur la plateforme citoyenne de la Cour, porte sur les risques de fraudes spécifiques au champ des pensions de retraites versées à l'étranger : décès non déclaré, usurpation d'identité, prestations soumises à condition de résidence en France. Les enjeux financiers sont concentrés sur quelques pays.

Des progrès ont été constatés dans les échanges informatisés de données entre pays européens et dans la mutualisation des informations et des contrôles des régimes de retraite, notamment pour les contrôles physiques de l'existence des assurés hors Europe. Il est toutefois nécessaire d'aller plus loin. L'importance et le coût de ces fraudes pour la sécurité sociale devraient faire l'objet d'évaluations régulières. Les marges de progrès restent importantes dans le développement des échanges entre administrations et avec les pays étrangers, en particulier hors Europe. La performance des outils de gestion, de même que les procédures d'identification et de recouvrement des montants versés à tort, pourraient être améliorées.

*Chapitre IX - La gestion des indus :
une détection à renforcer, un recouvrement à optimiser*

Les indus sont des montants remboursés ou versés à tort par les caisses de sécurité sociale aux assurés, aux professionnels de santé ou aux hôpitaux. Ils sont le résultat d'erreurs, d'omissions ou de fraudes. Compte tenu des limites du contrôle interne et des systèmes d'information, une part importante n'est pas détectée et fait l'objet d'une estimation statistique de son montant. Les indus détectés sont en règle générale recouvrés. Les indus frauduleux sont plus difficilement recouvrables.

Pour réduire le montant des indus, les caisses de sécurité sociale du régime général devraient mieux identifier et analyser leurs causes, renforcer leurs actions en direction des assurés et des professionnels de santé (prise en compte des ressources, contrôles avant paiement,

mutualisation des informations entre caisses, communication). L'amélioration du recouvrement nécessite une rénovation des outils de gestion des créances, un développement des partenariats et une plus forte mobilisation des caisses, notamment pour récupérer les franchises et les participations. Les progrès actuels en matière de lutte contre la fraude pourraient être amplifiés.

Partie III - Services financés par la sécurité sociale : une qualité et une efficacité à renforcer

Il est nécessaire de renforcer la qualité et l'efficacité des services financés par la sécurité sociale. Cela concerne la branche autonomie, qui devrait être dotée des leviers pour faire face aux conséquences du vieillissement de la population (chapitre X), la régulation du modèle des pharmacies d'officines, fragilisé par ses mutations (chapitre XI), le pilotage du service public des pensions alimentaires, rapidement monté en charge (chapitre XII), les conditions d'appréciation de l'invalidité et du cumul d'une pension avec un emploi (chapitre XIII), et le régime de retraite obligatoire des artistes-auteurs, dont la restructuration engagée devrait être parachevée (chapitre XIV).

Chapitre X - Le bilan à tirer de la création de la branche autonomie : des leviers insuffisants pour faire face à des enjeux cruciaux

La branche autonomie, créée en 2020, est gérée par la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). Sans réseau local, elle finance des prestations mais n'a pas de contact avec leurs bénéficiaires. L'intégration de la CNSA à la sécurité sociale devait se traduire par une amélioration du service rendu, de la planification et de l'utilisation de ses moyens. Malgré une forte progression de ses ressources et de ses dépenses, les résultats de la branche autonomie apparaissent limités du fait de la faiblesse des leviers dont elle dispose pour réduire les inégalités, notamment territoriales, et pour lutter contre la fraude. Le cadre financier des concours de la CNSA aux départements et aux établissements pour personnes âgées (Ehpad) et en situation de handicap, devenu trop complexe, ne permet pas de transformer l'offre. Les usagers rencontrent des difficultés d'orientation. Les systèmes d'information manquent de cohérence.

Face aux enjeux du vieillissement de la population et de l'accélération de la dépendance dans les vingt prochaines années, il est nécessaire de disposer de projections fiables sur l'évolution des besoins et des conditions de leur financement. La CNSA devrait, *a minima*, mieux

contrôler la qualité et l'effectivité de ses dépenses. Au-delà, une simplification des responsabilités des différents intervenants et une plus grande égalité des prestations versées sur tout le territoire pourraient être recherchées.

*Chapitre XI - Les pharmacies d'officine :
un modèle en mutation*

Le modèle de la pharmacie d'officine apparaît fragilisé. Le maillage territorial, encore équilibré, subit une érosion dans les zones rurales. Les mesures mises en œuvre pour le maintenir apparaissent dispersées et peu pertinentes.

La crise sanitaire et des dispositions récentes ont entériné des extensions des missions des pharmaciens en réponse à la moindre disponibilité des médecins. Toutefois, la transformation du rôle du pharmacien dans l'accès aux soins et leur suivi (vaccinations, tests avant dispensation, dépistages, bilans de médication) reste inachevée. Les paramètres de la rémunération, qui s'appuient toujours sur la délivrance de boîtes de médicaments, n'ont pas assez évolué.

Enfin, la financiarisation croissante du secteur risque d'altérer l'indépendance des pharmaciens. Les moyens, notamment juridiques, dont disposent les pouvoirs publics pour réguler à la fois les conditions d'acquisition des officines, la vente en ligne de médicaments, les relations avec les fournisseurs et la coordination avec les autres professions de santé, sont devenus insuffisants au regard des évolutions en cours.

*Chapitre XII - Le service public des pensions alimentaires :
une montée en charge rapide, une qualité de service
en deçà des attentes*

Les pensions alimentaires sont versées en cas de séparation d'un couple avec enfant(s), après décision d'un juge ou par accord entre les parents. Au regard des difficultés rencontrées, souvent par les mères, pour les percevoir, le Gouvernement a créé en 2017 un service public, géré par l'Agence de recouvrement et d'intermédiation des pensions alimentaires (Aripa), qui procède à l'intermédiation de leur recouvrement et leur paiement, sauf opposition des deux parents, en s'appuyant sur le réseau des caisses d'allocations familiales et de la mutualité sociale agricole.

La généralisation de ce service public a suscité de fortes contraintes opérationnelles. En l'absence de données, le pilotage du dispositif est insuffisant. Il est notamment impossible d'en mesurer le coût et d'en apprécier la plus-value. La qualité du service rendu aux bénéficiaires demeure en deçà des attentes.

*Chapitre XIII - Les pensions d'invalidité :
des évolutions nécessaires, un retour à l'emploi à favoriser*

Des pensions d'invalidité sont servies aux assurés dont la capacité de travail ou de gain est fortement réduite en raison d'un accident ou d'une maladie d'origine non-professionnelle. La progression de ces dépenses s'est ralentie depuis 2019 mais leur coût élevé justifie la mise en œuvre d'une gestion active du risque.

Les conditions de cumul entre l'invalidité et l'emploi ont été rendues plus incitatives. Toutefois, l'évaluation de la capacité des assurés à reprendre une activité et, le cas échéant, à sortir de l'invalidité reste insuffisante, les médecins-conseils ne disposant pas des moyens pour l'apprécier. Les employeurs pourraient être davantage mobilisés et la coordination entre l'assurance maladie et les services de prévention et de santé au travail améliorée.

*Chapitre XIV - La retraite des artistes-auteurs :
une indispensable restructuration de la gestion*

Les artistes-auteurs constituent une population composite, aux revenus disparates, qui tire ses revenus de l'exploitation de créations originales. Les conditions de leur affiliation et du recouvrement de leurs cotisations de retraite présentent des spécificités fortes. Les associations agréées qui en étaient chargées pour la retraite de base ont connu de graves défaillances dans le service rendu aux usagers, qui ont conduit à la reprise de leur activité de recouvrement par l'Urssaf du Limousin en 2019.

Il apparaît nécessaire de revoir certaines règles spécifiques aux artistes-auteurs en matière de retraite dans une perspective de simplification et de meilleure équité entre les artistes-auteurs et les autres professions, et de poursuivre la restructuration engagée pour davantage d'efficience.

Première partie

Une trajectoire des comptes sociaux hors de contrôle

Chapitre I

Un financement de la sécurité sociale non assuré à terme sauf mesures vigoureuses de redressement

PRÉSENTATION

Le déficit des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale (Robss) et du fonds de solidarité vieillesse (FSV)² devait, selon la loi de financement initiale pour 2024, rester stable en 2024 par rapport à 2023, alors qu'il se réduisait tous les ans depuis la sortie de la crise sanitaire. Il s'est finalement creusé de 4,8 Md€ par rapport à cette prévision, atteignant 15,3 Md€ selon le projet de loi d'approbation des comptes sociaux définitifs.

Cette dégradation, inédite hors contexte de crise, résulte, d'une part, d'une prévision optimiste des produits de la taxe sur la valeur ajoutée, d'autre part, de moindres recettes de contribution sociale généralisée et de cotisations sociales. Elle résulte aussi d'une absence persistante de maîtrise des dépenses d'assurance maladie³. La constatation en cours d'exercice de ces écarts n'a pas donné lieu à des mesures de redressement significatives.

En octobre 2024, la Cour a publié une analyse de la prévision de déficit 2024 et de la trajectoire envisagée jusqu'en 2028⁴ au vu des données du dernier rapport à la commission des comptes de la sécurité sociale (octobre 2024). Le déficit 2024 s'est révélé un peu inférieur aux 18 Md€ alors prévus mais la trajectoire, jugée « non soutenable » par la Cour, a encore été dégradée par la loi de financement pour 2025. En raison notamment de moindres mesures d'économie, le déficit dépasserait 22 Md€ en 2025 et 24 Md€ à l'horizon 2028. Il en résulte une accumulation de dette qui constituera un risque financier croissant pour la sécurité sociale du fait de la saturation potentielle du marché d'emprunt de capitaux à court terme auquel elle doit recourir.

Le chapitre analyse les causes du déficit constaté en 2024, en présentant les principales évolutions des recettes globales et des dépenses par branche (I). Il explique en quoi, si rien n'est fait, la situation de la sécurité sociale pourrait devenir critique d'ici 2028 (II).

² L'ensemble des Robss (régime général, régimes agricoles et régimes spéciaux) est regroupé dans cinq branches : maladie, maternité, invalidité et décès (branche maladie) ; accidents du travail et maladies professionnelles ; vieillesse et veuvage (branche vieillesse) ; famille et, depuis 2021, autonomie. Le FSV assure le financement du minimum vieillesse et d'autres prestations de solidarité. Il sera supprimé en 2026 en application de la loi de financement pour 2025.

³ Voir le chapitre II du présent rapport : « Des dérives continues dans l'exécution de l'Ondam, un pilotage efficace à retrouver ».

⁴ Cour des comptes, *La situation financière de la sécurité sociale, un déficit devenu structurel malgré les mesures envisagées pour 2025*, communication à la Commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale et à la Commission des affaires sociales du Sénat, octobre 2024.

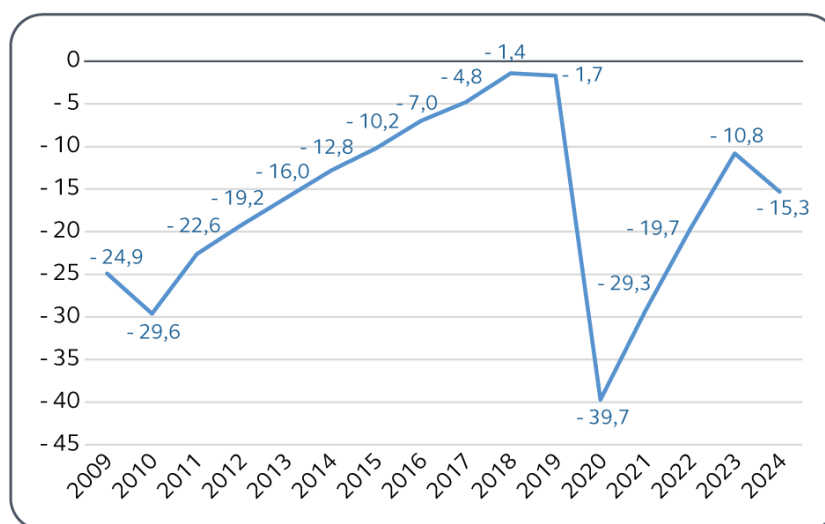
I - En 2024, un creusement du déficit inédit hors période de crise

Le déficit constaté en 2024 excède de 4,8 Md€ (46 %) la prévision initiale et de 4,5 Md€ celui de 2023, du fait du tassement de la progression des recettes et de la hausse des dépenses d'assurance maladie.

A - Un déficit bien plus élevé que prévu, qui interrompt le redressement entamé depuis 2021

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2024 prévoyait un déficit des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale et du fonds de solidarité vieillesse (FSV) de 10,5 Md€, pratiquement stable par rapport à 2023. Il atteint finalement 15,3 Md€ en 2024, soit 0,4 % du PIB, renversant ainsi la tendance continue de réduction constatée après la crise sanitaire.

Graphique n° 1 : évolution du déficit agrégé des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et du FSV (2009-2024, en Md€)



Note : La loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2022 a été adoptée avec un déficit 2020 s'élevant à 39,7 Md€. En tenant compte de la rectification du déficit 2021 en LFSS pour 2023 (minoration de 5 Md€ de produits rattachables à 2020), le solde 2020 serait de -34,7 Md€.
Source : Cour des comptes d'après les comptes 2022 à 2024 des régimes de sécurité sociale et les tableaux d'équilibre approuvés par les lois de financement pour les années antérieures

La branche maladie porte, à elle seule, 90 % du déficit (- 13,8 Md€), et explique la totalité de l'écart par rapport à la prévision initiale pour 2024. L'amélioration constatée en 2023 résultait en totalité de la fin des dépenses covid, marge qui a disparu en 2024.

La dégradation du solde de la branche vieillesse par rapport à 2023, due au mécanisme de revalorisation des pensions, était prévue. La réduction de l'excédent de la branche accidents du travail et maladies professionnelles résulte d'un transfert de cotisations au profit de la branche vieillesse, décidé par la loi de financement rectificative d'avril 2023 portant réforme des retraites. Le résultat de la branche famille, dont les recettes étaient sous-estimées en loi de financement initiale, est comparable à celui de 2023. Enfin, le retour en 2024 à une situation excédentaire pour la branche autonomie résulte de l'attribution à cette branche de 0,15 point supplémentaire de contribution sociale généralisée (effet de 2,6 Md€)⁵.

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

	Réalisé 2024	LFSS 2024	Écart à la prévision	Réalisé 2023	Écart 2024/ 2023
<i>Maladie</i>	- 13,8	- 8,5	- 5,3	- 11,1	- 2,7
<i>AT-MP</i>	0,7	1,1	- 0,4	1,4	- 0,7
<i>Vieillesse</i>	- 5,6	- 5,8	0,2	- 2,6	- 3,0
<i>Famille</i>	1,1	0,8	0,3	1,0	0,1
<i>Autonomie</i>	1,3	1,2	0,1	- 0,6	1,9
Total Robss	- 16,4	- 11,3	- 5,1	- 11,9	- 4,5
<i>FSV</i>	1,1	0,8	0,3	1,1	0,0
<i>Vieillesse + FSV</i>	- 4,5	- 5,0	0,5	- 1,5	- 3,0
Total Robss + FSV	- 15,3	- 10,5	- 4,8	- 10,8	- 4,5

*Note : l'ordre de mention des branches est celui de l'article L. 200-2 du code de la sécurité sociale.
Source : Cour des comptes d'après la LFSS pour 2024 et les comptes définitifs 2022 et 2023*

L'aggravation du déficit constaté par rapport à la prévision initiale en loi de financement de la sécurité sociale tient, pour les trois quarts, au moindre rendement des recettes, en particulier de TVA, et pour le solde, à une dynamique plus forte des dépenses, notamment de la branche maladie.

⁵ Transfert prévu par la loi du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie.

B - Une prévision de recettes trop optimiste

En 2024, les produits des régimes obligatoires de base et du fonds de solidarité vieillesse, nets de charges pour non-recouvrement, se sont élevés à 627,8 Md€. Ce montant de produits nets représente une hausse de 4,6 % par rapport à 2023 mais il est inférieur de 0,6 % à celui prévu par la loi de financement pour 2024.

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

	Réalisé 2024	LFSS 2024	Écart à la prévision		Réalisé 2023	Écart 24 / 23	
<i>Cotisations sociales</i>	304,2	304,7	- 0,5	- 0,2 %	291,0	13,2	4,5 %
<i>Cotisations prises en charge par l'État</i>	6,9	6,7	0,2	3,7 %	6,9	0,0	0,7 %
<i>CSG brute</i>	128,2	128,7	- 0,5	- 0,4 %	120,7	7,5	6,2 %
<i>Contribution employeur</i>	49,5	49,4	0,1	0,1 %	46,3	3,2	6,8 %
<i>Impôts, taxes et autres contributions sociales</i>	111,4	114,3	- 2,9	- 2,5 %	108,1	3,3	3,1 %
<i>Charges de non-recouvrement</i>	- 2,4	- 1,9	-0,5	28,4 %	- 1,9	- 0,5	28,4 %
<i>Transferts nets reçus</i>	12,3	12,1	0,2	1,5 %	12,7	- 0,4	- 3,3 %
<i>Autres produits nets</i>	17,7	17,5	0,2	1,1 %	16,2	1,5	9,3 %
Total Robss + FSV	627,8	631,5	- 3,7	- 0,6 %	600,0	27,8	4,6 %

Source : Cour des comptes d'après la LFSS pour 2024 et les comptes définitifs 2023 et 2024

Comme pour le budget de l'État⁶, la prévision des recettes fiscales attendues a été trop optimiste, principalement du fait d'une hypothèse de croissance de 1,4 % peu réaliste, ce qu'avait à l'époque souligné le Haut Conseil des finances publiques qui l'estimait « élevée »⁷. Elle a été réajustée à 1,0 % en avril 2024⁸. Par ailleurs, l'hypothèse de progression de la masse salariale, sur laquelle reposent les prévisions de recettes des cotisations et de la plus grande partie de la CSG, a été plus élevée que la progression constatée, pour la deuxième année consécutive⁹.

⁶ Voir Cour des comptes, *Le budget de l'État en 2024, résultats et gestion*, avril 2025.

⁷ Avis n° HCFP-2023-8 relatif aux projets de lois de finances et de financement de la sécurité sociale pour l'année 2024, septembre 2023.

⁸ Programme de stabilité 2024-2027, avril 2024.

⁹ En 2024, 3,3 % de hausse constatée contre 3,9 % prévus pour la masse salariale privée hors prime de partage de la valeur. Un même écart avait été constaté en 2023.

Les branches ont des structures de recettes différentes. Celle dont l'origine est la plus ancienne, accidents du travail et maladies professionnelles, est financée par des cotisations patronales¹⁰ et la plus récente, autonomie, par des taxes affectées. Les trois autres disposent d'une part variable de ces deux types de recettes et de transferts de l'État ou internes à la sécurité sociale. Seule la branche maladie perçoit une fraction de TVA.

Les assiettes des cotisations sociales sont assises sur les revenus d'activité, tout comme la plus grande partie de la contribution sociale généralisée (CSG). La part de CSG affectée à la branche autonomie dépend d'autres revenus (pensions de retraite, revenus du capital). La TVA est un impôt sur la consommation. Il en résulte une sensibilité différente de chaque branche aux variations de la croissance et de l'inflation.

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

En cas d'augmentation ou de diminution de l'inflation, les effets se répercutent rapidement sur les recettes de la sécurité sociale qui reposent à 85 % sur les salaires (cotisations, CSG sur revenus d'activité, taxe sur les salaires) et sur la consommation (TVA). Les effets sont plus lents sur les dépenses, avec un an de décalage pour les dépenses indexées (prestations et pensions), et plus encore pour les dépenses fondées sur des conventionnements (honoraires). En conséquence, et sauf revalorisation par anticipation des prestations comme en 2022, les déficits de la sécurité sociale diminuent quand l'inflation accélère et augmentent quand elle décélère.

Cet effet a contribué à la dégradation du solde de la branche vieillesse en 2024. La moindre inflation constatée en 2024 (1,8 % hors tabac contre 2,5 % prévus) a eu un effet négatif indirect, *via* les salaires, sur les recettes de la sécurité sociale¹¹.

Un deuxième effet jouant en sens contraire est que, en période d'inflation, l'indexation du Smic conduit à une croissance rapide des allègements généraux de charges sociales pour tous les salaires inférieurs à 1,6 Smic, ce qui freine mécaniquement l'augmentation des recettes de sécurité sociale¹².

¹⁰ Le taux des cotisations dépend de la taille de l'entreprise, de son secteur d'activité et de son degré de sinistralité.

¹¹ Voir sur ce point le rapport à la commission des comptes de la sécurité sociale d'octobre 2024, fiche éclairage 3.1 *Impacts du choc d'inflation 2022-2023 sur les comptes des régimes de base et du FSV*.

¹² Voir le chapitre III du présent rapport *Maîtriser la dynamique des allègements généraux de cotisations sociales, contribuer à l'équilibre financier de la sécurité sociale*.

Les recettes en plus grand décalage par rapport à la prévision sont les impôts, taxes et autres contributions sociales, en retrait de 2,9 Md€. Le plus important écart à la prévision provient de la fraction de TVA affectée à la branche maladie (23,1 % en 2024) qui a rapporté 49,4 Md€ contre 51,6 Md€ attendus. Son évolution constatée par rapport à 2023 (2,1 %) est proche de l'évolution en valeur de la consommation des ménages en 2024 (2,0 %). Le Haut Conseil des finances publiques avait souligné dans son avis précité, outre l'optimisme de la prévision sur la consommation des ménages, les « *hypothèses favorables sur le rendement de certains impôts* » et notamment une « *croissance de la TVA supérieure à celle de sa base taxable* ». Il a constaté *ex post* que la croissance a « *principalement été portée par le commerce extérieur et la consommation publique plutôt que par la consommation des ménages*¹³. »

Les recettes de cotisations sociales (inférieures de 0,5 Md€ soit de 0,2 % à la prévision) et de CSG évoluent plus en ligne avec la loi de financement. La progression de la masse salariale privée inférieure aux prévisions a été en grande partie compensée par le moindre dynamisme des allègements généraux du fait de la désinflation.

Les taxes sur les tabacs ont rapporté 13,1 Md€, en baisse de 0,5 Md€ (- 3,8 %), tendance déjà constatée en 2023. Cette évolution pourrait résulter d'une baisse de la consommation liée à une hausse des prix plus rapide que prévu, ou d'une hausse des importations légales et illégales ; la tendance est aussi à la baisse pour les taxes sur les alcools et les boissons sucrées.

Le rendement du forfait social¹⁴ a légèrement diminué (- 0,9 %), alors qu'une forte hausse était prévue. La progression de la taxe sur les salaires (3,6 %) a été proche de la prévision mais le montant perçu inférieur de 0,6 Md€ en raison d'un rendement en 2023 moindre que prévu. La contribution sociale de solidarité des sociétés a été dynamique (+ 8,7 %) du fait de la progression du chiffre d'affaires des entreprises en 2023, tirée par l'inflation.

¹³ Avis HCFP n° 2025-2 relatif au projet de loi relatif aux résultats de la gestion et portant approbation des comptes de l'année 2024, avril 2025.

¹⁴ Contribution de l'employeur assise sur les revenus d'activité assujettis à la contribution sociale généralisée et exemptés de cotisations sociales.

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

	Réalisé 2024	LFSS 2024	Écart à la prévision		Réalisé 2023	Écart 2024 / 2023	
<i>Maladie</i>	239,2	243,4	- 4,2	- 1,7 %	232,8	6,4	2,7 %
<i>AT-MP</i>	16,9	17,1	- 0,2	- 1,2 %	16,8	0,1	0,6 %
<i>Vieillesse</i>	288,2	287,9	0,3	0,1 %	272,5	15,7	5,8 %
<i>Famille</i>	58,9	58,8	0,1	0,2 %	56,8	2,1	3,7 %
<i>Autonomie</i>	41,2	41,2	0,0	0,0 %	37,0	4,2	11,4 %
Total Robss	626,4	630,3	- 3,9	- 0,6 %	598,5	27,9	4,7 %
<i>FSV</i>	21,6	21,4	0,2	0,9 %	20,4	1,2	5,9 %
Robss + FSV	627,8	631,5	- 3,7	- 0,6 %	600,0	27,8	4,6 %

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 2024 et les comptes définitifs 2023 et 2024

C - Une hausse des dépenses due à la revalorisation des prestations et au rythme d'évolution de l'Ondam

Les charges nettes des régimes obligatoires de base et du FSV s'élèvent en 2024 à 643,1 Md€, en augmentation de 5,3 % par rapport à 2023, avec des évolutions contrastées entre branches.

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

	Réalisé 2024	LFSS 2024	Écart à la prévision		Réalisé 2023	Écart 2024 / 2023	
<i>Maladie</i>	253,0	251,9	1,1	0,4 %	243,9	9,1	3,8 %
<i>AT-MP</i>	16,3	16,0	0,3	1,9 %	15,4	0,9	5,8 %
<i>Vieillesse</i>	293,8	293,7	0,1	0,0 %	275,1	18,7	6,8 %
<i>Famille</i>	57,8	58,0	- 0,2	- 0,3 %	55,7	2,1	3,8 %
<i>Autonomie</i>	39,9	40,0	- 0,1	- 0,3 %	37,6	2,3	6,1 %
Total Robss	642,8	641,6	1,2	0,2 %	610,4	32,4	5,3 %
<i>FSV</i>	20,5	20,6	- 0,1	- 0,5 %	19,3	1,2	6,2 %
Robss + FSV	643,1	642,0	1,1	0,2 %	610,7	32,4	5,3 %

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

Source : Cour des comptes d'après la LFSS 2024 et les comptes définitifs 2023 et 2024

1 - Un important dépassement de l'objectif national de dépenses de l'assurance maladie (Ondam)

Les dépenses de la branche maladie s'élèvent à 253,0 Md€ en 2024, en augmentation de 3,8 % par rapport à 2023.

L'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) couvre les dépenses de prestations légales en nature (remboursement des dépenses engagées ou financement direct de services), les dépenses d'indemnités journalières maladie (hors congés maternité et paternité) et les dotations aux établissements de santé et médico-sociaux. Il couvre 80 % des dépenses des branches maladie et autonomie et un peu plus d'un tiers de celles de la branche accidents du travail – maladies professionnelles (indemnités journalières, soins compensant une incapacité temporaire). L'Ondam définitif est arrêté dans l'année n+2 après fixation du montant des remises pharmaceutiques¹⁵ et des dépenses de soins rattachées à l'exercice.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2024 avait établi l'Ondam total 2024 (y compris les dépenses résiduelles covid) à 254,9 Md€, en progression de 2,9 % par rapport à 2023. Le montant constaté a atteint 256,4 Md€, soit une progression de 3,3 % et un dépassement de 1,5 Md€. Alors que les dépassements constatés les années passées étaient largement imputables à des circonstances exceptionnelles (crise sanitaire entre 2020 et 2022, forte inflation en 2022 et 2023), tel n'est pas le cas en 2024 ; le dépassement résulte pour l'essentiel (1,3 Md€) de la forte progression des dépenses courantes, notamment pour les soins de ville (109,9 Md€, + 4,4 % par rapport à 2023). Le chapitre II du présent rapport analyse en détail les composantes de ce dépassement.

2 - Hors Ondam, une hausse due aux revalorisations légales

Hors Ondam, les dépenses des branches maladie et accidents du travail - maladies professionnelles ont été conformes à la prévision. Pour la branche maladie, les prestations d'invalidité (8 Md€) ont progressé du fait de la revalorisation de 4,6 % au 1^{er} avril 2024. Les prestations de maternité et paternité (7,6 Md€) enregistrent un recul de 2 % lié à la baisse de la natalité (cf. *infra*, dépenses de la branche famille) et à une réduction

¹⁵ Le prix de vente public d'un médicament étant supérieur au prix réel effectivement supporté par l'assurance maladie, les entreprises pharmaceutiques versent annuellement à celle-ci des remises atténuant ses dépenses de remboursement aux assurés, lesquelles sont assises sur les prix publics. En fonction des ventes réalisées, les montants de remises de l'année n sont arrêtés et versés en novembre de l'année n+1.

des dépenses réalisées en établissement (2,9 Md€ contre 3,1 Md€ en 2023) résultant d'une optimisation des séjours post-accouchement.

Les prestations d'incapacité permanente de la branche accidents du travail – maladies professionnelles s'établissent à 4,7 Md€, en hausse de 3,8 %, l'effet de la revalorisation étant en partie compensé par une baisse du nombre de bénéficiaires. Les autres dépenses de la branche (2,7 Md€, en baisse globale de 2 %) sont constituées de compensations et de transferts à d'autres régimes, notamment une contribution au profit de la branche maladie au titre de la sous-déclaration des accidents du travail et maladies professionnelles (1,2 Md€ en 2024, comme en 2023), en application de l'article L. 176-1 du code de la sécurité sociale.

3 - Des dépenses de la branche vieillesse conformes aux prévisions

Les dépenses de la branche vieillesse s'élèvent à 293,8 Md€ pour tous les régimes obligatoires de base, en augmentation de 6,8 % par rapport à 2023. Cette évolution est très proche de celle prévue en loi de financement pour 2024 ; en effet, l'aggravation du déficit résulte du relèvement des pensions de retraite de 5,3 % au 1^{er} janvier 2024 du fait de l'application des règles de revalorisation légales qui reflètent la forte inflation de 2023 (art. L. 161-25 du code de la sécurité sociale).

Pour les assurés du régime général (au nombre de 15,4 millions au 31 décembre 2024, soit + 1 %), les prestations légales vieillesse atteignent 160,9 Md€, soit 56 % des prestations légales de l'ensemble des régimes de base et 80 % des prestations légales de cet ensemble hors fonctionnaires.

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

	2024			2023			Écart 2024/2023	Écart (%)
	Droits propres	Droits dérivés	Total	Droits propres	Droits dérivés	Total		
<i>Pensions</i>	137,3	13,0	150,3	128,2	12,3	140,5	9,8	7,0 %
<i>Minimum vieillesse</i>	3,8	0,2	4,0	3,5	0,2	3,6	0,4	9,7 %
<i>Majorations</i>	5,8	0,8	6,6	4,7	0,7	5,4	1,2	22,0 %
Total	147,0	13,9	160,9	136,3	13,2	149,6	11,3	7,5 %

Source : comptes de la branche vieillesse du régime général

Le déficit de la branche vieillesse (5,6 Md€) s'explique par les déficits du régime général (3,6 Md€) et de la caisse de retraites des agents titulaires relevant des fonctions publiques territoriale et hospitalière (CNRACL, 3 Md€). Les autres régimes spéciaux sont soit équilibrés par l'État¹⁶, soit excédentaires¹⁷.

La situation très dégradée de la CNRACL, due à son évolution démographique (en 2023, 2,2 millions de cotisants pour 1,6 million de pensionnés, soit un ratio de 1,4, contre 1,5 en 2022), a fait l'objet d'un audit des inspections générales des affaires sociales, des finances et de l'administration, publié en mai 2024 (cf. *infra*). En 2024, les cotisations versées au régime ont été dynamiques (+ 5,6 %), principalement du fait de l'augmentation d'un point de la cotisation employeur au 1^{er} janvier 2024¹⁸, de l'attribution aux cotisants de cinq points d'indice et de l'effet en année pleine de la hausse de 1,5 % du point d'indice en juillet 2023. Toutefois, la progression des pensions a été encore supérieure (+ 7,8 %), notamment du fait de la revalorisation de 5,3 % des pensions au 1^{er} janvier 2024. À ces effets, s'ajoute le doublement des frais financiers (0,27 Md€ contre 0,14 Md€ en 2023) lié au coût croissant de la dette du régime.

4 - Des charges de la branche famille dont la progression est atténuée par la baisse des naissances

En 2024, les charges nettes de la branche famille s'élèvent à 57,8 Md€¹⁹, en hausse de 3,8 % (5,7 % en 2023). Les prestations (40,7 Md€) représentent 70 % de ces charges. Le solde est constitué de transferts (14,0 Md€)²⁰ et de charges courantes (3,1 Md€, dont plus de 70 % de charges de personnel).

¹⁶ L'État verse des subventions aux régimes de la SNCF, de la RATP, des mines, des marins, etc. Voir Cour des comptes, *Analyse de l'exécution budgétaire 2024 de la mission Régimes sociaux et de retraite*, avril 2025. Sa contribution d'équilibre en tant qu'employeur au régime des fonctionnaires de l'État est de 48,2 Md€ pour un montant total de charges de 63,7 Md€.

¹⁷ Les excédents des régimes des professions libérales, des industries électriques et gazières, des clercs et employés de notaires et des avocats, ensemble, apportent 1 Md€ au résultat de la branche.

¹⁸ Cette augmentation a été compensée par une réduction (seulement en 2024) du taux de cotisation maladie.

¹⁹ Les caisses d'allocations familiales versent en outre des prestations pour le compte de l'État (41,8 Md€ en 2024 : aides au logement, allocation aux adultes handicapés, prime d'activité, etc.), des départements (10,2 Md€ : revenu de solidarité active) ou de la branche autonomie (1,6 Md€ : allocation d'éducation de l'enfant handicapé), qui ne constituent pas des charges de la branche.

²⁰ Transferts vers la branche vieillesse au titre des majorations de pensions pour enfants à charge (5,8 Md€) et de l'assurance vieillesse des parents au foyer (5,5 Md€), remboursement par la branche des indemnités journalières de maternité post-natales (2,0 Md€) et des congés de paternité (0,7 Md€).

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

	2024	2023	Écart 2024/2023	
<i>Allocations en faveur de la famille</i>	22,0	21,2	0,9	4,0 %
<i>Prestation d'accueil du jeune enfant</i>	11,6	11,4	0,2	1,7 %
<i>Autres prestations légales</i>	0,13	0,17	0,0	- 22 %
Total prestations légales	33,7	32,7	1,0	3,1 %
<i>Prestations extra-légales</i>	7,0	6,5	0,5	7,6 %
Total prestations branche famille	40,7	39,2	1,5	3,9 %

Source : comptes de la branche famille

La croissance des prestations résulte surtout de la revalorisation légale de la base mensuelle de calcul des allocations familiales (+ 4,6 % au 1^{er} avril 2024). Un deuxième facteur est que les plafonds de ressources pour bénéficier des allocations ont augmenté plus rapidement que les ressources des allocataires en 2022, année de référence pour le calcul des allocations 2024, du fait de la forte inflation (l'inverse avait été constaté en 2023). Enfin, le dynamisme (+ 7,2 %) des allocations de soutien familial versées aux parents isolés (3,3 Md€) provient en partie de la généralisation, début 2023, de l'intermédiation des pensions alimentaires²¹, qui contribue à augmenter l'effectif éligible à ces prestations.

La branche finance aussi des prestations extra-légales d'action sociale en faveur des établissements d'accueil pour la petite enfance et la jeunesse. Les subventions d'investissement (0,3 Md€) augmentent de 18 % en application du plan « petite enfance » de 2021 et les subventions de fonctionnement (6,5 Md€) de 9 % en raison de l'augmentation des heures d'accueil sans hébergement et des subventions en matière de parentalité, centres sociaux et espaces de vie sociale.

Ces hausses sont atténuées par la diminution des naissances (de 2,5 % en 2024, après 6,6 % en 2023), qui conduit à une progression du montant des prestations de petite enfance (de 1,7 %, dont 1,2 % pour la prestation d'accueil du jeune enfant) inférieure à celle découlant de la revalorisation des prestations.

²¹ Cf. chapitre XII du présent rapport : *Le service public des pensions alimentaires : une montée en charge rapide, une qualité de service en deçà des attentes.*

5 - Des dépenses de la branche autonomie toujours dynamiques

En 2024, les charges nettes de la branche autonomie s'élèvent à 39,9 Md€, en hausse de 6,7 % (après 6,8 % en 2023 et 8,1 % en 2022). Elles sont essentiellement constituées de prestations.

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

	2024	2023	Écart	
<i>Établissements et services pour personnes âgées et pour personnes en situation de handicap</i>	31,3	30,0	1,3	4,4 %
<i>Concours aux départements</i>	5,2	4,6	0,6	12,7 %
<i>Autres concours et subventions</i>	1,7	1,2	0,5	40,4 %
<i>Allocation d'éducation de l'enfant handicapé</i>	1,6	1,5	0,1	8,5 %
Total	39,7	37,2	2,5	6,7%

Source : comptes de la branche autonomie

Les quatre cinquièmes des prestations correspondent au financement des établissements et services pour personnes âgées (16,1 Md€ en 2024, + 5 %) et pour personnes en situation de handicap (15,2 Md€, + 3,7 %), qui constituent deux sous-objectifs de l'Ondam. Les progressions résultent de la poursuite des revalorisations salariales, issues notamment du Ségur de la santé et de ses extensions, de la hausse précitée du point d'indice, et de plans visant à adapter et à transformer l'offre : médicalisation des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, renforcement des services de soins infirmiers à domicile.

Les concours aux départements sont un cofinancement de leurs dépenses d'allocation personnalisée d'autonomie (3,1 Md€, + 12,4 %²²) et de prestation de compensation du handicap (0,9 Md€, +3,3 %), ainsi que d'autres concours (1,4 Md€, +20,1 %) finançant des dispositifs en développement : la compensation du tarif plancher de valorisation des heures d'aide à domicile et une dotation complémentaire pour améliorer la qualité de vie au travail des intervenants dans les services d'aide à domicile et la qualité du service rendu à l'utilisateur.

Enfin, la branche finance l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé dont le nombre de bénéficiaires progresse (1,6 Md€, soit + 8,7 %, évolution bien supérieure à la revalorisation légale).

²² Un complément de versement aux départements de 150 M€ a été décidé par l'art. 86 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2024.

6 - La compensation par la sécurité sociale de l'extension des allègements généraux de cotisations

L'extension des allègements généraux de cotisations sociales patronales à l'assurance chômage et aux organismes de retraite complémentaire donne lieu à une compensation versée à ces organismes par l'agence centrale des organismes de sécurité sociale (Acoss) grâce à une fraction de TVA qui lui est affectée. Si cette fraction excède les montants dus par l'Acoss, celle-ci reverse le trop-perçu à la sécurité sociale ; dans le cas inverse, ce qui est le cas depuis 2022, c'est la sécurité sociale qui finance le moins-perçu (0,5 Md€ en 2022, 1,5 Md€ en 2023, 1,2 Md€ en 2024).

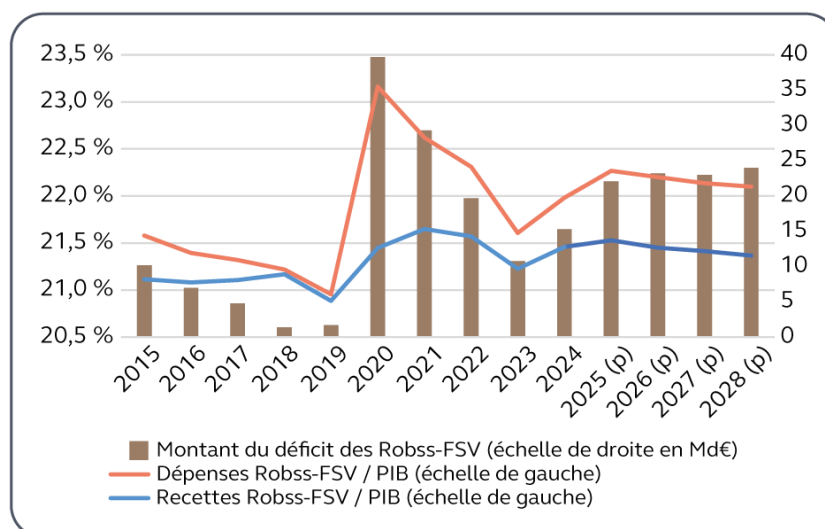
La compensation est intégrale pour les organismes de retraite complémentaire et l'article L. 225-6 du code de la sécurité sociale la met à la charge de la branche vieillesse (0,75 Md€ en 2024). S'agissant de l'assurance chômage, le solde à financer (0,48 Md€ en 2024) est réparti par arrêté entre les branches en fonction de leur résultat prévisionnel. En 2024, il a été mis à la charge des branches accidents du travail et maladies professionnelles (0,13 Md€), famille (0,11 Md€) et autonomie (0,24 Md€).

II - Une trajectoire de déficits conduisant à l'accumulation d'une dette non financée

La loi de financement rectificative de la sécurité sociale d'avril 2023 portant réforme des retraites prévoyait une stabilisation du déficit de la sécurité sociale à 13,1 Md€ en 2026. La loi de financement pour 2024 a dégradé cette projection, décrivant une augmentation continue jusqu'en 2027 (17,2 Md€) sans perspective de stabilisation et moins encore de retour à l'équilibre. La trajectoire de déficit est encore aggravée jusqu'en 2028 (24,1 Md€) dans les prévisions de la loi de financement pour 2025.

Sur longue période, la part des dépenses de sécurité sociale dans le produit intérieur brut progresse plus rapidement que celle des recettes. L'écart s'était réduit dans la décennie 2010 jusqu'à aboutir à une quasi résorption du déficit de la sécurité sociale en 2018 et en 2019. L'accroissement prévu du déficit, en l'absence de mesures de redressement, conduit à la progression continue d'une dette non financée, qui fragilise à terme la pérennité de la sécurité sociale.

Graphique n° 2 : évolution des recettes et des dépenses de la sécurité sociale en part de PIB et du montant de son déficit



Sources : lois de financement de la sécurité sociale et comptes de l'exercice 2024, mise en forme Cour des comptes

A - En 2025, des hypothèses dont le respect est incertain

La loi de financement pour 2025 prévoit un déficit 2025 des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale (Robss) et du fonds de solidarité vieillesse (FSV) de 22,1 Md€, soit une dégradation prévue par rapport à 2024 (6,8 Md€) supérieure à celle constatée en 2024 par rapport à 2023 (4,4 Md€).

En deux ans, le déficit de la sécurité sociale aura ainsi plus que doublé. La dégradation concerne toutes les branches.

Tableau n° 8 : comparaison des prévisions en loi de financement de la sécurité sociale 2025 et des réalisations 2024 (Md€)

	LFSS 2025	Réalisé 2024	Écart LFSS 2025 / réalisé 2024	
<i>Produits nets Robss + FSV</i>	644,3	627,8	16,5	2,6 %
<i>Charges nettes Robss + FSV</i>	666,4	643,1	23,3	3,6 %
<i>Maladie</i>	- 15,4	- 13,8	- 1,6	
<i>AT-MP</i>	0,2	0,7	- 0,5	
<i>Vieillesse + FSV</i>	- 6,6	- 4,5	- 2,1	
<i>Famille</i>	0,4	1,1	- 0,7	
<i>Autonomie</i>	- 0,7	1,3	- 2,0	
<i>Total soldes Robss + FSV</i>	- 22,1	- 15,3	- 6,8	

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

La communication précitée de la Cour, en octobre 2024, analysait les mesures d'économie envisagées pour 2025 par le PLFSS (15 Md€) ; elles ont été finalement réduites de 5,6 Md€ dans la loi de financement publiée le 28 février 2025 pour atteindre seulement 9,4 Md€.

1 - Une maîtrise incertaine des dépenses, notamment d'assurance maladie

La principale incertitude pour 2025 est, comme depuis 2022, la capacité à tenir l'objectif fixé pour les dépenses d'assurance maladie, qui est de 265,9 Md€, en progression de 3,4 % par rapport à l'objectif 2024 révisé à la hausse par la loi de financement pour 2025. Cette progression, en apparence égale à celle de 2024, est en réalité supérieure, du fait du ralentissement attendu de l'inflation (1,4 % en 2025 contre 1,8 % en 2024).

Malgré cela, la tenue de l'objectif 2025 reste fragile. Elle suppose la réalisation de mesures d'économie d'un montant sans précédent (5,2 Md€) et une bonne tenue des dépenses de soins de ville, principales responsables du dérapage de la dépense en 2024. Or la maîtrise de cette dépense reste complexe du fait du manque de recul sur la première année de mise en œuvre de la nouvelle convention médicale signée en juin 2024 et de la poursuite des négociations entre l'administration et les entreprises pharmaceutiques sur un nouveau protocole d'accord, après une seconde prorogation de l'accord actuel jusqu'en mars 2026.

Par ailleurs, une annulation des crédits des établissements publics de santé et médico-sociaux, mis en réserve pour couvrir un éventuel nouveau dérapage des dépenses de soins de ville, ne serait pas sans conséquence sur la situation financière dégradée de ces établissements.

Le comité d'alerte de l'Ondam²³ du 15 avril 2025 a ainsi appelé à « *une vigilance renforcée sur l'évolution en 2025 des dépenses de soins de ville et à une action déterminée visant à réduire le point de fuite majeur de l'Ondam que constitue le déficit croissant des établissements publics de santé* ».

Les dépenses de la branche vieillesse devraient, à nouveau, être plus dynamiques que ses recettes en 2025. L'application de la réforme de 2023 devrait améliorer le solde du régime général de 1,6 Md€ en 2025, dont 1,1 Md€ du fait du transfert de cotisations de la branche accidents du travail-maladies professionnelles (cf. *supra*), ce qui sera insuffisant pour empêcher l'augmentation du déficit de la branche²⁴.

Par ailleurs, en application de cette même réforme et de la loi de financement pour 2024, les déficits des régimes spéciaux fermés sont désormais financés en dernier ressort par le régime général. Pour cela, la caisse nationale d'assurance vieillesse bénéficie d'une compensation par l'État sous forme de crédits budgétaires, mode de compensation recommandé par la Cour²⁵. En 2025, la charge correspondante serait de 5,4 Md€, compensée par une dotation de l'État de 5,2 Md€ et par 0,2 Md€ de cotisations des nouveaux entrants au régime général.

La loi de financement pour 2025 a porté la contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles à la branche maladie au titre de la sous-déclaration à 1,6 Md€, contre 1,2 Md€ en 2024. Ce montant reste très inférieur à l'estimation réalisée en juin 2024 par la commission chargée de son évaluation, qui la situe entre 2,0 et 3,8 Md€.

Les charges de prestations extra-légales de la branche famille seraient en forte progression (9,9 %) du fait de la montée en charge des dépenses en faveur du service public de la petite enfance.

La progression des dépenses de la branche autonomie serait très supérieure à celle de ses recettes en 2025. La branche devra notamment financer le surcoût (0,4 Md€) de deux réformes intervenant en 2025 concernant la tarification des établissements et services pour personnes âgées dépendantes et les concours versés aux départements²⁶.

²³ La supervision de l'exécution de l'Ondam est confiée à un comité d'alerte qui adresse une notification au Parlement, au Gouvernement et aux caisses nationales maladie en cas de risque de dépassement de l'objectif adopté en loi de financement de la sécurité sociale supérieur à 0,5 %, pour que puissent être adoptées des mesures de redressement.

²⁴ Cour des comptes, *Situation financière et perspectives du système de retraites*, communication au Premier ministre, février 2025.

²⁵ Sur cette réforme, cf. Cour des comptes, *Analyse de l'exécution budgétaire*, op. cit.

²⁶ Cf. chapitre X du présent rapport, *Une branche autonomie aux leviers insuffisants pour faire face à des enjeux démographiques cruciaux*.

2 - Des prévisions économiques trop optimistes

Le Haut Conseil des finances publiques, saisi en janvier 2025 sur la révision des prévisions des projets de lois de finances et de financement de la sécurité sociale pour 2025²⁷, a pointé le caractère légèrement optimiste du scénario pour 2025. Ainsi, la prévision de croissance du PIB de 0,9 % était jugée « *atteignable mais un peu optimiste* » ; la prévision d'inflation, « *un peu élevée* » ; et la prévision de masse salariale, « *un peu optimiste* ». La prévision de croissance spontanée des cotisations sociales était plus prudente, ce qui « *pourrait compenser en partie une prévision de masse salariale un peu élevée* ».

En raison notamment de la dégradation de l'environnement international, le Gouvernement a révisé à la baisse ses prévisions macroéconomiques et de finances publiques pour 2025 en avril²⁸, donc après le vote de la loi de financement. Pour 2025, le Haut Conseil des finances publiques²⁹ a considéré que la nouvelle hypothèse de croissance à 0,7 % « *n'est pas hors d'atteinte malgré l'accumulation de risques à la baisse* », soulignant des éléments de fragilité liés à l'environnement international. Il a estimé que la prévision d'inflation, maintenue à 1,4 %, « *reste un peu élevée* », et que la prévision de masse salariale des branches marchandes non agricoles, qui forme la plus grosse partie de l'assiette des recettes de la sécurité sociale, « *reste aussi un peu haute* », malgré une révision à la baisse de 0,6 point. Il en résulte une nouvelle prévision de cotisations sociales pour 2025, revue à la baisse par rapport à la prévision de la loi de financement mais qui « *paraît un peu haute* » encore.

Au total, la prévision de déficit de la sécurité sociale pour 2025 (22,1 Md€) a reposé sur des hypothèses de croissance des recettes largement revues à la baisse depuis la publication de la loi de financement.

B - Après 2025, une dégradation continue du déficit

L'aggravation prévue du déficit après 2025 viendra essentiellement du creusement des soldes des branches maladie et autonomie, celui de la branche vieillesse étant stabilisé.

²⁷ Haut Conseil des finances publiques, avis n° HCFP-2025-1, janvier 2025.

²⁸ À l'occasion du rapport d'avancement annuel 2025 du plan budgétaire et structurel à moyen terme 2025-2029, qui remplace dorénavant le programme de stabilité.

²⁹ Haut Conseil des finances publiques, avis n° HCFP-2025-3, avril 2025.

1 - Une trajectoire toujours plus dégradée jusqu'en 2028

L'annexe de la loi de financement pour 2025 donne la trajectoire prévisionnelle des régimes obligatoires de base et du FSV jusqu'en 2028.

Tableau n° 9 : trajectoire 2025 - 2028 d'après la loi de financement de la sécurité sociale pour 2025 (Md€)

Montant du solde	2025	2026	2027	2028
Maladie	- 15,4	- 16,0	- 16,1	- 16,8
AT-MP	0,2	- 0,4	- 0,6	- 0,5
Vieillesse +FSV (*)	- 6,6	- 4,6	- 5,0	- 5,6
Famille	0,4	0,0	0,8	1,6
Autonomie	- 0,7	- 2,2	- 2,1	- 2,8
Total Robss + FSV	- 22,1	- 23,2	- 23,0	- 24,1

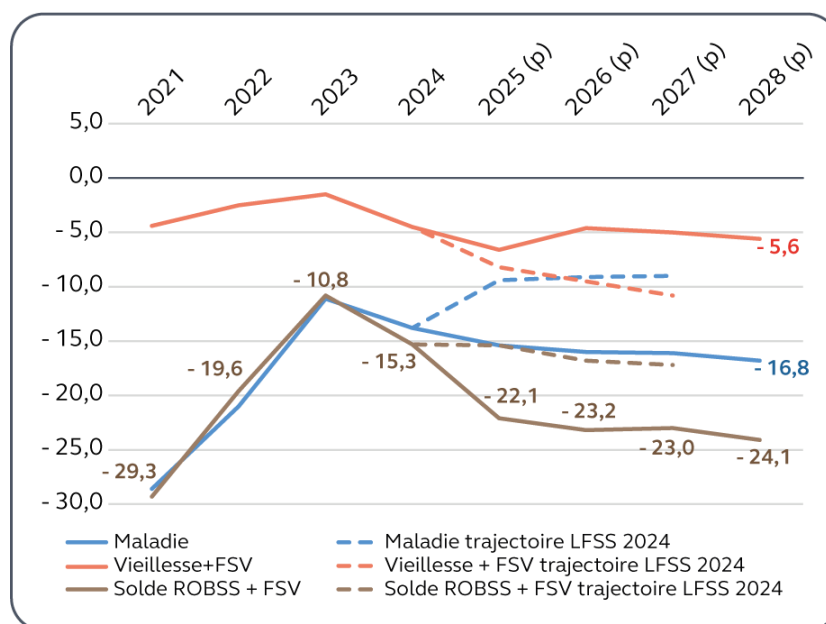
(*) Le FSV sera intégré au 1^{er} janvier 2026 dans les comptes de la branche vieillesse, selon des modalités en cours d'étude. La suppression de ce fonds avait été recommandée par la Cour, pour simplifier le financement des droits non contributifs de retraite³⁰.

Source : Cour des comptes d'après la LFSS 2025

Le déficit de la sécurité sociale continuerait à se creuser, à un rythme plus lent que celui constaté en 2024 et prévu pour 2025, pour atteindre 24,1 Md€ en 2028.

³⁰ Cour des comptes, « Le financement de la sécurité sociale : des règles à clarifier et à stabiliser », rapport d'application sur la loi de financement de la sécurité sociale, chapitre II, octobre 2022.

**Graphique n° 3 : trajectoire financière 2021-2028
des soldes des branches maladie et vieillesse + FSV (en Md€)**



Source : LFSS 2025, rectifiée pour 2024 par les comptes définitifs (les soldes 2021 correspondent aux montants approuvés par la LFSS 2022)

Par rapport à la précédente trajectoire publiée en loi de financement pour 2024, le déficit de la branche vieillesse se stabiliserait autour de 5 Md€, du fait des hausses de cotisations patronales du régime des fonctionnaires hospitaliers et territoriaux.

En effet, seule mesure prise à ce stade sur les 11 recommandations du rapport précité des inspections sur la CNRACL, la hausse de 12 points du taux de cotisation employeurs sur 4 ans rapporterait 7,3 Md€ en 2028. Le déficit de la caisse, estimé ainsi à 2,4 Md€ en 2025, se réduirait à 0,4 Md€ en 2028, mais se creuserait de nouveau ensuite, du fait de la dégradation continue du ratio entre cotisants et pensionnés.

La réforme des retraites de 2023 était déjà prise en compte dans la trajectoire 2024-2027. Comme l'a confirmé la communication précitée de la Cour publiée en février 2025, ses effets, très progressifs, atteindront un pic de 7,1 Md€ pour le régime général en 2032 avant de décroître ensuite.

La trajectoire des déficits prévus de la branche maladie se dégrade fortement dans la prévision 2025 par rapport à celle de 2024. Le déficit 2027 de la branche, attendu à 9 Md€ dans la prévision 2024, est désormais estimé à 16,1 Md€ (et à 16,8 Md€ en 2028). Cette évolution s'explique à hauteur de 2,8 Md€ par la compensation des effets négatifs de l'augmentation des taux de cotisation à la CNRACL des employeurs de la fonction publique hospitalière, par de moindres recettes (3,6 Md€) et, pour le solde (0,7 Md€), par l'intégration partielle du dépassement en dépenses constaté en 2024 (1,6 Md€).

La branche accidents du travail et maladies professionnelles deviendrait faiblement déficitaire à compter de 2026, du fait d'un nouveau transfert en 2026 de cotisations au profit de la branche vieillesse, comme prévu par la loi de financement rectificative d'avril 2023 portant réforme des retraites. Cette situation ne suscite pas d'inquiétude au vu du niveau élevé des réserves de la branche (8,2 Md€ fin 2024).

La branche famille verrait son solde se redresser du fait d'une évolution tendancielle de ses recettes (+ 2,9 % en moyenne annuelle entre 2025 et 2028) supérieure à celle de ses dépenses (+ 2,3 %). Elle serait la seule à rester excédentaire en 2028.

L'inverse se produirait pour la branche autonomie, avec des dépenses moyennes en progression de 4 % par an contre 2,6 % pour les recettes. En outre, la loi de financement pour 2024 a instauré un abattement de 26 % sur le revenu professionnel des travailleurs indépendants, servant d'assiette pour la cotisation sociale généralisée, principale ressource de la branche. En contrepartie, ces travailleurs acquittent des cotisations vieillesse et maladie dont ne bénéficie pas la branche. La perte de recettes est estimée à 1,1 Md€ en 2026 (double effet portant sur les revenus 2025 et 2026) puis à 0,6 Md€ pour les années suivantes.

La trajectoire de dépenses de la branche, qui ne dispose pas de réserves, repose par ailleurs sur des hypothèses ambitieuses de prise en charge des personnes majoritairement à domicile mais l'essentiel de l'impact de l'entrée dans le grand âge des générations nombreuses de l'après-guerre sera postérieur à 2030 (cf. chapitre X du présent rapport).

Dans son précédent rapport annuel sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale³¹, la Cour relevait un point de bascule, le déficit devenant supérieur en 2027 à la capacité annuelle d'amortissement par la caisse d'amortissement de la dette sociale (16 Md€ en 2025, cf. *infra*) conduisant à une croissance continue de l'endettement. Ce constat est désormais fortement aggravé : le point de bascule de la hausse de l'endettement est atteint dès 2025 et la prévision de déficit 2027 est supérieure d'un tiers à ce qu'elle était en 2024.

2 - Des hypothèses économiques encore trop favorables

L'annexe de la loi de financement pour 2025 présente les principales hypothèses économiques sur lesquelles repose la trajectoire jusqu'en 2028.

Tableau n° 10 : principales hypothèses de l'annexe de la LFSS 2025

	2025	2026	2027	2028
<i>PIB en volume</i>	0,9 %	1,4 %	1,5 %	1,5 %
<i>Masse salariale privée (*)</i>	2,5 %	3,1 %	3,4 %	3,4 %
<i>Inflation hors tabac</i>	1,4 %	1,75 %	1,75 %	1,75 %
<i>Ondam total (**)</i>	3,4 %	2,9 %	2,9 %	2,9 %

(*) hors prime exceptionnelle de pouvoir d'achat et prime de partage de la valeur ajoutée.

(**) Y compris dépenses résiduelles liées à la crise sanitaire.

Source : annexe de la LFSS 2025

Pour les années 2026-2028, le Haut Conseil des finances publiques a estimé en octobre 2024 que le scénario macroéconomique à moyen terme était « *optimiste* »³². Il a relevé que la trajectoire de croissance prévue, même revue à la baisse, repose sur des hypothèses encore loin d'être acquises. La trajectoire de déficits prévue en loi de financement pour 2025 repose donc sur des hypothèses que l'on peut considérer aujourd'hui comme trop favorables et déjà obsolètes, en particulier pour la masse salariale. Même le scénario moins optimiste adopté postérieurement à la loi de financement apparaît fragile.

³¹ « La situation financière de la sécurité sociale : une trajectoire de déficits non maîtrisés, un redressement nécessaire », *rapport sur l'application de la loi de financement de la sécurité sociale 2024*, chapitre I, mai 2024.

³² Avis n° HCFP-2024-4, octobre 2024.

**Tableau n° 11 : révision des hypothèses macroéconomiques
en avril 2025 (en %)**

	2026	2027	2028
<i>Croissance du PIB en volume</i>	1,2 %	1,4 %	1,4 %
<i>(révision par rapport à la LFSS)</i>	(- 0,2)	(- 0,1)	(- 0,1)
<i>Inflation (hors tabac)</i>	1,4 %	1,75 %	1,75 %
<i>(révision par rapport à la LFSS)</i>	(- 0,35)	(0,0)	(0,0)

Source : annexes de la LFSS 2025, rapport d'avancement 2025 du plan budgétaire et structurel à moyen terme 2025-2029, et avis HCFP

C - Une dette croissante et non financée, qui appelle des mesures fortes de retour à l'équilibre

Le financement des déficits nouveaux de la sécurité sociale n'est plus assuré depuis 2024 par la caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades) et le creusement de la dette fait courir un risque à l'agence centrale des organismes de sécurité sociale (Acoss³³), qui les supporte désormais.

1 - La croissance de la dette et la fin de sa reprise par la Caisse d'amortissement de la dette sociale

Bénéficiant de ressources affectées³⁴, la Cades est structurellement excédentaire après couverture de ses charges d'intérêts d'emprunts. Cet excédent (18,3 Md€ en 2023) s'est réduit à 16 Md€ en 2024 en raison du transfert à la branche autonomie d'une fraction de CSG (cf. *supra*). À partir de 2025, malgré la réduction de 2,1 à 1,45 Md€ du versement du fonds de réserve des retraites, l'excédent devrait réaugmenter, du fait de la baisse des charges financières de la Cades avec la réduction de son endettement.

La loi n° 2020-992 du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie a organisé la prise en charge de 136 Md€ de dette sociale par la Cades. Cette opération s'est achevée en 2024.

³³ L'agence utilise dans sa communication l'expression « Urssaf caisse nationale ».

³⁴ Contribution à la réduction de la dette sociale (CRDS), fraction de la CSG, versements du fonds de réserve des retraites.

Tableau n° 12 : montants pris en charge par la Cades (en Md€)

	2020	2021	2022	2023	2024	Total
Déficits antérieurs à 2020	20,0	11,2				31,2
Déficit branche maladie + FSV 2020		23,8	9,1			32,9
Déficit branche vieillesse + FSV 2021			25,9	1,7		27,6
Déficit branches maladie + vieillesse 2022				22,5		22,5
Dotation établissements de santé		5,0	5,0	3,0		13,0
Déficit branche maladie 2023					8,8	8,8
Total	20,0	40,0	40,0	27,2	8,8	136,0

Source : Cour des comptes d'après les comptes des exercices 2020 et 2021 et les décrets n° 2020-1074 du 19 août 2020, n° 2021-40 du 19 janvier 2021, n° 2022-23 du 11 janvier 2022, n° 2023-12 du 11 janvier 2023, n° 2024-176 du 6 mars 2024 et n° 2024-952 du 23 octobre 2024.

Les 8,8 Md€ restant disponibles à la Cades en 2024 ont été utilisés pour couvrir une partie du déficit 2023 de la branche maladie (11,1 Md€).

À partir de 2024, les déficits nouveaux ne peuvent plus être repris par la Cades, dont les ressources serviront à rembourser la dette sociale qui lui a été affectée jusqu'à la cessation de son activité, prévue en 2033. La dette sociale, incluant celle de la CNRACL dont la situation nette est devenue négative depuis 2022, continuerait ainsi à augmenter, sans perspective de résorption à terme, pour dépasser 180 Md€ en 2028, dont plus de 110 Md€ pèseraient alors sur l'Acoss.

Tableau n° 13 : projection de la dette sociale jusqu'en 2028 (Md€)

	2023	2024	2025 (p)	2026 (p)	2027 (p)	2028 (p)
Situation nette négative Cades	145,2	137,9	121,7	105	87	69
Cumul des déficits non repris du régime général	11,6	11,7	31,3	53	76	100
Situation nette négative CNRACL	4,9	7,9	10,3	12	13	13
Total	161,7	157,5	163,3	170	176	182
dont pesant sur l'Acoss	16,5	19,6	41,6	65	89	113
Encours moyen annuel Acoss	19,1	26,6	46,0	70	90	115
Plafond d'emprunt Acoss	45,0	45,0	65,0	90	110	135

Note : pour 2026-2028 les plafonds d'emprunt indiqués, qui ne figurent pas dans la trajectoire votée, sont une projection mécanique en fonction de l'encours moyen prévisible.

Source : Cour des comptes d'après la LFSS 2025 et les projections Acoss, Cades et CNRACL

2 - Une progression de la dette de l'Acoss qui l'expose à des difficultés croissantes de trésorerie

Le niveau de dette croissant qui pèserait sur l'Acoss contreviendrait à la mission de cette agence et deviendrait risqué pour le financement des prestations de la sécurité sociale.

Un endettement à court terme qui excède la mission de l'Acoss et pourrait faire courir un risque de liquidité à la sécurité sociale

La mission de l'Acoss, outre son rôle de tête du réseau des unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (Urssaf), est « *d'assurer la gestion commune de la trésorerie des différentes branches* » du régime général (art. L. 225-1 du code de la sécurité sociale) ; hors régime général, les autres régimes obligatoires de base peuvent déposer à l'agence tout ou partie de leurs disponibilités, contre rémunération (art. L. 225-1-3 du code)³⁵. Après une situation inédite de trésorerie nette positive fin 2023 (4 Md€), le solde de l'Acoss est redevenu négatif fin 2024 (- 3,7 Md€). Cette situation nette inclut 13 Md€ reçus par anticipation de la Cades pour financer le désendettement et les investissements des hôpitaux jusqu'en 2028, dont 4,3 Md€ seulement ont été utilisés à fin 2024.

Comme la sécurité sociale dans son ensemble, l'agence n'a pas vocation à s'endetter et ne peut emprunter qu'à court terme, pour une durée maximale portée à deux ans par la loi de financement pour 2025, mais avec une durée moyenne d'un an au maximum. Son plafond d'emprunt a été réhaussé à 65 Md€ pour 2025, 20 Md€ de plus qu'en 2024 et 2023.

L'agence est donc exposée au risque de taux des marchés à court-terme, susceptible d'entraîner immédiatement un surcroît de frais d'intérêt. En outre, le marché financier sur lequel émet l'Acoss, dont elle est déjà l'un des premiers emprunteurs, n'est pas indéfiniment extensible. Une augmentation du besoin à financer au-delà de certains seuils, ou particulièrement rapide, pourrait placer la sécurité sociale en crise de liquidité, comme celle déjà constatée en 2020 quand le marché n'avait pas pu fournir tous les financements appelés³⁶.

³⁵ Comme le font la caisse centrale de mutualité sociale agricole, celle des industries électriques et gazières, ou le conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants.

³⁶ En 2020, la hausse accélérée des besoins de financement a rendu nécessaire un plan de crise comportant des prêts de la Caisse des dépôts et consignations et de banques (Cour des comptes, *La trajectoire financière de la sécurité sociale à partir de 2020 : le défi des conséquences de la crise sanitaire, rapport d'application sur la loi de financement de la sécurité sociale 2021*, chapitre I, octobre 2021).

Il faut distinguer le niveau annuel moyen d'endettement porté sur l'exercice et le pic d'emprunt, dont le montant est plafonné par la loi de financement. En 2025, l'Acoss doit pouvoir, sans risque particulier, porter un endettement moyen de 46 Md€ et un pic d'emprunt, prévu en décembre, qui approcherait le plafond de 65 Md€ fixé en loi de financement. Un endettement annuel moyen de 70 Md€ et un pic de 90 Md€ en 2026 comparable au niveau atteint au plus fort de la crise sanitaire (95 Md€ en 2020 et 2021) présentent un plus grand degré de risque qui supposerait un accueil positif des marchés pour lever les montants correspondants.

Plus encore, au-delà de 70 Md€ d'endettement annuel moyen, ce qui sera le cas dès 2027, le risque de ne pas pouvoir assurer le financement de la sécurité sociale devient sérieux. L'Acoss se heurterait à la taille insuffisante du marché des capitaux à court terme, qui pourrait ne pas être en mesure d'absorber un volume d'emprunt aussi important. Il n'est pas non plus envisageable de permettre à l'Acoss d'emprunter sur des durées plus longues, comme le fait la Cades. Une telle perspective serait directement en contradiction avec le principe d'équilibre des comptes de la sécurité sociale, reviendrait sur les acquis du cantonnement de la dette sociale au sein de la Cades et exposerait à créer une concurrence peu compréhensible entre les deux institutions.

3 - Avant toute perspective éventuelle de reprise de dette, la nécessité de mesures structurelles de retour à l'équilibre

Comme l'a rappelé la Cour dans la communication précitée d'octobre 2024, une éventuelle nouvelle opération de reprise de dette par la Cades serait soumise à des conditions strictes. Elle pourrait consister en une nouvelle prolongation, au-delà de 2033, de la durée de vie de la caisse et donc des recettes qui lui sont affectées, ce qui supposerait une loi organique ; ou en une affectation de recettes nouvelles (sans dégradation de celles de la sécurité sociale) permettant d'amortir un supplément de dette sans prolongation de l'échéance.

Le stock de dette de la sécurité sociale qui s'accumulerait d'ici 2028 selon la trajectoire inscrite en LFSS pour 2025 pourrait dépasser 110 Md€. Cela correspond à sept années de recettes de la Cades. En tout état de cause, une nouvelle reprise de dette par la Cades ne résoudrait pas le problème de fond résultant de la dégradation continue des soldes de la sécurité sociale, qui exposerait à la reconstitution rapide d'un nouveau stock de dette. Un préalable indispensable est la définition d'une trajectoire crédible de retour à l'équilibre impliquant des mesures d'économie et de maîtrise des dépenses, comme celles que la Cour recommande, y compris dans le présent rapport³⁷.

³⁷ Partie II : Des réformes nécessaires pour assurer un redressement pérenne des comptes sociaux.

En février 2025, la Cour a ainsi transmis au Premier ministre une communication sur la situation et les perspectives du système de retraite, indiquant les leviers de réforme pouvant être mobilisés. En avril 2025, elle a publié une note³⁸ proposant un ensemble de mesures d'économie sur l'assurance maladie, pouvant atteindre 20 Md€ au total. Elle sera attentive au suivi de ses propositions.

³⁸ Cour des comptes, *L'objectif national de dépenses de l'assurance maladie (Ondam) : maîtriser sa progression en veillant à la qualité des soins, contribution à la revue des dépenses publiques*, avril 2025.

CONCLUSION

En 2024, le déficit de la sécurité sociale (15,3 Md€) a fortement progressé par rapport à la prévision initiale, en dehors de toute situation de crise, et pour la première fois depuis 2021 s'est dégradé par rapport à l'exercice précédent. L'une et l'autre évolutions résultent d'un moindre rendement des recettes et d'une progression des dépenses d'assurance maladie non maîtrisée en cours d'année.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2024, de manière inédite, ne prévoyait pas de trajectoire de redressement de la situation financière à horizon 2027. La loi de financement pour 2025 dégrade encore cette perspective avec un déficit qui dépasserait 24 Md€ en 2028.

Ces déficits successifs et croissants conduiraient à une accumulation de dette sociale à des niveaux jamais atteints hors période de crise et sans perspective pérenne de financement.

Cette dette va en effet reposer sur des financements à court terme de plus en plus importants, mobilisés par l'agence centrale des organismes de sécurité sociale, sur un marché financier qui n'est pas extensible. Il en résulte dès 2026 une prise de risque, fortement aggravée en 2027, qui ne permet pas d'exclure une crise de liquidité de la sécurité sociale. Ainsi, non seulement la charge du financement de la sécurité sociale serait reportée sur les générations futures, ce qui est contraire au principe constitutionnel d'équilibre de ses comptes, mais elle fait courir un risque à court terme sur la pérennité du système lui-même.

C'est pourquoi la Cour appelle à un rétablissement durable des comptes de la sécurité sociale par des mesures énergiques portant en premier lieu sur les dépenses. Elle a formulé en ce sens des propositions dans sa note de synthèse d'avril 2025 concernant l'objectif national de dépenses de l'assurance maladie, qui reprennent des propositions formulées dans ses précédents rapports, et détaille de nouvelles recommandations dans les chapitres de la partie II du présent rapport.

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 2024**

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 2024. 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 2024, qui doit être déposé avant le 1^{er} juin 2025.

Les tableaux d'équilibre, pour l'exercice 2024, correspondent à des comptes de résultat combinés³⁹ 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 2024, le déficit agrégé de l'ensemble des régimes obligatoires de base et du FSV a atteint 15,3 Md€, contre 10,8 Md€ en 2023.

Le tableau de la 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 (- 93,4 Md€ au 31 décembre 2024) et l'endettement financier net de la sécurité sociale (121 Md€ fin 2024) se sont détériorés respectivement de 1,2 Md€ et de 7,6 Md€ par rapport à 2023.

Sous certaines 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.

³⁹ 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.

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 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 sociale⁴⁰ 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 en vue de la certification des comptes des organismes de sécurité sociale sont restées inchangées.

I - Avis de la Cour sur la cohérence des tableaux d'équilibre pour l'exercice 2024

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 en annexe 1 du PLFSS 2025 ; 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)⁴¹.

⁴⁰ 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).

⁴¹ Depuis 2016, conformément à une recommandation de la Cour, l'article 1^{er} de la loi de financement de la sécurité sociale intègre une rubrique relative au Fonds de solidarité vieillesse (FSV) au sein du tableau d'équilibre de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale.

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 des dépenses décaissées⁴², mais à des produits et à des charges d'une comptabilité générale établie en droits constatés⁴³, auxquels certains retraitements sont apportés ; de même, le « solde » correspond en réalité à un résultat de comptabilité générale, et non à un solde de trésorerie.

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

A - Les tableaux d'équilibre pour l'exercice 2024

Les tableaux d'équilibre relatifs à l'exercice 2024 présentés ci-après figureront dans le projet de la loi d'approbation des comptes de la sécurité sociale 2025 soumis à l'approbation du Parlement.

En 2024, selon les tableaux d'équilibre établis par la DSS au 23 avril 2025, les régimes obligatoires de base de sécurité sociale ont enregistré un déficit de 16,4 Md€, contre un déficit de 11,9 Md€ en 2023⁴⁴, tandis que le FSV est stabilisé sur deux exercices consécutifs à un excédent de 1,1 Md€. Au total, l'ensemble constitué par les régimes obligatoires de base de sécurité sociale et le FSV affiche un déficit de 15,3 Md€, contre un déficit de 10,8 Md€ en 2023.

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

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

⁴⁴ Selon les données du projet de loi d'approbation des comptes de la sécurité sociale pour 2023, déposé le 31 mai 2024 et non adopté par le Parlement.

**Tableau n° 14 : tableau d'équilibre de l'ensemble des régimes
obligatoires de base de sécurité sociale au titre de 2024 (en Md€)**

	Recettes	Dépenses	Soldes
<i>Maladie</i>	239,2	253,0	- 13,8
<i>Accidents du travail et maladies professionnelles</i>	16,9	16,3	0,7
<i>Vieillesse</i>	288,2	293,8	- 5,6
<i>Famille</i>	58,9	57,8	1,1
<i>Autonomie</i>	41,2	39,9	1,3
<i>Toutes branches en net (*) (hors transferts entre branches).</i>	626,4	642,8	- 16,4
<i>Toutes branches en net (*) (hors transferts entre branches, y compris Fonds de solidarité vieillesse).</i>	627,8	643,1	- 15,3

(*) Le total « toutes branches » est retraité par la neutralisation des transferts entre branches.
Source : DSS⁴⁵

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

	<i>En Md€</i>		
	Recettes	Dépenses	Solde
Fonds de solidarité vieillesse	21,6	20,5	1,1

Source : DSS

B - Avis de la Cour

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

⁴⁵ 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 régimes obligatoires de sécurité sociale et fonds solidarité vieillesse s'élèvent à 643,1 Md€, les produits nets à 627,8 Md€. Par ailleurs, 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 FSV⁴⁶).

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 2024 établis par la DSS, qui seront soumis à l'approbation du Parlement dans le projet de loi d'approbation des comptes de la sécurité et sociale pour l'année 2024.

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

⁴⁶ Sur cette question, voir C- 1 *infra*.

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 2024, comme le soulignent le rapport de certification des comptes du régime général de sécurité sociale pour l'exercice 2024 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 (Énim) 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*).

C - Motivations détaillées de l'avis de la Cour

1 - 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.

La situation de la branche famille conduit la Cour à constater qu'elle est dans l'impossibilité de certifier les comptes de cette branche pour l'exercice 2024⁴⁷.

La Cour avait été dans l'impossibilité de certifier les comptes 2023 de la branche famille malgré l'engagement d'un plan d'action et des évolutions favorables par rapport à l'exercice précédent sur certains aspects. Bien que les actions engagées fin 2023 se soient poursuivies, les indicateurs disponibles au titre de 2024 ne permettent toujours pas à la Cour de certifier les comptes de la branche.

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

⁴⁷ Voir Cour des comptes, *Rapport de certification des comptes du régime général de sécurité sociale*, exercice 2024, mai 2025.

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

**

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 sociale⁴⁸ 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 déléguée⁴⁹.

⁴⁸ Mentionnés dans la liste figurant en annexe 1 au PLFSS pour 2025.

⁴⁹ 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° 16 : synthèse des opinions exprimées par les auditeurs
externes sur les états financiers de l'exercice 2024 des régimes
obligatoires de base et du FSV**

	Branches du régime général	Autres régimes	En % des charges brutes 2024
<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 Éthiopie, CNMSS, CNBF, Préfecture du Haut-Rhin, CRPCF (Comédie Française)	8,5
<i>Certification avec réserve(s)</i>	Les branches maladie, AT- MP, vieillesse et autonomie du régime général et l'activité de recouvrement	Énim, MSA, FSV	74,1
<i>Impossibilité de certifier</i>	Branche famille		8,3
		Régime des pensions des agents de l'État** Régimes de retraite de l'Assemblée nationale et du Sénat**	9,1

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

**Régimes sans personnalité morale distincte 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. <https://www.ccomptes.fr/fr/publications/certification-des-comptes-de-letat-exercice-2024>, publication du 16 avril 2024

Source : Cour des comptes – Au 6 mai 2025

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

2 - 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 est affecté par la contraction de certains produits et de certaines 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 14,9 Md€ pour l'ensemble des régimes, dont 14,7 Md€ pour l'ensemble des régimes de base et 0,2 Md€ pour le FSV).

II - Avis de la Cour sur la cohérence du tableau de situation patrimoniale au 31 décembre 2024

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 2024, des régimes

obligatoires de base dont le bilan est supérieur à 30 M€⁵⁰ et des organismes concourant à leur financement (FSV), à l'amortissement de leur dette (Cades) ou à la mise en réserve de recettes à leur profit (FRR) et décrivant les mesures prévues pour l'affectation des excédents et la couverture des déficits constatés à l'occasion de l'approbation des tableaux d'équilibre relatifs au dernier exercice clos.

Selon l'article LO. 111-4-4 du code de la sécurité sociale, ce rapport présente un tableau, établi au 31 décembre du dernier exercice clos, retraçant la situation patrimoniale des entités précitées. Établi par la DSS, ce tableau a pour objet d'assurer l'information du Parlement sur la situation patrimoniale de la sécurité sociale et de ses principales composantes. À cette fin, il consolide l'ensemble des bilans des régimes et organismes compris dans son périmètre, après neutralisation de leurs actifs et passifs réciproques.

A - Le tableau de situation patrimoniale au 31 décembre 2024

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 nationale⁵¹ ne sont pas compris dans son champ, non plus que les caisses de retraites du Sénat, même si le montant de leur bilan dépasse 30 M€⁵².

Le tableau de situation patrimoniale au 31 décembre 2024 présenté ci-après figurera dans le rapport mentionné dans l'annexe au PLACSS pour 2024⁵³ soumis à l'approbation du Parlement.

Le tableau de situation patrimoniale au 31 décembre 2024 reflète une légère dégradation des fonds propres de la sécurité sociale.

⁵⁰ 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.

⁵¹ Caisses de retraites des députés et du personnel de l'Assemblée nationale.

⁵² Au 31 décembre 2024, le total du bilan de la caisse de retraites des anciens sénateurs s'élève à 0,6 Md€ et celui de la caisse de retraites du personnel du Sénat à 0,7 Md€.

⁵³ Annexe prévue au 2°) de l'article LO. 111-4-4.

**Tableau n° 17 : tableau de situation patrimoniale
au 31 décembre 2024 (en Md€)**

ACTIF (en Md€)	2024	2023	PASSIF (en Md€)	2024	2023
IMMOBILISATIONS	7,4	7,3	FONDS PROPRES	- 93,4	- 92,2
Immobilisations non financières	5,6	5,4	Dotations	22,0	24,6
Régime général	4,7	4,6	Régime général	8,9	10,0
Autres régimes	0,9	0,9	Autres régimes	10,0	9,4
			CADES	0,2	0,2
			FRR	2,9	5,0
Prêts, dépôts de garantie et autres	1,1	1,2	Réserves	21,8	22,5
Régime général	0,8	0,9	Régime général	3,8	3,7
Autres régimes	0,2	0,3	Autres régimes	3,4	5,2
FRR	0,0	0,0	FRR	14,7	13,6
Avances/ prêts accordés à des organismes de la sphère sociale	0,7	0,7	Report à nouveau	- 140,8	- 149,4
Régime général	0,7	0,7	Régime général	11,6	12,3
Autres régimes	0,0	0,0	Autres régimes	1,7	1,1
FSV	0,0	0,0	FSV	0,0	0,8
CADES	0,0	0,0	CADES	- 154,1	- 163,6
			Résultat de l'exercice	1,9	8,5
			Régime général	- 14,4	- 10,7
			Autres régimes	- 2,0	- 1,3
			FSV	1,1	1,1
			CADES	16,0	18,3
			FRR	1,2	1,0
			Écart d'estimation (réévaluation des actifs du FRR en valeur de marché)	1,7	1,6
			PROVISIONS POUR RISQUES ET CHARGES	18,2	17,2

ACTIF FINANCIER	76,0	60,6	PASSIF FINANCIER	197,0	174,0
Valeurs mobilières et titres de placement	59,4	38,2	Dettes représentées par un titre (obligations, billets de trésorerie, ECP)	186,5	164,7
Régime général	21,3	0,0	Régime général	39,3	13,8
Autres régimes	18,2	17,8	CADES	147,2	150,9
CADES	0,0	0,0	Dettes à l'égard d'établissements de crédits	6,8	5,6
FRR	19,9	20,4	Régime général (y compris prêts CDC)	5,9	4,6
Encours bancaire	16,3	20,3	Autres régimes (y compris prêts CDC)	0,1	0,1
Régime général	5,7	12,7	FSV	0,0	0,0
Autres régimes	4,0	4,5	CADES	0,8	0,8
FSV	0,0	0,0	FRR	0,0	0,0
CADES	6,1	2,5	Dépôts reçus	0,0	0,2
FRR	0,5	0,5	Régime général	0,0	0,2
Créances nettes au titre des instruments financiers	0,3	2,2	Dettes nettes au titre des instruments financiers	0,2	0,0
CADES	0,3	1,9	Autres	3,4	3,5
FRR	0,0	0,3	Autres régimes	1,8	3,0
			CADES	1,6	0,5
ACTIF CIRCULANT	115,1	109,3	PASSIF CIRCULANT	76,8	78,1
Créances de prestations	10,3	9,2	Dettes à l'égard des bénéficiaires	39,1	42,4
Créances de cotisations, contributions sociales et d'impôts de sécurité sociale	9,2	9,6	Dettes à l'égard des cotisants	5,0	4,9
Produits à recevoir de cotisations, contributions sociales et autres impositions	67,8	64,6			
Créances sur entités publiques et organismes de sécurité sociale	18,5	17,7	Dettes à l'égard de l'État, autres entités publiques et organismes de sécurité sociale	20,7	19,9
Produits à recevoir de l'État	0,7	0,7			
Autres actifs	8,6	7,4	Autres passifs	12,1	10,9
TOTAL DE L'ACTIF	198,5	177,2	TOTAL DU PASSIF	198,5	177,2

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 (- 93,4 Md€ au 31 décembre 2024, contre - 92,2 Md€ fin 2023) pourrait être assimilé à la situation nette consolidée des entités entrant dans le champ des LFSS.

En 2024, les fonds propres se sont dégradés de 1,2 Md€ (au titre des exercices précédents, ils s'étaient améliorés de 7,0 Md€ en 2023 et dégradés de 5,7 Md€ en 2022) sous l'effet d'une double évolution.

En premier lieu, le **résultat net d'ensemble** est positif de 1,9 Md€, mais en dégradation de 6,6 Md€ par rapport à 2023 sous l'effet notamment de la hausse du déficit global du régime général (passant de - 10,7 Md€ en 2023 à - 14,4 Md€ en 2024).

En deuxième lieu, le **report à nouveau** s'est amélioré de 8,6 Md€ (- 140,8 Md€ en 2024 contre - 149,4 Md€ fin 2023), essentiellement du fait de la Cades.

L'endettement financier net de la sécurité sociale, qui correspond à la différence entre passif⁵⁴ et actif financiers⁵⁵, a atteint 121 Md€ au 31 décembre 2024. Il enregistre une augmentation de 7,5 Md€, après une année de baisse (9,3 Md€ en 2023) et deux années d'augmentation (7,4 Md€ en 2022, 4,6 Md€ en 2021). Cette augmentation recouvre notamment :

- une diminution de l'endettement financier net de la Cades (4,7 Md€), qui s'établit à 143,3 Md€ au 31 décembre 2024, ses passifs financiers ayant diminué de 2,6 Md€ dans le contexte d'amélioration de sa situation nette⁵⁶, tandis que ses actifs financiers ont augmenté de 2,1 Md€⁵⁷ ;
- une augmentation de l'endettement financier net du régime général (12,5 Md€), qui s'établit à 18,4 Md€ au 31 décembre 2024, dont 12,6 Md€ portés par l'Acoss. Cette évolution reflète la nette augmentation des dettes financières de l'Acoss (39,5 Md€ fin 2024 contre 14,0 Md€ fin 2023, dépôts compris), sous l'effet d'une sécurisation accrue de la trésorerie en l'absence de loi de financement de la sécurité sociale fin 2024. Ces emprunts ont notamment pour contrepartie des valeurs mobilières de placement (21,3 Md€) et des disponibilités (5,7 Md€).

⁵⁴ Pour l'essentiel, l'endettement social est porté par la Cades et par l'Acoss.

⁵⁵ Les actifs financiers sont principalement détenus par le FRR (20,4 Md€), la Cades (6,4 Md€), le régime de retraites de la Banque de France (11,8 Md€), non doté de la personnalité morale, l'Acoss (27,0 Md€) et la MSA (2,6 Md€).

⁵⁶ Du fait notamment de la diminution des titres de créances négociables (- 1,7 Md€).

⁵⁷ Sous l'effet de l'augmentation des disponibilités (+3,6 Md€) tandis que les dépôts de garantie ont diminué (- 1,6 Md€).

L'actif net circulant, qui correspond à l'actif circulant diminué des dettes, est par ailleurs en augmentation (38,3 Md€ au 31 décembre 2024 contre 31,2 Md€ en 2023).

B - Avis de la Cour

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

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

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

En application du 2° de l'article LO. 111-4-6 du code de la sécurité sociale, auquel renvoie l'article LO. 132-3 du code des juridictions financières, la Cour a procédé à des vérifications sur le projet de tableau de situation patrimoniale au 31 décembre 2024 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 2024, ainsi que sur les éléments d'information qui lui ont été transmis.

À l'issue de ses vérifications, **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 2024 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 2024 a un caractère variable et présente dans certains cas des insuffisances, comme le soulignent les opinions exprimées par la Cour sur les comptes de l'activité de recouvrement et des branches du régime général de sécurité sociale et celles des commissaires aux comptes de la Cades, de la MSA, du FSV et de l'Énim. (cf. *C 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 :

1. les dettes comptabilisées par le FRR à l'égard de la Cades (13,1 Md€ au 31 décembre 2024)⁵⁸ ont été réintégrées aux fonds propres du FRR, en diminution de ses dotations⁵⁹ du fait de l'absence de comptabilisation par la Cades de créances réciproques sur le FRR⁶⁰. 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 ;
2. le FRR ne comptabilise pas ses instruments financiers à leur valeur historique. Contrairement aux autres organismes de sécurité sociale, le fonds enregistre ses instruments à l'actif de son bilan, en application des dispositions spécifiques de la réglementation comptable applicable aux organismes de placement collectif en valeurs mobilières⁶¹, à leur valeur de marché (soit 19,9 Md€ au 31 décembre 2024) et inscrit, au passif, un écart positif d'estimation par rapport au coût d'acquisition de ces mêmes actifs (1,8 Md€) ;
3. une dette de 1,8 Md€ est comptabilisée par la caisse de réserve des employés de la Banque de France, non dotée de la personnalité morale,

⁵⁸ 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 13,1 Md€ au total.

⁵⁹ 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.

⁶⁰ Dans l'annexe à ses comptes, la Cades mentionne ces ressources en tant qu'engagements hors bilan de financement reçus du FRR.

⁶¹ 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 2007⁶² ;

4. comme pour les exercices précédents, les titres de participation, inscrits initialement en immobilisations par les entités détentrices, sont reclassés en valeurs mobilières et titres de placement, pour un montant net de 6,2 Md€, en hausse de 0,7 Md€ par rapport à 2023⁶³. Si ces actifs ne répondent pas strictement à la définition comptable des valeurs mobilières de placement⁶⁴, ce reclassement permet de présenter l'ensemble des actifs financiers à une même rubrique (« actif financier ») ;
5. le montant des fonds propres inscrit au passif du tableau de situation patrimoniale (- 93,4 Md€) comprend 8,7 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 dotations⁶⁵ aux établissements participant au service public hospitalier (13 Md€ au total), entités non comprises dans le champ du tableau de situation patrimoniale, et les versements effectués à ce titre par la Cnam à ces derniers (4,3 Md€ au total dont 1,1 Md€ en 2024). 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 ;
6. les créances et dettes à l'égard de la Caisse de sécurité sociale de Mayotte⁶⁶ (de l'ordre de 7,0 Md€ à fin 2024) sont inscrites à l'actif et au passif circulant du tableau de situation patrimoniale selon la même

⁶² Les actifs ainsi transférés à compter du 1^{er} janvier 2018 comprenaient l'avance initiale de 2 Md€ de titres de placement et 0,9 Md€ de trésorerie adossée à la réserve spéciale, 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 2024, cette avance a été réduite de 1,2 Md€, à la suite notamment du paiement des pensions réglementaires non couvertes par les revenus des portefeuilles titres.

⁶³ Ces titres, essentiellement détenus par les régimes autres que le régime général, sont principalement portés par la CnavPL (3,1 Md€) et la MSA (1,4 Md€).

⁶⁴ 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.

⁶⁵ L'article 1^{er} de la loi du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie prévoit un plafond de versements de la Cades de 13 Md€ dans la limite de 5 Md€ annuels, tandis que la Cnam verse des dotations aux hôpitaux sur une durée maximale de dix ans (art. 50 de la LFSS pour 2021).

⁶⁶ Entité exclue du périmètre du tableau de situation patrimoniale.

présentation que celle retenue dans les comptes du régime général. L'incidence sur le tableau de situation patrimoniale, s'il était appliqué un retraitement visant à les compenser, n'est pas évaluée par la DSS.

C - Motivations détaillées de l'avis de la Cour

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 2024 présentent une fiabilité parfois insuffisante, comme le souligne l'impossibilité de certifier les comptes de la branche famille au motif d'insuffisances d'éléments probants sur les comptes, ainsi que les réserves apportées à la certification pour les autres branches. Par ailleurs, les commissaires aux comptes de la MSA⁶⁷, de l'Énim et du FSV ont certifié avec réserve leurs comptes. Il est renvoyé sur ce point aux développements précédents sur les tableaux d'équilibre (cf. I- C- *supra*).

S'agissant des entités comprises dans le champ du tableau de situation patrimoniale, mais non dans celui des tableaux d'équilibre, la Cour note que les états financiers du FRR au 31 décembre 2024 ont été certifiés sans réserve par ses commissaires aux comptes. Ceux de la Cades ont été certifiés avec réserve par son commissaire aux comptes (auditeur contractuel), dont l'opinion relative aux montants de CRDS et de CSG comptabilisés au titre des revenus de remplacement, du patrimoine et de placement tire notamment les conséquences des motifs du constat par la Cour de la certification avec réserves des comptes de l'activité recouvrement pour l'exercice 2023⁶⁸.

⁶⁷ Des retraitements ont, par ailleurs, été effectués par rapport au bilan combiné certifié afin d'intégrer uniquement les données comptables relatives au régime de base.

⁶⁸ Le rapport des commissaires aux comptes 2024 de la Cades a été remis le 24 avril 2025, avant la publication par la Cour, en mai, du rapport de certification des comptes du régime général pour l'exercice 2024.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

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 2024 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.

Par rapport à ceux de l'exercice 2023, les tableaux d'équilibre et le tableau de situation patrimoniale de la sécurité sociale relatifs à l'exercice 2024 restent affectés par une fiabilité parfois insuffisante des données comptables qui y sont intégrées. En effet la Cour a relevé d'autres anomalies significatives ainsi que des insuffisances d'éléments probants affectant les comptes de l'activité de recouvrement et des branches de prestations du régime général.

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

Pour le troisième 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.

La Cour formule ainsi les recommandations suivantes au ministère de la santé, des solidarités et des familles :

1. (recommandation reformulée) produire au 5 avril de l'année suivant l'exercice visé les tableaux d'équilibre et le tableau de situation patrimoniale en examinant une production anticipée des comptes ;
2. (recommandation reformulée) poursuivre le renforcement de la traçabilité, la formalisation et l'explication des retraitements opérés pour la production des tableaux d'équilibre et revoir les modalités d'établissement de ces derniers ;
3. (recommandation réitérée) mettre fin aux contractions de produits et de charges dans les tableaux d'équilibre, non conformes au cadre normatif fixé par la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale, pour l'établissement des comptes des régimes obligatoires de base de sécurité sociale.

Annexe : régimes intégrés au tableau d'équilibre

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

	Risque Maladie- Invalidité	Risque AT-MP	Risque Vieillesse
<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>CRFCE</i>			X
<i>(agents des chemins de fer d'Éthiopie)</i>			X
<i>CRRFOM</i>			X
<i>(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 effectivement prises en charge peuvent varier entre les régimes identifiés comme disposant d'une même branche. Il en résulte que le risque invalidité est conventionnellement inclus dans la branche maladie pour les personnes n'ayant pas encore atteint 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 de rentes : lorsque ce sont les seules prestations incluses dans les comptes de la branche, il est indiqué *.*

Source : tableau 1 - liste des régimes, annexe 1 au PLFSS 2025

Chapitre II

Des dérives continues dans l'exécution

de l'Ondam, un pilotage

efficace à retrouver

PRÉSENTATION

Les dépenses de l'objectif national des dépenses de l'assurance maladie (Ondam) se sont établies à 256,0 Md€ en 2024, hors dépenses résiduelles liées à la crise covid⁶⁹. Elles ont progressé de 3,5 % par rapport à 2023, évolution supérieure de plus d'un point à la progression annuelle de l'Ondam avant la crise sanitaire (+ 2,3 % de 2010 à 2019).

Les dépenses hors covid de l'Ondam se caractérisent, à nouveau en 2024, par une insuffisante maîtrise de leur exécution. Pour la quatrième année consécutive, l'objectif initial fixé en loi de financement de la sécurité sociale est dépassé, à hauteur cette fois-ci de 1,3 Md€ hors covid (+ 0,5 %). Contrairement aux années précédentes, l'inflation n'est pas venue peser sur l'exécution, l'inflation constatée ayant même été plus faible que la prévision (1,8 % contre 2,5 %) et des marges étant disponibles. À cela s'ajoute une importante aggravation du déficit des hôpitaux publics, estimé à 3 Md€ en 2024, malgré une reprise de leur activité, ainsi que des établissements et services médico-sociaux, qui était de 2 Md€ en 2023.

Cette situation est symptomatique de l'enjeu de mobilisation des acteurs du système de santé et des pouvoirs publics afin de redonner à l'Ondam son rôle d'instrument de pilotage pluriannuel des dépenses du système de santé. Un tel pilotage apparaît en effet nécessaire pour contrôler le rythme de progression des dépenses de santé, qui s'accroît avec le vieillissement de la population, le développement des maladies chroniques et l'introduction de plus en plus rapide de médicaments innovants. Cette situation impose une amélioration permanente de l'efficacité des dépenses⁷⁰.

Le présent chapitre caractérise l'évolution de l'Ondam en 2024 en analysant les écarts de dépenses par rapport à sa construction et la gestion de son exécution (I). Il examine les problématiques distinctes de chacun des sous-objectifs, qui appellent à resserrer la maîtrise des dépenses (II).

⁶⁹ 256,4 Md€ avec dépenses covid, en progression de 3,3 %. Les données provisoires des comptes de l'exercice seront consolidées en mars 2026.

⁷⁰ Cour des comptes, *L'Objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam) : maîtriser sa progression en veillant à la qualité des soins*, avril 2025.

L'Ondam, un pilotage des trois branches : maladie, accidents du travail et maladies professionnelles, et autonomie de la sécurité sociale

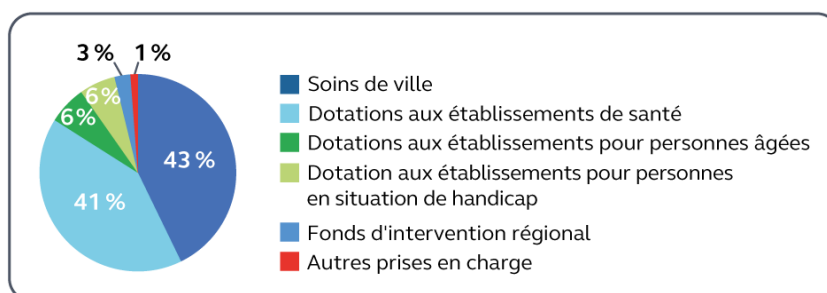
Chaque année, la loi de financement de la sécurité sociale fixe le montant de l'objectif national de dépenses d'assurance-maladie (Ondam) pour l'année à venir et un taux d'évolution pour les trois années suivantes.

L'Ondam comprend 80 % des dépenses de la branche maladie (honoraires médicaux et salaires des personnels hospitaliers, prise en charge de soins et des produits de santé, dotations aux établissements de santé, indemnités journalières maladie), 80 % de celles de la branche autonomie (dotations aux établissements et services médico-sociaux pour personnes âgées et pour personnes en situation de handicap) et 36 % de celles de la branche accidents du travail et maladies professionnelles. Il n'inclut pas les indemnités journalières maternité et paternité, les pensions d'invalidité, les rentes, ni les concours aux départements.

L'Ondam 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'alerte⁷¹ qui rend des avis publics, transmis au Parlement au 15 avril, au 1^{er} juin et au 15 octobre. En cas de « risque sérieux » de dépassement de l'Ondam en cours d'année, le comité d'alerte adresse une notification au Parlement, au Gouvernement et aux caisses nationales d'assurance maladie pour que des mesures de redressement soient adoptées. Le seuil d'alerte du dépassement a été fixé, par décret, à 0,5 % du montant arrêté pour l'Ondam.

L'Ondam est en comptabilité d'exercice. Le constat définitif des dépenses est effectué en année n+2.

Graphique n° 4 : dépenses de l'Ondam hors covid par sous-objectifs en 2024 (en %)



Lecture : l'Ondam comprend six sous-objectifs correspondant aux secteurs de l'offre de soins. Les dépenses de produits de santé (médicaments et dispositifs médicaux) sont incluses dans les enveloppes des soins de ville et de dotations aux établissements de santé publics et privés.

Source : comptes de l'exercice 2024, mise en forme Cour des comptes

⁷¹ Le comité est composé du secrétaire général de la commission des comptes de la sécurité sociale, du directeur général de l'Insee et d'une personnalité qualifiée.

I - En 2024, une occasion manquée de retour à une maîtrise de l’Ondam

Avant la crise sanitaire, de 2011 à 2019, l’Ondam fixé en loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) était systématiquement respecté en exécution. Par contraste, pour la quatrième année consécutive, l’Ondam hors covid est exécuté en dépassement en l’absence de mesures de régulation suffisamment vigoureuses. Il en résulte une incertitude sur la capacité à tenir l’Ondam en 2025 et la trajectoire d’ici à 2028 inscrite en LFSS pour 2025.

A - Malgré un contexte favorable, un nouveau dépassement de l’Ondam en 2024

L’exécution de l’Ondam n’est toujours pas revenue sous contrôle comme avant la crise sanitaire. Le constat des dépenses 2023 a été révisé nettement et tardivement. En 2024, un nouveau dépassement a été constaté malgré des conditions normales d’exécution.

Tableau n° 18 : évolution de l’Ondam en 2024 (en Md€)

	LFSS	Constat mars 2025	Écart	Écart en %
Ondam	254,9	256,4	1,5	0,6 %
Ondam hors covid	254,7	256,0	1,3	0,5 %

Source : Cour des comptes à partir des données de la direction de la sécurité sociale

1 - Une révision tardive à la hausse du dépassement au titre de 2023

Entre la LFSS pour 2024 et le constat définitif de mars 2025, le montant des dépenses 2023 de l’Ondam hors covid a été révisé de 0,5 Md€⁷². Une telle révision tardive des dépenses est atypique par rapport aux années précédentes. En conséquence, le dépassement en 2023 s’est finalement élevé à 1,7 % (+ 4,1 Md€). En 2022, il était déjà de 1,5 % (+ 3,5 Md€).

Le surcroît de dépenses 2023 apparu tardivement n’a pas été intégré en construction de l’Ondam de 2024 (effet de base négatif) et aucune mesure de régulation n’a neutralisé le ressaut de dépenses induit en 2024. Il est donc nécessaire de mieux fiabiliser les dépenses de l’Ondam, dans les meilleurs délais possibles afin d’en limiter la répercussion sur l’année suivante.

⁷² + 0,2 Md€ de provisions sur créances, + 0,1 Md€ de produits de santé, + 0,1 Md€ sur la part tarif des établissements de santé, + 0,1 Md€ de dépenses des conventions internationales.

2 - Malgré un contexte favorable, un nouveau dépassement de l'Ondam en 2024 tenant aux soins de ville

En 2024, le dépassement de l'Ondam hors covid s'élève à 1,3 Md€ et tient pour le même montant au sous-objectif des soins de ville. Il s'explique, aux deux tiers, par un rendement plus faible qu'attendu des recettes atténuatives des produits de santé (remises conventionnelles, clauses de sauvegarde, cf. *infra*), devenues moins efficaces, notamment du fait du plafonnement de la clause de sauvegarde en LFSS pour 2024. Le solde du dépassement résulte d'une dynamique persistante des mêmes postes que les années précédentes (indemnités journalières, honoraires des infirmiers, des masseurs-kinésithérapeutes et des médecins spécialistes)⁷³.

Le dépassement de l'Ondam en 2024 est certes plus limité que celui des deux dernières années (4,2 Md€ en 2023, 3,5 Md€ en 2022), mais il est plus préoccupant, tant les conditions étaient réunies pour une exécution conforme à l'objectif initial.

La construction de l'Ondam 2024 reposait sur des hypothèses réalistes. Elle intégrait un retour à une dynamique d'activité des acteurs de l'offre de soins comparable à la période précédant la crise sanitaire et une circulation de la covid devenue endémique. L'évolution de la masse salariale des personnels hospitaliers intégrait une hypothèse de progression (2,8 %) supérieure à la progression de l'Ondam avant la crise sanitaire (2,3 % par an de 2010 à 2019).

En outre, des marges existaient en exécution, d'environ 0,5 Md€. La provision pour financer la hausse d'un point de la cotisation vieillesse des personnels hospitaliers et médico-sociaux à la CNRACL (0,25 Md€) est devenue inutile du fait de la baisse des cotisations maladie à due proportion. Le décalage d'entrée en vigueur de nouvelles mesures conventionnelles, dont la nouvelle convention médicale signée entre la caisse nationale de l'assurance maladie et les médecins le 4 juin 2024, a conduit à des économies de fait (0,3 Md€).

Enfin, contrairement aux années précédentes, aucun aléa externe n'est venu peser sur la gestion, comme l'accélération de l'inflation ou des revalorisations de rémunération décidées en cours d'année. L'exécution de l'Ondam en 2024 a même bénéficié d'un effet favorable lié à une inflation constatée (1,8 %) plus faible que l'hypothèse initiale (2,5 %).

⁷³ Le dépassement du sous-objectif du fonds d'intervention régional (0,5 Md€) est lié à une mesure de transfert entre sous-objectifs sans impact sur le niveau des dépenses.

La provision spécifique inscrite en mesure nouvelle et destinée à prendre en compte le risque d'inflation exceptionnelle constituait aussi une marge (0,7 Md€)⁷⁴.

La dynamique des dépenses est en réalité supérieure à ce que le seul dépassement ne laisse apparaître. Les marges auraient dû être mises en réserve et annulées, étant devenues sans objet. Elles ont été entièrement consommées et sont venues atténuer le dépassement de 2024 qui, sinon, aurait été deux fois plus important, soit 1 % de l'Ondam initial.

3 - Un dépassement nettement supérieur en tenant compte des déficits croissants des hôpitaux publics

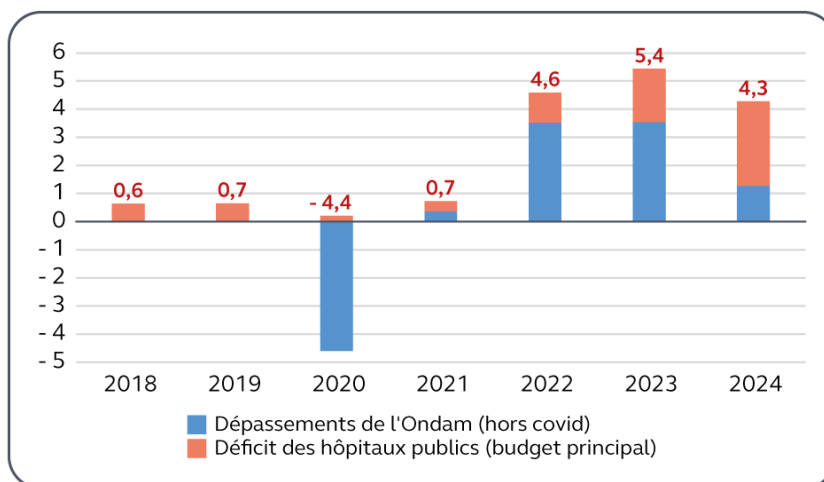
En 2024, la situation financière des hôpitaux publics continue de se dégrader fortement, malgré la reprise de leur activité. Selon des données encore provisoires, leur déficit (budget principal) s'établirait entre 2,8 Md€ et 3 Md€⁷⁵, contre 1,9 Md€ en 2023 et 0,7 Md€ en 2019.

Cette dégradation, qualifiée par le comité d'alerte de « point de fuite majeur de l'Ondam », pousse à une analyse consolidée avec l'exécution de l'Ondam. Le cumul des dépassements de l'Ondam en exécution et des déficits des hôpitaux publics atteint 4,6 Md€ en 2022, 5,4 Md€ en 2023 et encore 4,3 Md€ en 2024. Ces montants équivalent à une moyenne de l'ordre de 2 % de l'Ondam initial, soit un niveau bien supérieur au seuil de 0,5 % du comité d'alerte justifiant la mise en œuvre de mesures de redressement. Ce constat appelle des mesures d'efficience.

⁷⁴ La construction de l'Ondam 2024 a provisionné les charges liées à une hypothèse d'inflation de 2,5 % en deux étages. Le tendancier a intégré, par convention, une prévision d'inflation de 1 %, soit la moyenne 2010-2019. Une provision supplémentaire a été répartie entre les sous-objectifs des soins de ville (0,3 Md€), des établissements de santé (0,3 Md€) et les établissements et services médico-sociaux (0,1 Md€).

⁷⁵ Avis du comité d'alerte de l'Ondam du 15 avril 2025.

Graphique n° 5 : évolution du cumul des dépassements de l'Ondam et du déficit des hôpitaux publics (en Md€)



Notes : en 2020, l'Ondam hors dépenses exceptionnelles liées à la covid a été sous-exécuté. Les hôpitaux publics sont financés par les dépenses de l'Ondam et, dans une moindre mesure, par les organismes complémentaires de santé et les patients.

Sources : Cour des comptes d'après les LFSS et données provisoires 2024 des hôpitaux publics

B - Une régulation insuffisante des dépenses, un risque pour tenir la trajectoire pluriannuelle

Les facteurs de risque de dépassement en 2024, en partie identifiés, étaient estimés dans le rapport de l'an dernier à 1 Md€⁷⁶. L'estimation des recettes atténuatives des produits de santé est devenue plus complexe du fait de leur ampleur croissante (10,7 Md€ en 2024), de la contestation du calcul par les entreprises pharmaceutiques et de l'assouplissement des règles de déclenchement des clauses de sauvegarde en LFSS pour 2024. Le montant des mesures de maîtrise des dépenses (4,4 Md€⁷⁷) paraissait ambitieux par comparaison à 2023 (2,6 Md€) ou à la période précédant la crise sanitaire (3,6 Md€ en 2019).

Dans son avis du 26 juillet 2024, le comité d'alerte de l'Ondam avait appelé à la vigilance en pointant un risque de dépassement « significatif ».

⁷⁶ Cour des comptes, *Un nouveau dépassement de l'Ondam en 2023, une impérative reprise en main de son pilotage dès 2024*, chapitre II, Ralfss 2024.

⁷⁷ Dont 3,5 Md€ de mesures d'économie pour gager les mesures nouvelles, 720 M€ de maîtrise médicalisée et 180 M€ de lutte contre les fraudes.

Bien qu'accrues par rapport aux années précédentes, les mesures de régulation sont toutefois restées encore insuffisantes en 2024.

1 - Une réalisation partielle des mesures de maîtrise des dépenses

En construction de l'Ondam, les mesures de maîtrise des dépenses relèvent de deux catégories. En premier lieu, les mesures de lutte contre les fraudes à l'assurance maladie et de maîtrise médicalisée des dépenses de santé⁷⁸ sont intégrées au tendancier des dépenses pour en atténuer la dynamique. En second lieu, afin de gager des mesures nouvelles, des mesures d'économie supplémentaires sont intégrées à la LFSS. De manière récurrente, il s'agit de la baisse des prix et de la consommation des produits de santé, de l'optimisation de la gestion des établissements de santé et médico-sociaux, de la régulation des dépenses de soins de ville, notamment dans le cadre des négociations conventionnelles avec les professionnels de santé, et des transferts de prise en charge des dépenses de santé aux organismes complémentaires de santé et aux assurés.

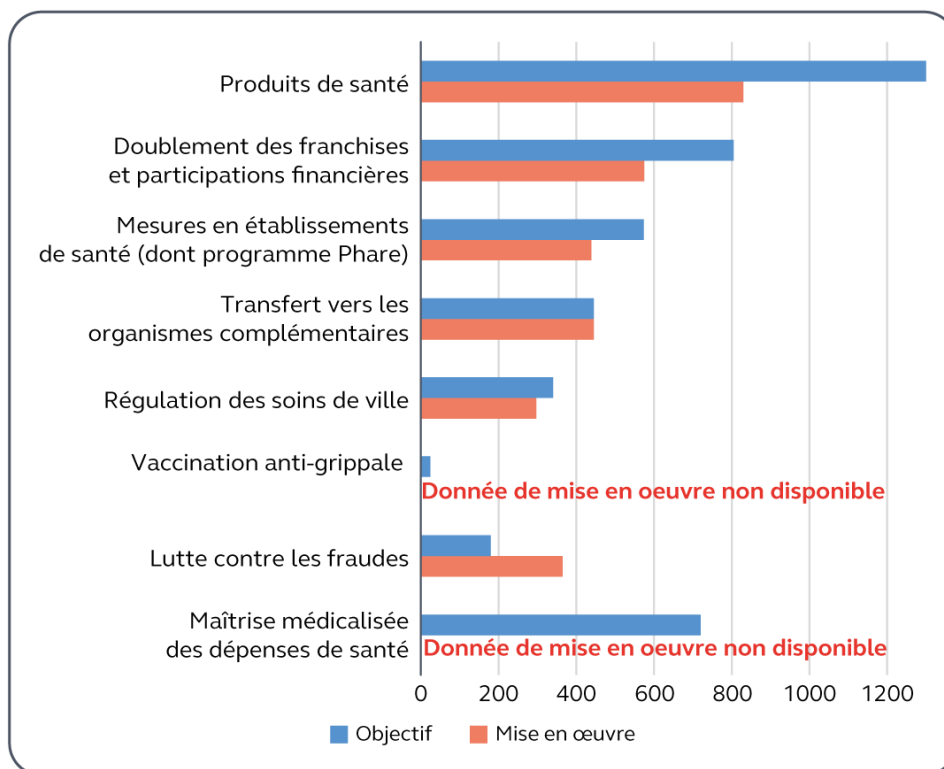
Dans tous les cas, la mise en œuvre de ces mesures est essentielle à la tenue de l'Ondam. Elle est pourtant insuffisamment documentée, ce qui en fragilise le suivi. Il conviendrait de présenter de manière systématique, en annexe aux projets de LFSS et d'approbation des comptes de la sécurité sociale (PLACSS), un récapitulatif chiffré des objectifs des mesures de maîtrise des dépenses et de leur réalisation. Il en va de même pour les mesures nouvelles.

En 2024, selon des informations disponibles partiellement, les mesures de maîtrise des dépenses n'ont été qu'en partie mises en œuvre. Sur un objectif de 4,4 Md€, la part non réalisée peut être estimée entre 0,7 Md€ et 1,1 Md€, soit jusqu'à 25 % de l'objectif. Le doublement des franchises et participations des usagers est intervenu plus tardivement que prévu et les baisses de prix de produits de santé ont été inférieures aux attentes. Les montants de maîtrise médicalisée des dépenses de santé (720 M€ attendus) ne sont pas encore disponibles⁷⁹. Les mesures de prévention en santé en vue de réduire la dépense de santé demeurent limitées (25 M€ pour la vaccination antigrippale).

⁷⁸ Elle vise à réduire les dépenses de santé inutiles, redondantes voire délétères, sans porter atteinte à la qualité des soins (par exemple : prescriptions injustifiées de transport sanitaire, d'indemnités journalières ou de produits de santé inadaptés). Elle se concrétise par des mesures incitatives pour améliorer les prescriptions. Voir Cour des comptes, *La maîtrise médicalisée des dépenses de santé : une régulation inaboutie*, Ralfss 2023.

⁷⁹ L'objectif de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé de 775 M€ a été réalisé à hauteur de 167 M€ en 2022, dernière année renseignée. Voir annexe Ondam du PLFSS 2022 et rapport d'évaluation des programmes de sécurité sociale maladie du Placss 2023.

Graphique n° 6 : suivi de l'exécution des mesures de maîtrise des dépenses de l'Ondam en 2024 inscrites en loi de financement de la sécurité sociale (en Md€)



Notes : la comparaison entre économies ex ante et ex post n'est pas aisée en méthodologie. Entre ces différentes séries d'économies, il est possible d'avoir une vision ex post précise pour certaines (participations financières et franchises mesurées mensuellement par la Cnam, baisses de prix des médicaments, etc.). Pour d'autres, la mise en œuvre n'est pas directement observable (maîtrise médicalisée des dépenses de santé, mesures en établissements de santé).

Le résultat de la lutte contre les fraudes correspond au montant de préjudice détecté et stoppé par la Cnam.

Sources : Cour des comptes d'après les données de la DSS, de la DGOS, du CEPS, de la Cnam, et les annexes Ondam du PLFSS et Maladie du PLACSS

2 - Des mécanismes de régulation insuffisants

La régulation des dépenses de l'Ondam a été, en partie, renforcée sur les crédits mis en réserve mais n'a pas été élargie à la priorisation des mesures nouvelles. Des dépenses dépassant le périmètre de l'Ondam pour appuyer le secteur médico-social ont été aussi décidées.

a) Des mises en réserve de crédits en partie inopérantes

En 2024, le mécanisme de mise en réserve des crédits de l'Ondam⁸⁰ a été davantage mobilisé que les années précédentes. Sur 765 M€ mis en réserve en début de gestion, 565 M€ ont été annulés soit près des trois-quarts, contre un tiers en 2023 et en 2022. Cette opération a permis d'atténuer le dépassement de l'Ondam hors covid de 0,7 % à 0,5 %.

Ce levier de régulation reste sujet à caution. D'une part, les soins de ville, seul sous-objectif en dépassement, ne sont soumis à aucun mécanisme de mise en réserve pour atténuer la dynamique de leurs dépenses. D'autre part, la majeure partie des crédits annulés en 2024 a porté sur les établissements de santé (304 M€), ce qui a contribué à majorer d'autant leurs déficits⁸¹.

En 2025, le Gouvernement a décidé de porter la mise en réserve des crédits de l'Ondam à 1,1 Md€, soit 0,4 %, dont notamment 0,7 Md€ sur les établissements de santé et 0,2 Md€ sur le secteur médico-social.

b) Une absence de régulation des mesures nouvelles

En 2024, l'Ondam initial intégrait un solde total de 4,6 Md€ de mesures nouvelles. Une partie était inévitable, notamment les extensions en année pleine de la revalorisation du point d'indice (0,6 Md€), les dispositions conventionnelles signées en 2023 (1,1 Md€, dont 0,5 Md€ pour le règlement arbitral de 2023 concernant les médecins), l'avenant concernant les transporteurs sanitaires (0,2 Md€) ou la rallonge de la subvention à l'Établissement français du sang (0,1 Md€).

La mise en œuvre d'une partie des autres mesures nouvelles aurait pu être subordonnée à la réalisation effective des mesures d'économie, pour autant qu'elles puissent être suivies en temps réel, ou ajournée dans l'attente d'un premier retour fiable sur la tenue de l'Ondam en exécution. Selon des priorités à établir, cela aurait pu concerner certaines des mesures supplémentaires d'attractivité des personnels des établissements de santé et médico-sociaux (0,5 Md€).

⁸⁰ L'article 20 de la loi de programmation des finances publiques pour les années 2023 à 2027 prévoit que « À compter du 1^{er} janvier 2024, une fraction représentant 0,3 % du montant de l'Ondam est mise en réserve au début de chaque exercice ».

⁸¹ Les autres annulations de crédits ont concerné les établissements et services médico-sociaux (134 M€) et diverses autres rubriques (127 M€).

*c) Un soutien au secteur médico-social au-delà
du strict champ de l'Ondam*

Les établissements et services médico-sociaux bénéficient de crédits pour adapter leur offre, notamment par l'affectation d'une fraction de cotisation sociale généralisée (CSG) depuis 2024 (2,6 Md€ par an)⁸². Toutefois, les délais de réalisation des investissements étant fréquemment plus longs que prévu, il reste chaque année des reliquats de crédits dits « crédits non reconductibles », qui atteignent des niveaux anormalement élevés (1 Md€ en 2022 et en 2023, 1,1 Md€ en 2024).

En 2023 et en 2024, ces marges ont été en partie utilisées pour aider financièrement des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) en difficulté. Or, ces difficultés sont peu liées au financement des dépenses relevant de l'Ondam mais plutôt à celui provenant des conseils départementaux, dont les dotations n'ont pas progressé de façon homogène⁸³. En 2024, le soutien aux Ehpad a représenté 286 M€ (+ 18 % par rapport à 2023).

**3 - Des incertitudes sur la capacité à tenir la trajectoire
d'ici 2028**

L'accumulation des dépassements de l'Ondam et l'insuffisante maîtrise de l'exécution encore en 2024 créent une incertitude sur le respect de la trajectoire de l'Ondam inscrite en LFSS pour 2025.

a) Un cumul de dépassements qui fragilise la tenue de la trajectoire

De 2021 à 2024, le cumul des dépassements de l'Ondam en exécution par rapport à l'objectif initial fixé en LFSS s'est élevé à 9,3 Md€, soit l'équivalent de 30 % de la hausse de l'Ondam sur la période. Un peu

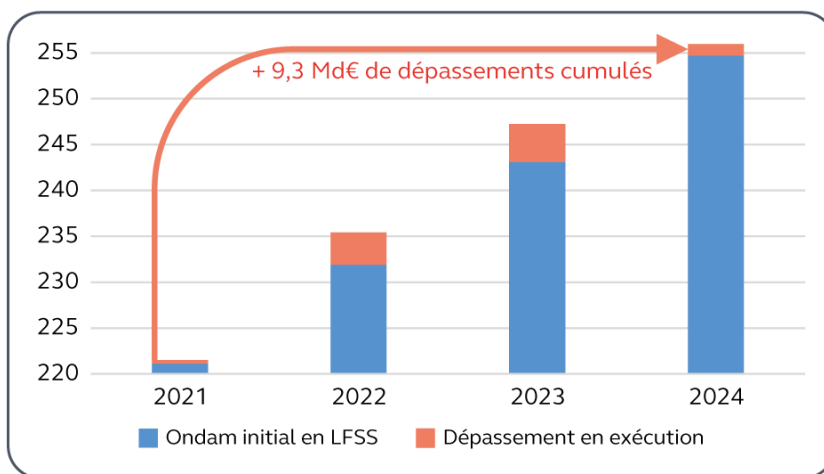
⁸² Cour des comptes, *Une branche autonomie aux leviers insuffisants pour faire face à des enjeux démographiques cruciaux*, chapitre X de ce rapport.

⁸³ En Ehpad, les dépenses de soins sont couvertes par la branche autonomie incluses dans le périmètre de l'Ondam ; celles de dépendance par un forfait fixé par le département ; les frais d'hébergement relèvent des résidents et des départements. Depuis 2018, la dotation dépendance, fixée par les départements, a été en moyenne revalorisée de 7,5 % et la dotation soins de 11 %. Dans le même temps, l'inflation cumulée a été de 16 %.

plus de la moitié (5,2 Md€) relève de décisions de revalorisation des salaires prises en cours d'année, non compensées par ailleurs⁸⁴.

La reprise de ces dépassements, année après année, dans le socle de dépenses, sans remise en cause ni atténuation des mesures nouvelles, conduit à une augmentation mécanique des dépenses de l'Ondam. Par conséquent, il est essentiel à l'avenir d'éviter tout dépassement de l'Ondam en exécution.

Graphique n° 7 : évolution de l'Ondam constaté hors covid (en Md€)



Source : LFSS, mise en forme Cour des comptes

b) Des mesures de maîtrise des dépenses à calibrer à bonne hauteur

Dans ce contexte, la maîtrise de l'exécution de l'Ondam en 2025 s'annonce compliquée : le niveau élevé des mesures nouvelles (6,2 Md€, contre 4,6 Md€ en 2024) implique de les gager, au moins en partie, par des mesures d'économie d'un niveau sans équivalent (4,3 Md€ contre 3,5 Md€ en 2024). En 2025, il est de ce fait nécessaire d'adopter des mesures vigoureuses de régulation des dépenses afin d'éviter tout nouveau dépassement.

Au-delà de 2025, la trajectoire inscrite en LFSS pour 2025 prévoit un ralentissement de la progression de l'Ondam de 3,4 % en 2025 à 2,9 % par an d'ici à 2028. Les économies ne sont toutefois documentées en LFSS qu'année après année. Une telle trajectoire permettrait certes de stabiliser la

⁸⁴ Voir aussi le rapport à la commission des comptes de la sécurité sociale, octobre 2024, fiche 3.2 « Retour sur l'évolution de l'Ondam entre 2019 et 2023 » qui détaille l'évolution de l'Ondam entre dépenses exceptionnelles et évolutions courantes.

part de l'Ondam dans le produit intérieur brut à 8,8 %, niveau nettement supérieur à celui d'avant la crise sanitaire (8,2 %)⁸⁵. Elle conduirait néanmoins à une aggravation du déficit cumulé des trois branches de la sécurité sociale qui financent l'Ondam. Celui-ci passerait de 11,8 Md€ en 2024 à 20,1 Md€ en 2028, soit une accumulation de dette sociale de 73 Md€.

Pour tenir l'Ondam 2025 et la trajectoire inscrite en LFSS pour 2025, l'efficacité des dépenses doit être fortement améliorée en développant la prévention en santé, en réorganisant l'offre de soins des établissements de santé et médico-sociaux et en répartissant les efforts de financement entre les acteurs du système de santé⁸⁶.

II - Une maîtrise des dépenses à resserrer pour chacun des sous-objectifs

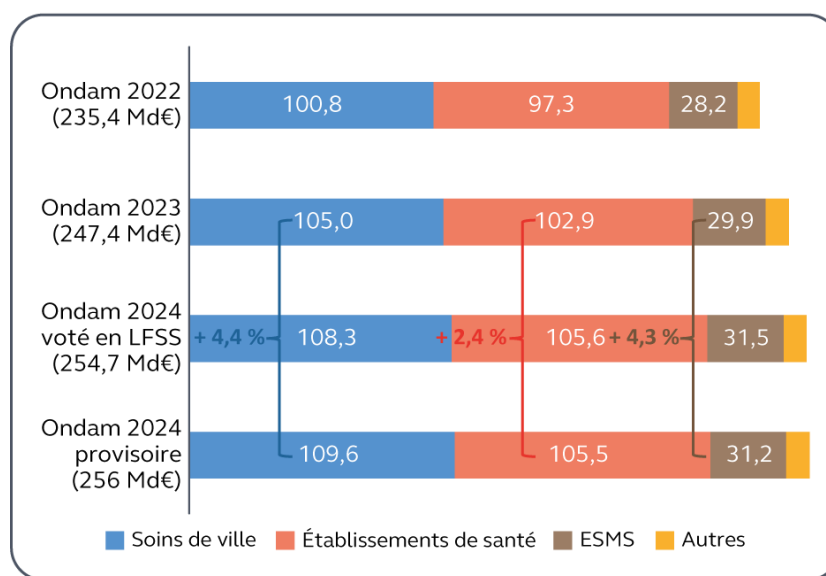
De 2023 à 2024, la progression de l'Ondam hors covid de 3,4 % recouvre des évolutions différenciées par sous-objectif. La croissance limitée des dotations aux établissements de santé (+ 2,4 %) est en trompe l'œil en raison de l'aggravation de leur déficit. La croissance nettement plus forte des dotations aux établissements et services médico-sociaux (+ 4,3 %) recouvre l'ensemble des mesures visant à renforcer l'accompagnement de la perte d'autonomie⁸⁷. La plus forte progression des soins de ville (+ 4,4 %) reflète une dynamique des dépenses insuffisamment maîtrisée.

⁸⁵ Dont 0,1 point d'effet périmètre comme la création de la branche autonomie en 2021.

⁸⁶ Cour des comptes, *L'Objectif des dépenses d'assurance maladie : maîtriser la progression des dépenses en veillant à la qualité des soins*, avril 2025.

⁸⁷ Sont intégrés à la trajectoire financière de l'Ondam d'ici à 2028, la création d'ici à 2030 de 50 000 nouvelles solutions pour les personnes en situation de handicap, l'augmentation du taux d'encadrement en Ehpad (50 000 recrutements), la création de places en Ehpad et en services infirmiers à domicile et la création de 200 centres de ressources territoriaux.

**Graphique n° 8 : exécution de l'Ondam hors covid par sous-objectif
(en Md€)**



Source : lois de financement de la sécurité sociale, mise en forme Cour des comptes

A - Une poursuite de la forte dynamique des dépenses de soins de ville à réguler

Entre les sous-objectifs de l'Ondam, les dépenses des soins de ville sont celles qui ont le plus progressé en 2024 (+ 4,4 %, soit + 4,7 Md€). Cette progression est encore plus marquée hors produits de santé (+ 4,6 %). Les plus fortes hausses concernent notamment les indemnités journalières (+ 8 %) et certaines dépenses d'honoraires, en particulier des masseurs-kinésithérapeutes (+ 5,2 %), des infirmiers (+ 4,9 %) et des médecins spécialistes (+ 4,6 %). Les importantes revalorisations conventionnelles signées en 2023, avec des effets financiers sur 2024, auraient dû être l'occasion d'une meilleure régulation.

Tableau n° 19 : exécution 2024 des soins de ville (en Md€)

<i>En Md€</i>	Réalisé 2024 provisoire	Réalisé 2023 définitif	Écart 2024/2023	
<i>Honoraires médicaux et dentaires</i>	29,3	28,4	0,9	3,2 %
<i>dont médecins généralistes</i>	6,5	6,3	0,2	3,4 %
<i>dont médecins spécialistes</i>	15,3	14,7	0,7	4,6 %
<i>dont chirurgiens-dentistes</i>	4,5	4,7	- 0,2	- 4,8 %
<i>dont rémunération forfaitaire</i>	2,5	2,4	0,1	2,5 %
<i>Honoraires paramédicaux</i>	16,2	15,4	0,8	5,3 %
<i>dont infirmiers</i>	9,8	9,4	0,5	4,9 %
<i>dont masseurs-kinésithérapeutes</i>	5,1	4,9	0,3	5,2 %
<i>Biologie</i>	3,5	3,8	- 0,3	- 7,5 %
<i>Transports sanitaires</i>	6,3	6,0	0,2	3,8 %
<i>Indemnités journalières</i>	17,1	15,9	1,3	8,0 %
<i>Vaccinations</i>	0,1	0,1	0,0	3,0 %
<i>Prise en charge cotisations</i>	2,7	2,5	0,2	7,9 %
<i>Autres dépenses</i>	0,4	0,4	0,02	- 5,6 %
Total soins de ville hors produits de santé	75,7	72,6	3,1	4,3 %
Total soins de ville hors produits de santé et hors covid	75,5	72,2	3,3	4,6 %
<i>Médicaments (et rétrocessions hospitalières)</i>	31,4	29,9	1,5	4,9 %
<i>Dispositifs médicaux</i>	9,1	8,6	0,5	6,1 %
<i>Tests, masques (covid)</i>	0,1	0,2	- 0,1	- 8,3 %
<i>Remises et contributions conventionnelles</i>	- 6,3	- 5,7	- 0,6	10,8 %
Total produits de santé en soins de ville	34,3	33,0	1,3	3,8 %
Total soins de ville	109,9	105,6	4,4	4,2 %
Total soins de ville hors covid	109,6	105,0	4,7	4,4 %

Source : direction de la sécurité sociale, mise en forme Cour des comptes

1 - Une progression exceptionnelle et atypique des indemnités journalières

De 2019 à 2023, la dépense des indemnités journalières a progressé en moyenne de 6,5 % par an et, encore, de 8 % en 2024, pour atteindre 17,1 Md€. Elle relève en majorité du régime général (14,3 Md€ en 2023) et correspond à des arrêts maladie (71 %) et à des accidents du travail et maladies professionnelles (29 %)⁸⁸.

a) Une dynamique des indemnités journalières maladie liée en large partie à la hausse de la sinistralité

Sur le seul périmètre du régime général, de 2019 à 2023, les dépenses d'indemnités journalière maladie (10,2 Md€ en 2023) ont été tirées par des facteurs économiques et démographiques (hausse et vieillissement de la population active, progression du Smic et des salaires sous l'effet de l'inflation) pour 57 %, mais aussi par une augmentation du taux de recours (sinistralité) pour 43 %⁸⁹. Depuis 2019, le nombre de journées indemnisées augmente de 3,9 % par an et celui des arrêts de 4,1 %.

Les arrêts maladie indemnisés du régime général se caractérisent par une forte concentration. En 2023, près d'un actif sur trois en a bénéficié pour une durée moyenne de 48 jours, stable par rapport à 2019. Les arrêts inférieurs à 8 jours représentent la moitié des arrêts mais 4 % des dépenses d'assurance maladie. Les arrêts de six mois ou plus comptent pour 7 % des arrêts mais 45 % de la dépense. Le nombre de jours indemnisés par bénéficiaire est resté stable à l'échelle nationale en 2019 et 2023. Toutefois, d'importants écarts sont aussi constatés entre départements de métropole, allant de 41,5 dans la Marne à 62 en Corse-du-Sud.

b) Des indemnisations au titre des accidents du travail et maladies professionnelles de plus en plus longues

Toujours sur le périmètre du régime général, de 2019 à 2023, les indemnités journalières pour accident du travail ou maladie professionnelle (AT-MP) sont en progression de 5,9 % par an (4 Md€ en 2023). Leur durée

⁸⁸ Les IJ pour maternité et invalidité ne sont pas comptabilisées dans l'Ondam.

⁸⁹ Drees, *Arrêts maladie : au-delà des effets de la crise sanitaire, une accélération depuis 2019*, décembre 2024.

moyenne a fortement augmenté, de 67 jours en 2019 à 83 en 2023 (+ 24 %), alors que le nombre de bénéficiaires est en recul (- 7 %). En 2023, le nombre moyen de journées indemnisées est hétérogène sur le territoire, allant de 59 dans la Marne à 122 en Seine-Saint-Denis.

La dynamique des dépenses, les écarts entre départements et les résultats limités de la lutte contre les fraudes détectées (42 M€ en 2024, soit 0,3 % du total des dépenses) appellent à améliorer la compréhension de ces dynamiques et à renforcer les actions de maîtrise de ces dépenses.

2 - Un suivi des nouvelles conventions à resserrer

En 2023, de nombreuses négociations conventionnelles entre la caisse nationale de l'assurance maladie et les professionnels de santé ont abouti et un règlement arbitral concernant les médecins a été rendu. L'effet financier de ces nouvelles dispositions a porté principalement sur l'exercice 2024 pour environ 1 Md€, y compris une économie de 0,2 Md€ pour les biologistes. Il a été provisionné en mesures nouvelles de l'Ondam 2024.

La progression des dépenses de ces seules professions a globalement atteint 3,5 % en 2024, au-delà du taux de progression du sous-objectif des soins de ville fixé à 3,2 % en LFSS pour 2024. Une telle hausse ressort pour plus de la moitié de la poursuite de la dynamique des dépenses d'honoraires (1,8 %). Ce constat s'observe pour l'évolution des honoraires des médecins spécialistes, des infirmiers et des masseurs-kinésithérapeutes.

**Tableau n° 20 : décomposition de l'évolution des honoraires
des professionnels de santé bénéficiant de nouvelles dispositions
conventionnelles ou arbitrales depuis 2023**

<i>en M€</i>	Variation honoraires 2023-2024	%	Effet 2024 des conventions signées en 2023	%	Dynamique des dépenses d'honoraires	%
<i>Honoraires médicaux et dentaires</i>	904	3,2 %	646	2,2 %	258	0,9 %
<i>Dont généralistes et spécialistes</i>	887	4,2 %	547	2,5 %	340	1,6 %
<i>Dont chirurgiens- dentistes</i>	- 224	- 4,8 %	65	1,5 %	- 289	- 6,5 %
<i>Honoraires paramédicaux</i>	837	5,4 %	279	1,7 %	558	3,4 %
<i>Dont infirmiers</i>	480	5,1 %	135	1,4 %	345	3,5 %
<i>Dont masseurs- kinésithérapeutes</i>	252	5,2 %	106	2,1 %	146	2,8 %
<i>Prise en charge cotisations</i>	202	7,9 %		0,0 %	202	7,4 %
<i>Biologistes (mesures d'économie)</i>	- 192	- 5,3 %	- 200	- 5,8 %	8	0,2 %
<i>Transporteurs sanitaires</i>	232	3,8 %	205	3,3 %	27	0,4 %
<i>Autres conventions</i>	31	10,6 %	31	9,7 %	0	- 0,1 %
Total honoraires (hors produits de santé et hors covid)	2 014	3,5 %	961	1,6 %	1 052	1,8 %

Note : les effets des conventions sont des estimations ; la dynamique des dépenses d'honoraires est calculée comme le résidu entre la variation des honoraires et l'effet estimé des conventions.

Source : Cour des comptes à partir des données de la direction de la sécurité sociale

Ces évolutions sont à apprécier en tendance, sur plusieurs années. Par conséquent, il est nécessaire de renforcer les mécanismes de pilotage des conventions pour s'assurer d'une évolution des dépenses d'honoraires qui soit globalement conforme à l'objectif de progression des soins de ville fixé par la LFSS. Cela concerne en particulier la nouvelle convention médicale entre la Cnam et les médecins signée le 4 juin 2024 pour la période 2025-2029 (1,6 Md€) qui ne prévoit qu'une seule clause de rendez-vous en septembre 2025.

Enfin, le suivi des dépenses des soins de ville est aussi à renforcer pour mieux comprendre les évolutions atypiques par profession et par territoires, en volumes d'actes et en prix, et, le cas échéant, y remédier.

Des dynamiques de hausse d'honoraires marquées et hétérogènes⁹⁰

De 2022 à 2023, les honoraires des masseurs-kinésithérapeutes ont progressé de 7 %. Cette évolution tient en bonne partie à une hausse de leur effectif de 4 % (78 769 en 2024)⁹¹ ainsi qu'à une augmentation du montant moyen de leur honoraires par praticien de 3 %. Les évolutions sont contrastées selon les départements (de + 8 % dans la Meuse à - 4 % en Lozère).

Les honoraires des médecins spécialistes progressent aussi de 7 % de 2022 à 2023. Comme leur effectif reste relativement plus stable (55 911 professionnels fin 2023, + 1 % par rapport à 2022), cette évolution tient à une hausse du montant moyen national d'honoraires de 6 %. Des écarts d'évolution entre départements sont particulièrement marqués : + 24 % en Haute-Saône, - 4 % dans le Gers.

B - Une impasse financière des hôpitaux publics appelant une impérative restructuration de l'offre de soins

En 2024, les dépenses du sous-objectif des établissements de santé s'élèvent à 105,5 Md€, en progression de 2,5 % par rapport à 2023. Cette évolution maîtrisée, inférieure d'un point à l'évolution générale de l'Ondam, est à relativiser. Elle s'accompagne d'une aggravation continue du déficit des hôpitaux publics que la progression de l'activité aurait dû permettre de réduire.

⁹⁰ Source : Caisse nationale de l'assurance maladie (<https://data.ameli.fr>).

⁹¹ De 2019 à 2023, la hausse de l'effectif des masseurs-kinésithérapeutes était de 14 %.

1 - Un retour au niveau d'activité d'avant la crise sanitaire

En 2024, l'activité des hôpitaux publics et des établissements privés à but non lucratif⁹² a progressé de 2,9 % par rapport à 2023. Une telle évolution est supérieure à celle des cliniques privées (+ 0,6 %) pour la première fois depuis la crise covid. Les hôpitaux publics ont, dans leur ensemble, enfin dépassé leur niveau d'activité d'avant la crise sanitaire, de 1 % par rapport à 2019. Les cliniques privées avaient déjà franchi ce cap en 2023 et leur activité est désormais supérieure de 4,4 % par rapport à 2019⁹³.

Cette évolution générale recouvre néanmoins des situations contrastées. En 2024, le niveau d'activité de 20 % des hôpitaux publics et de 10 % des cliniques privées restait encore inférieur de plus de 10 % à leur activité en 2019. À ce titre, ces établissements ont encore bénéficié d'un appui financier dit de sécurisation modulée à l'activité (SMA) mis en place lors de la crise sanitaire (ex-garantie de financement) pour un total de 0,8 Md€. Ce dispositif est supprimé à compter de 2025.

2 - Un modèle économique devenu insoutenable

Une nouvelle dégradation du déficit des hôpitaux publics est attendue en 2024. Il atteindrait, selon des estimations provisoires, entre 2,8 Md€ et 3 Md€ (budget principal), contre 1,9 Md€ en 2023. La part de ceux en déficit passerait de 56 % en 2023 à 66 % en 2024. Un nombre croissant rencontre des difficultés de trésorerie et assure avec des délais le règlement de ses cotisations sociales et impôts⁹⁴. La dégradation du déficit des hôpitaux publics s'est poursuivie malgré leur retour à leur niveau d'activité de 2019.

La dégradation du résultat a porté sur l'exploitation, dont le déficit est passé de 0,7 Md€ en 2022, à 1,6 Md€ en 2023 et à un montant estimé à 3,2 Md€ en 2024⁹⁵. Le résultat financier, qui correspond pour l'essentiel aux charges de dette, reste déficitaire (0,8 Md€), comme le résultat exceptionnel (0,4 Md€). L'évolution du résultat d'exploitation en 2024

⁹² Données sur le champ de l'activité séjours en médecine, chirurgie et obstétrique en incluant les séances d'une durée inférieure à 24 heures, hors actes et consultations externes et hospitalisation à domicile.

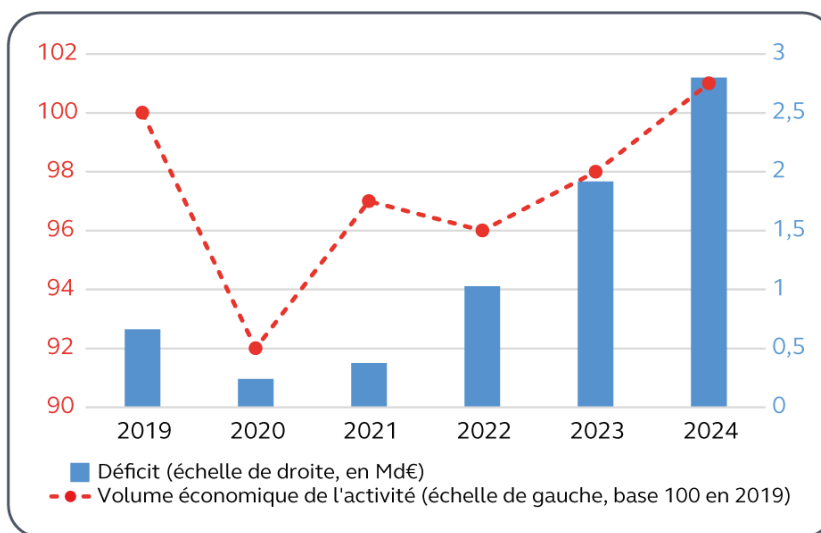
⁹³ Voir aussi le rapport à la commission des comptes de la Sécurité sociale, octobre 2024, fiche 3.3 *Analyse de l'activité hospitalière après la crise sanitaire*.

⁹⁴ Le montant des sommes à payer à ce titre en fin d'exercice, selon les comptes combinés des hôpitaux publics, est passé de 3,8 Md€ en 2019 à 5,3 Md€ en 2023.

⁹⁵ Les données de ce paragraphe sont issues de l'application *Diamant* de la DGFIP et encore provisoires pour 2024.

suggère une désorganisation du modèle économique avec un effet ciseau entre des charges (+ 3,5 %) plus dynamiques que les produits (+ 2,4 %). Les charges sont tirées notamment par les dépenses de personnel (+ 4,6 %), malgré la stabilité des effectifs (+ 0,3 %), les dépenses d'énergie ayant par ailleurs baissé de 50 %. L'annulation des crédits mis en réserve du sous-objectif des établissements de santé (304 M€) affecte aussi le montant des recettes versées aux établissements.

Graphique n° 9 : évolution des déficits des hôpitaux publics (en Md€) et de leur activité (en base 100 2019)



Sources : ministère chargé de la santé, mise en forme Cour des comptes

La situation financière est devenue intenable et rend nécessaire une réorganisation de l'offre de soins des établissements de santé. Elle est d'autant plus indispensable que la qualité des soins est dégradée : la Haute Autorité de santé (HAS) a refusé la certification à 4 % des établissements de santé et estimé que la qualité des soins est à améliorer pour 8 %⁹⁶ ; les déclarations d'événements indésirables graves à la HAS sont en hausse ; les disparités de pratiques médicales entre territoires persistent⁹⁷. Les pouvoirs publics devraient établir un nouvel ordre de priorité des aides à l'investissement et procéder à des regroupements de services au sein des groupements hospitaliers de territoires, notamment en chirurgie, dans l'objectif d'une offre graduée de soins.

⁹⁶ Une seconde visite aura lieu dans les deux ans. Données d'avril 2025.

⁹⁷ Institut de recherche et de documentation en économie de la santé, *Atlas des variations de pratiques médicales*, 2024.

**Des aides à l'investissement hospitalier à prioriser
(Sécur de la santé)**

La caisse d'amortissement de la dette sociale a emprunté 13 Md€ pour financer le désendettement des établissements de santé (6,5 Md€) et relancer l'investissement hospitalier (6,5 Md€) de 2021 à 2029. Ce financement exceptionnel n'est pas comptabilisé dans l'Ondam. La Cour a critiqué la programmation de ces aides, dispersées entre de trop nombreux établissements et projets, conduisant à un risque de relance de l'endettement hospitalier⁹⁸. À mi-parcours, les résultats de cette initiative sont limités.

Malgré les premiers décaissements de 3,3 Md€, de 2021 à 2024, sur le total prévu de 6,5 Md€ d'ici 2029, l'encours de la dette des hôpitaux publics demeure au même niveau qu'en 2020 (30 Md€) ce qui ne permet pas d'en réduire la charge d'intérêt.

Sur les 6,5 Md€ d'aide aux investissements, seuls 2 Md€ ont été contractualisés entre les agences régionales de santé et les hôpitaux. Ce niveau de contractualisation, encore faible, laisse une marge pour reprioriser les aides du Sécur afin de financer la réorganisation de l'offre régionale de soins dans le cadre des groupements hospitaliers de territoire. En outre, le réemploi des aides à l'investissement des plans Hôpital 2007 et 2012 n'a pas encore été arbitré.

**C - Une indispensable transformation
des établissements médico-sociaux,
au-delà des aides ponctuelles**

Face à la dégradation des comptes des établissements et services médico-sociaux (ESMS), des aides ponctuelles ont été décidées sur crédits de l'Ondam. Elles doivent laisser place à des mesures structurelles d'organisation pour que les ESMS gagnent en efficience.

1 - Une situation financière en forte dégradation

En 2023, le déficit de l'ensemble des établissements et services pour personnes âgées et en situation de handicap⁹⁹ s'établit à 2,1 Md€, contre 1,2 Md€ en 2022.

⁹⁸ Cour des comptes, *La situation financière des hôpitaux après la crise sanitaire*, 2023.

⁹⁹ En 2023, il existe 7 062 Ehpad, 4 350 ESMS pour personnes adultes en situation de handicap et 2 589 pour enfants. Les données financières de 2024 ne sont pas disponibles.

La situation financière des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) est la plus dégradée : 59 % sont déficitaires, tous statuts confondus, pour un déficit total de 1,6 Md€. Les Ehpad publics et privés non lucratifs sont à 64 % déficitaires. Leur situation s'explique par la dégradation des taux d'occupation¹⁰⁰, une insuffisante revalorisation des tarifs de prise en charge de la dépendance par les conseils départementaux et une structure de coût très sensible à l'inflation. Par contraste, celle des établissements commerciaux s'améliore, 63 % d'entre eux étant en excédent (+ 4 points en 2023).

Les établissements et services dans le champ du handicap montrent aussi des signes de fragilité financière. Selon une analyse de la moitié des structures¹⁰¹, leur déficit atteint 0,5 Md€ en 2023, en hausse de 21 %. Fin 2023, 49 % des établissements pour adultes étaient déficitaires et 33 % de ceux pour enfants. À l'instar des Ehpad, le déséquilibre est plus marqué pour les établissements gérés par des hôpitaux publics.

2 - Un effort financier à orienter vers des réformes structurelles

Depuis 2023, des crédits relevant de l'Ondam ont été mobilisés pour soutenir des Ehpad et services à domicile en difficulté financière, ce qui a permis, à court terme, d'éviter des cessations de paiement, voire des fermetures (242 M€ en 2023, 286 M€ en 2024). Une nouvelle aide exceptionnelle de 300 M€ a été inscrite en LFSS pour 2025. Il s'agit d'un transfert de charges pour la sécurité sociale qui endosse ainsi un rôle de garant pour les acteurs du secteur, en partie sous-financés dans des champs comme celui des frais d'hébergement, ne relevant pas de la sécurité sociale.

Les aides financières ponctuelles mobilisées depuis 2023 ont été mises en œuvre par des commissions locales¹⁰² sélectionnant les établissements médico-sociaux éligibles. Ces concertations ont permis de diagnostiquer la nature des difficultés des ESMS, mais les financements accordés n'ont pas été assortis de mesures d'efficience, notamment auprès des Ehpad publics, de petite taille, dont les installations sont souvent vétustes. Les mesures décidées par la loi du 8 avril 2024 portant mesures pour bâtir la société du bien vieillir et de l'autonomie doivent désormais être pleinement mises en œuvre, notamment l'obligation de coopérer au sein de groupements territoriaux sociaux et médico-sociaux afin d'engager

¹⁰⁰ Le taux d'occupation a chuté de 5 points de 2019 à 2023 et remonte en 2024.

¹⁰¹ Seule la moitié des ESMS a passé un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens avec les agences régionales de santé et établi un état réalisé des recettes et des dépenses.

¹⁰² Mises en place depuis septembre 2023, elles réunissent le directeur général de l'ARS, le président du département, les services de la direction régionale des finances publiques, des Urssaf, de l'assurance maladie et de la banque des territoires.

des regroupements, de rationaliser l'offre et de permettre davantage de mutualisations (achats, etc.).

En amont, une meilleure coordination est à rechercher entre les acteurs (établissements de santé, médico-sociaux, services de soins infirmiers à domicile) afin d'améliorer la qualité des soins aux personnes fragilisées par l'âge ou le handicap, d'éviter les passages aux urgences et les prises en charge tardives plus coûteuses.

D - Une accélération des dépenses de produits de santé, des mécanismes de régulation à étoffer

Les dépenses nettes de produits de santé (41,7 Md€)¹⁰³ représentent 16 % des dépenses de l'Ondam. Elles relèvent aux trois-quarts des médicaments (30,3 Md€) et, pour le solde, des dispositifs médicaux (11,4 Md€). La dynamique de ces dépenses s'accélère rapidement de 3,5 % en 2023 à 5,5 % en 2024. Les mécanismes de régulation existants atteignent leurs limites et devraient être étoffés.

L'enjeu financier des dépenses des produits de santé, imputées sur les deux sous-objectifs des soins de ville et des établissements de santé, implique d'identifier ces dépenses dans un sous-objectif spécifique de l'Ondam et non plus de les laisser éclatées entre soins de ville et établissements de santé.

1 - Des recettes atténuatives moins dynamiques, une cause du dépassement de l'Ondam 2024

Les dépenses brutes de produits de santé sont diminuées par les recettes atténuatives, composées de remises conventionnelles négociées avec les entreprises de santé sur les prix publics¹⁰⁴ et d'un prélèvement sur leur chiffre d'affaires appelé clause de sauvegarde¹⁰⁵. Elles sont passées de 2,6 Md€ en 2019 à 10,7 Md€ en 2024.

¹⁰³ La dépense nette prise en charge par l'assurance maladie est celle après remises et clause de sauvegarde versées par les entreprises pharmaceutiques.

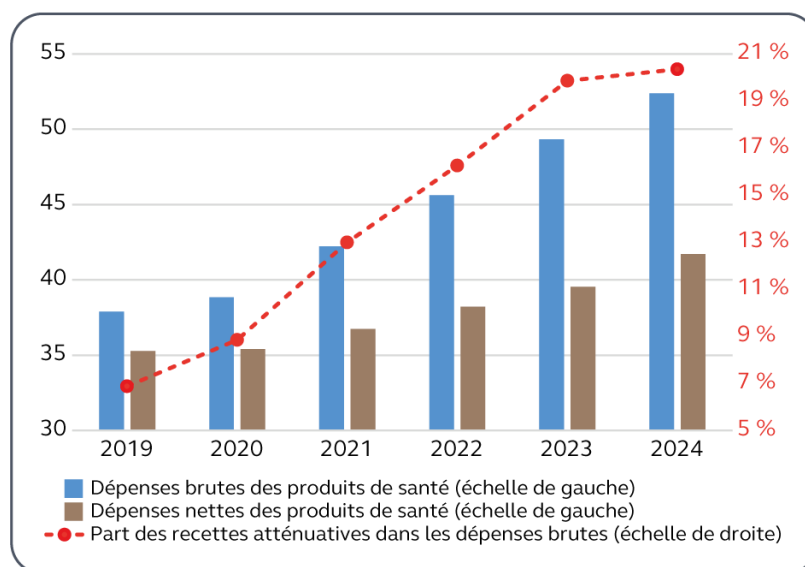
¹⁰⁴ Des remises conventionnelles sont reversées annuellement par les entreprises pharmaceutiques en fonction des ventes réalisées et des clauses conventionnelles négociées par le comité économique des produits de santé (CEPS). Les montants de l'année n sont arrêtés et versés en novembre de l'année n+1.

¹⁰⁵ La clause de sauvegarde prévoit que lorsque l'activité du secteur, mesurée par son chiffre d'affaires, dépasse un certain seuil défini annuellement en LFSS, une contribution soit versée par les entreprises du secteur. Le rendement de cette contribution est plafonné à 1,6 Md€ en 2024 et en 2025 ainsi que la contribution individuelle due par chaque entreprise, qui ne peut excéder 10 % de son chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France.

La dynamique des recettes atténuatives s'est fortement ralentie, passant de 39 % par an de croissance entre 2019 et 2023 à 9 % en 2024. Leur part dans les dépenses brutes de produits de santé s'est stabilisée à 20 % en 2024. Ce fort ralentissement de leur rendement a été insuffisamment anticipé et explique 70 % du dépassement de l'Ondam en 2024 (0,9 Md€ sur 1,3 Md€).

La décélération des recettes atténuatives en 2024 tient, notamment, aux remises sur les traitements délivrés en accès dérogatoire¹⁰⁶. Ces remises sont connues et calculées après la mise à disposition du traitement sur le marché et son évaluation médico-économique, les rendant difficiles à anticiper et sujettes à de fortes variations selon le rythme de l'innovation.

Graphique n° 10 : évolution du montant des dépenses brutes et nettes des produits de santé (en Md€) et de la part des recettes atténuatives dans les dépenses brutes (en %)



Source : direction de la sécurité sociale, mise en forme Cour des comptes

¹⁰⁶ En vue d'une mise à disposition rapide aux patients, la LFSS pour 2021 a introduit deux nouveaux dispositifs dérogatoires (accès précoce et compassionnel) pour permettre aux médicaments susceptibles d'être innovants et répondant à un besoin thérapeutique non couvert d'accéder au marché avant leur évaluation par la Haute Autorité de santé et l'accord sur leur remboursement et leur prix.

2 - De nouveaux enjeux de souveraineté sanitaire, une régulation par les prix moins efficace

La crise sanitaire et les tensions sur les stocks ont conduit à redéfinir les objectifs de la politique du médicament pour mettre l'accent sur l'accès aux traitements, la lutte contre les pénuries et la sécurisation des approvisionnements, en complément de l'objectif de maîtrise des dépenses¹⁰⁷. Le législateur a doté le CEPS de nouveaux outils, tels que les dispositifs d'accès dérogatoires ou l'octroi d'avantages financiers aux industriels qui investissent sur le territoire¹⁰⁸. Ces deux dernières années, les avoirs accordés à ce titre ont représenté 70 % des avoirs délivrés par le CEPS, soit 115 M€ en 2024, venant minorer d'autant les recettes atténuatives de dépenses.

Les objectifs de baisse de prix assignés au CEPS intégrés à la LFSS portent sur un périmètre de plus en plus restreint. Les médicaments matures, largement prescrits, dont les prix sont déjà bas et peu attractifs pour l'industrie, peuvent difficilement faire l'objet de baisses supplémentaires. De nombreux autres produits, matures comme innovants, bénéficient de clauses de stabilité de prix, ce qui tend à réduire l'assiette sur laquelle le CEPS peut agir et rend la régulation par les prix moins efficace. Pour autant, le plan de baisse de prix du CEPS atteint 1,2 Md€ en 2025¹⁰⁹ et compte parmi les plus ambitieux qui lui ont été assignés depuis 2010.

3 - Face à la hausse prévisible des dépenses, une indispensable régulation par les volumes

La régulation par les volumes de consommation et de lutte contre le gaspillage des produits de santé doit compléter la régulation par les prix. Des marges importantes existent, la France étant l'un des pays les plus consommateurs de produits de santé en Europe et parmi les pays de l'OCDE.

Cela implique un renforcement et un suivi plus resserré des actions de maîtrise médicalisée et d'incitations à la pertinence des soins ainsi qu'une responsabilisation accrue des prescripteurs et des patients. À cet égard, les systèmes d'information offrent des potentialités de suivi des prescriptions qui restent encore peu exploitées. Au sein du *quantum* d'économies de 2,2 Md€ prévu dans le champ des produits de santé pour 2025, 250 M€ seulement sont attendus du bon usage des médicaments.

¹⁰⁷ Depuis la LFSS pour 2025 (art. 75), le comité économique des produits de santé doit intégrer la sécurisation des approvisionnements dans ses critères de tarification.

¹⁰⁸ Des « avoirs » sur remises sont accordés, minorant les montants de remises versées par les entreprises qui produisent en France.

¹⁰⁹ D'après le CEPS, cet objectif pourrait être majoré de 0,4 Md€ en l'absence d'accord entre le Gouvernement et les industries de santé sur un effort d'économie supplémentaire de 600 M€ sur le médicament.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

En 2024, les conditions étaient réunies pour que l'Ondam soit respecté en exécution, en l'absence d'aléa majeur et en raison d'une marge de manœuvre liée à une inflation moindre que prévue. Pourtant, comme pour les deux précédents exercices, l'exécution a été significativement en dépassement (1,3 Md€). La dérive continue dans l'exécution de l'Ondam révèle une insuffisante mobilisation : des mécanismes de régulation sous-dimensionnés et peu opérationnels, des économies partiellement réalisées et difficiles à suivre, des mesures nouvelles qui auraient dû être prioritaires.

Ce constat préoccupant fait douter de la capacité des acteurs du système de santé et des pouvoirs publics à tenir la trajectoire de l'Ondam d'ici à 2028. Des mesures vigoureuses doivent être appliquées pour endiguer la dérive de l'exécution de l'Ondam, qui fragilise la sécurité sociale.

La Cour adresse, en conséquence, les recommandations suivantes au ministère de l'économie, des finances et de la souveraineté industrielle et numérique et au ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles :

- 4. afin d'éviter tout nouveau dépassement de l'Ondam, définir des mesures infra-annuelles permettant de réguler les dépenses en évitant les répercussions sur le résultat des hôpitaux publics ;*
 - 5. dans la perspective du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2026, préparer un programme pluriannuel de mesures de maîtrise sur la progression des dépenses de l'Ondam en développant la prévention en santé, en réorganisant l'offre de soins des établissements de santé et des établissements et services médico-sociaux et en recherchant un partage des efforts entre les acteurs du système de santé.*
-

Chapitre III

Maîtriser la dynamique des allègements généraux de cotisations sociales, contribuer à l'équilibre financier de la sécurité sociale

PRÉSENTATION

Élément principal du financement de la sécurité sociale, les cotisations sociales sont assises sur les revenus du travail. Dans le secteur privé, des allègements généraux de cotisations sociales patronales permettent de réduire le coût du travail de l'employeur.

Créés en 1993 dans un contexte de chômage élevé, ces allègements ont d'abord été concentrés sur les bas salaires afin de favoriser l'emploi des salariés les moins qualifiés. Ils ont ensuite été étendus à des salaires plus élevés pour améliorer la compétitivité des entreprises à l'exportation. En 2019, le crédit d'impôt pour l'emploi et la compétitivité a été transformé en allègements supplémentaires.

Les allègements généraux consistent en des réductions des taux de cotisations sociales patronales pour les salaires inférieurs à des plafonds d'éligibilité (jusqu'à 3,5 Smic brut encore récemment). Les salaires supérieurs à ces plafonds sont exclus du bénéfice de ces allègements. Pour atténuer l'effet de seuil, les allègements sont dégressifs entre 1 et 1,6 Smic.

Ils se traduisent par de moindres recettes pour les finances sociales qui ont vocation à être compensées par l'État. En favorisant l'emploi et l'activité économique, ils concourent à la création de recettes fiscales et sociales et à l'amoindrissement des dépenses sociales.

Dans les années récentes, le marché du travail s'est amélioré, permettant d'envisager l'opportunité de possibles ajustements des allègements généraux. Sous l'effet de l'inflation, leur coût a nettement augmenté pour atteindre 77,3 Md€ en 2024 et les modalités de compensation financière sont devenues défavorables à la sécurité sociale. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2025 a prévu de réduire le coût de ces dispositifs et a fixé le cadre d'une réforme à compter de 2026.

Le présent chapitre examine principalement les enjeux financiers des allègements généraux de cotisations sociales patronales pour la sécurité sociale, leur efficacité sur l'emploi et sur la compétitivité étant analysée en détail dans d'autres travaux. Dans cette perspective, il caractérise l'insuffisance des moyens de pilotage pour maîtriser leur dynamique (I). Malgré le principe de compensation financière, les allègements généraux fragilisent l'équilibre financier de la sécurité sociale et appellent des mesures de régulation (II).

Dispositifs des allègements généraux de cotisations et chiffres clés

Depuis 2019, les allègements généraux¹¹⁰ de cotisations sociales patronales du secteur privé sont définis dans le code de la sécurité sociale¹¹¹. Ils sont constitués des dispositifs suivants qui se cumulent :

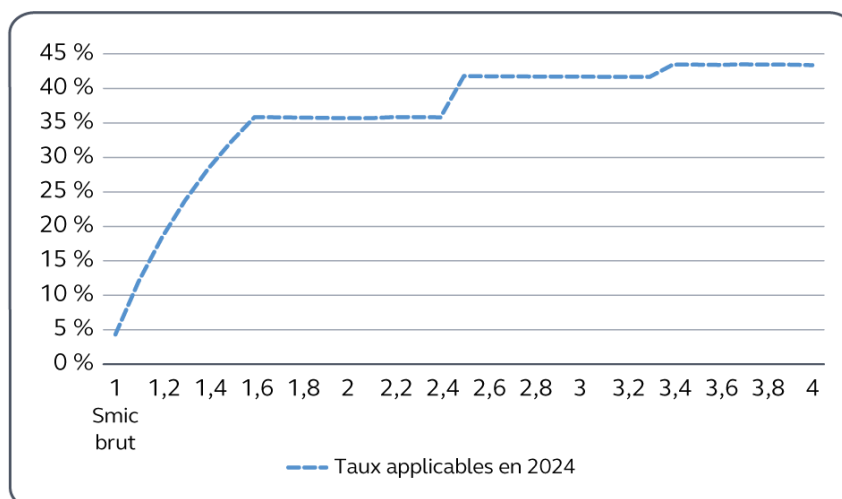
- une réduction générale dégressive de l'ensemble des cotisations sociales patronales. Elle est totale pour les salaires au niveau du Smic brut puis diminue selon un coefficient jusqu'à disparaître à hauteur de 1,6 Smic brut. En 2019, cette réduction qui ne portait que sur les cotisations de sécurité sociale a été élargie aux cotisations des retraites complémentaires obligatoires (Agirc-Arrco) et d'assurance chômage (Unédic). En 2023, elle s'applique à 12,8 millions de salariés pour un coût de 39,2 Md€ ;
- une baisse proportionnelle de 6 points des cotisations d'assurance maladie (« bandeau maladie ») pour les rémunérations de 1 à 2,5 Smic. En 2023, ce dispositif concerne 19 millions de salariés pour un coût de 26,7 Md€ ;
- une baisse proportionnelle de 1,8 point des cotisations d'allocations familiales (« bandeau famille ») pour les rémunérations de 1 à 3,5 Smic. En 2023, ce dispositif concerne 20,8 millions de salariés, soit la presque totalité des salariés du secteur privé, et s'élève à 9,5 Md€.
- Au total, le taux des cotisations sociales patronales est très progressif, passant de 4,3 % du salaire brut au niveau du Smic à 43,4 % à 3,5 Smic en 2024. Les lois de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2024 et 2025 ont d'abord figé, puis réduit les plafonds d'éligibilité des baisses de cotisations maladie (2,25 Smic) et de cotisations famille (3,3 Smic) dans un objectif d'économie. En 2026, ces trois dispositifs seront fusionnés en une réduction générale dégressive unique dont le plafond est fixé à 3 Smic.

La perte de recettes pour la sécurité sociale, les régimes de retraite complémentaires obligatoires et l'assurance chômage (77,3 Md€ en 2024) est réputée compensée par l'État.

¹¹⁰ Ce chapitre n'aborde ni les allègements spécifiques en faveur de catégories d'actifs ou de territoires en difficulté ni les exemptions de cotisations des compléments de salaire.

¹¹¹ Articles L. 241-13 (réduction générale dégressive), L. 241-2-1 (baisse de 6 points de cotisations d'assurance maladie) et L. 241-6-1 (baisse de 1,8 points de cotisations d'allocations familiales) du code de la sécurité sociale.

Graphique n° 11 : taux de cotisations sociales patronales (sécurité sociale, retraites complémentaires obligatoires, assurance chômage) par rapport au salaire brut en 2024 (en %)



Note : au Smic, subsistent les cotisations pour le risque accidents du travail et maladies professionnelles, les versements transport et ceux liés à la formation professionnelle.

Source : simulateur indicatif de cotisations employeur du site Urssaf, mise en forme Cour des comptes

I - Un allègement du coût du travail insuffisamment piloté et évalué

Au gré des réformes, les allègements généraux de cotisations sociales patronales sont devenus un élément-clé de la politique en faveur de l'emploi et de la compétitivité des entreprises. Malgré leur coût croissant pour les finances publiques, les mécanismes d'encadrement financier sont restés limités. L'efficacité des allègements généraux demeure toutefois complexe à mesurer selon les travaux d'évaluation.

A - Des dispositifs ouverts sans condition, des mécanismes de régulation peu opérationnels

Les allègements généraux de cotisations sociales reposent sur des objectifs et des dispositifs qui se sont progressivement superposés. Ils n'ont été ni soumis à condition ni encadrés financièrement.

1 - Des dispositifs sans condition en faveur de l'emploi et de la compétitivité des entreprises

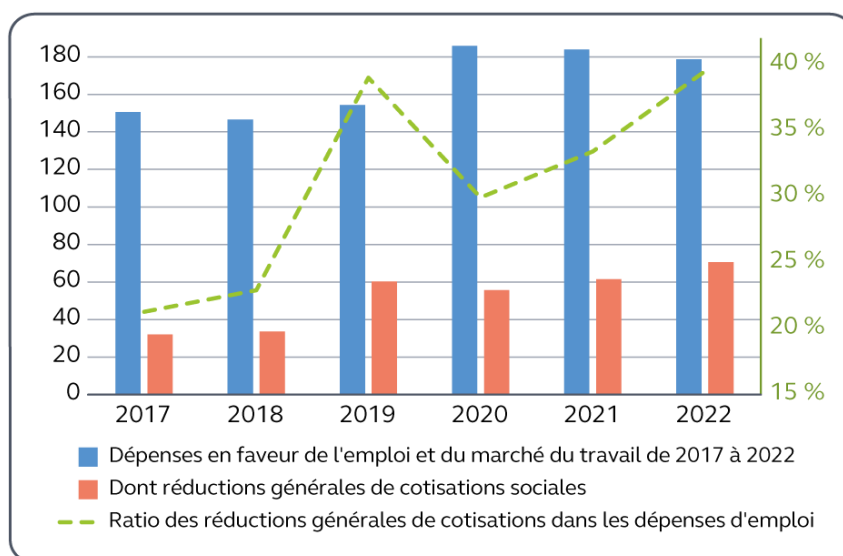
Un des volets de la politique de l'emploi en France est de réduire les cotisations sociales de l'employeur pour limiter le coût du travail au niveau des bas salaires. Depuis 1993, les extensions successives des allègements généraux de cotisations ont pu contribuer aux créations d'emplois et à la baisse du taux de chômage (7,3 % en 2024). Il n'est toutefois pas possible d'en déterminer rigoureusement le degré de causalité.

Une politique constante d'allègement des cotisations sociales, une inflexion à compter de 2024

- 1993 : première suppression des cotisations d'allocation familiales pour les salaires de 1 à 1,2 Smic.
- 1995 : création d'une réduction dégressive des cotisations sociales patronales pour éviter l'effet de seuil ; fusion des dispositifs ; relèvement du taux d'exonération jusqu'à 18,2 % ; hausse du plafond d'éligibilité à 1,3 Smic.
- 2000 : création d'un taux maximal de 26 % d'exonération des cotisations au niveau du Smic et la hausse du plafond à 1,8 Smic pour compenser la hausse du coût du travail des entreprises réduisant leur temps de travail.
- 2003 : fusion des dispositifs existants en une réduction unique jusqu'à 1,6 Smic (taux maximal de réduction de 26 %).
- 2014 (pacte de responsabilité et de solidarité) : élargissement de la réduction dégressive unique aux charges Urssaf au Smic ; création d'une réduction de 1,8 point des cotisations d'allocation familiales jusqu'à 3,5 Smic (« bandeau famille »). Ces mesures répondaient aux préconisations du rapport du commissaire à l'investissement, M. Louis Gallois, pour favoriser la compétitivité de l'industrie et des services à haute valeur ajoutée dont les salaires sont plus élevés.
- 2019 : conversion du crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi (CICE) en réduction de 6 points des cotisations d'assurance maladie jusqu'à 2,5 Smic (« bandeau maladie ») et extension de la réduction générale dégressive aux cotisations d'assurance chômage et de retraites complémentaires obligatoires.
- 2024 et 2025 : infléchissement de la politique des allègements généraux en LFSS pour 2024 et réforme en LFSS pour 2025 (mesures d'économies en 2024 et en 2025, fusion des dispositifs à compter de 2026, voir *infra*).

Selon la direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (Dares) du ministère chargé du travail, les allègements généraux de cotisations sociales patronales sont devenus le premier instrument financier de la politique de l'emploi¹¹² pour représenter 39 % de son montant total (179 Md€ en 2022).

Graphique n° 12 : évolution de la part des allègements généraux de cotisations sociales au sein des dépenses en faveur de l'emploi et du marché du travail (en Md€)



Source : Dares (Résultats n° 44, juillet 2024), mise en forme Cour des comptes

Les allègements généraux de cotisations sociales patronales ne sont soumis ni à condition ni à contrepartie pour l'employeur qui en bénéficie. Un rapport parlementaire sur les exonérations de cotisations sociales¹¹³ a analysé les enjeux et les difficultés qu'entraînerait la création de conditionnalités telles que l'obligation de négociations salariales pour inciter aux revalorisations ou le recrutement de salariés âgés pour améliorer

¹¹² Dares, *Résultats n° 44*, 2024. Les autres mesures sont les aides sectorielles et géographiques, les contrats aidés, le soutien du revenu en cas d'absence d'emploi ou de réduction d'activité, l'accompagnement des personnes en recherche d'emploi, les dépenses de formation et d'incitations à l'activité.

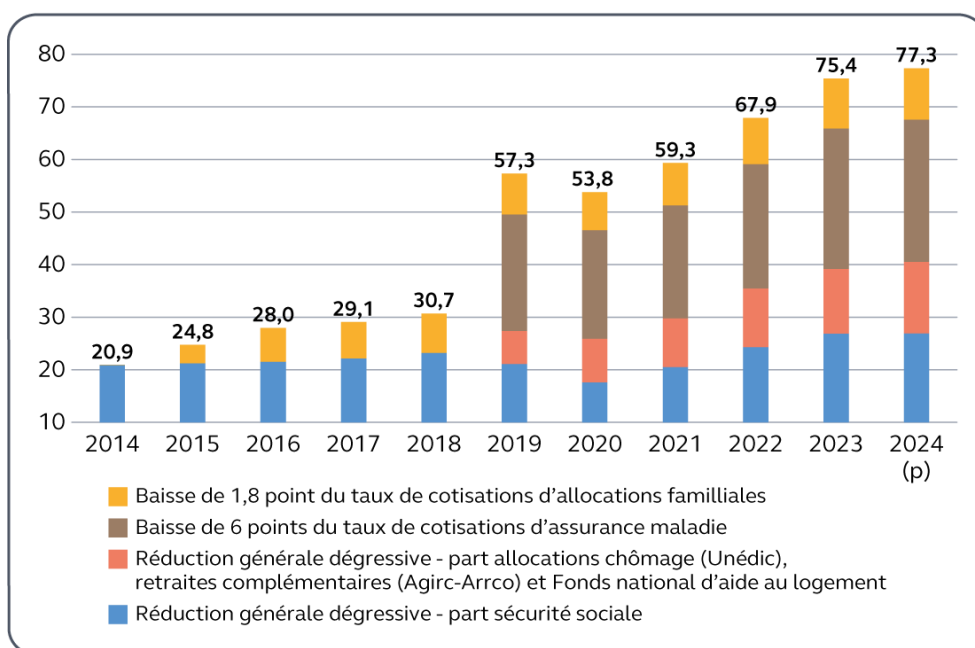
¹¹³ Assemblée nationale, *rapport de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale sur le contrôle de l'efficacité des exonérations de cotisations sociales*, MM. Marc Ferracci et Jérôme Guedj, députés, 2023.

l'emploi des seniors. Une des pistes pourrait être de diminuer l'avantage pour les entreprises relevant de branches professionnelles dont la convention collective fixe un salaire minimal inférieur au Smic¹¹⁴.

2 - Des montants en forte augmentation, des mécanismes de régulation à compléter

De 2014 à 2024, le total des allègements généraux de cotisations patronales du secteur privé a presque quadruplé, passant de 20,9 Md€ à 77,3 Md€, dont 63,6 Md€ au titre des cotisations de sécurité sociale (82 %) et 13,7 Md€ liés aux cotisations des régimes de retraite complémentaires obligatoires et d'assurance chômage (18 %).

Graphique n° 13 : évolution des allègements généraux de cotisations sociales du secteur privé aux administrations de sécurité sociale (en Md€)



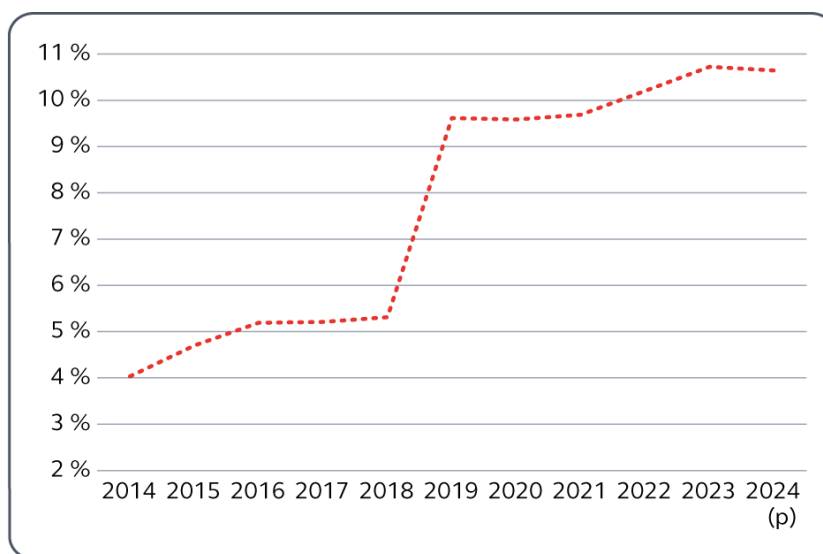
Note : la forte hausse en 2019 tient à un effet de périmètre résultant de la transformation du crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi (CICE) en réduction générale de cotisations sociales.
Source : annexes aux PLFSS, mise en forme Cour des comptes

¹¹⁴ En ce cas, ces salariés sont rémunérés au Smic mais ne sont pas augmentés quand ils sont promus. Avant la revalorisation du Smic au 1^{er} novembre 2024, 17 branches professionnelles et 1 million de salariés étaient dans cette situation.

Une telle évolution recouvre deux effets principaux. En premier lieu, elle correspond à des réformes successives : baisse des cotisations d'allocations familiales en 2015 (+ 7,1 Md€) ; baisse des cotisations d'assurance maladie et extension de la réduction générale dégressive aux cotisations Agirc-Arrco et Unédic en 2019 en contrepartie de la suppression du crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi (CICE) (+ 26,6 Md€). En second lieu, à partir de 2021, les dispositifs d'allègements généraux de cotisations sociales ont révélé leur sensibilité aux créations d'emplois et à l'inflation : le montant des allègements généraux de cotisations (sécurité sociale, Agirc-Arrco, Unédic) a progressé de 18 Md€.

En dix ans, la part des allègements généraux de cotisations sociales patronales du secteur privé, y compris d'assurance chômage et de retraites complémentaires obligatoires, par rapport à la masse salariale du secteur privé, a presque triplé de 4 %, en 2014, à 10,6 %, en 2024.

Graphique n° 14 : évolution du ratio rapportant les allègements généraux de cotisations patronales (sécurité sociale, Unédic, Agirc-Arrco) à la masse salariale du secteur privé



Source : données Acoiss, mise en forme Cour des comptes

Ces trois dernières années, la progression supplémentaire d'un point des allègements généraux par rapport à la masse salariale est la conséquence des revalorisations successives du Smic qui a crû plus rapidement que les salaires. Le nombre de salariés rémunérés entre 1 et 1,6 Smic a mécaniquement augmenté, ce qui s'est traduit par une hausse du montant des allègements généraux.

L'effet de l'inflation sur la dynamique des allègements de cotisations

La dynamique de progressions des allègements généraux est déterminée, en partie, par celle du Smic. D'une part, le calcul de la réduction générale dégressive s'y réfère. D'autre part, jusqu'à la loi de financement de la sécurité sociale pour 2024, les plafonds d'éligibilité de ces trois dispositifs d'allègement de cotisations sociales étaient exprimés en multiples du Smic. Par conséquent, toute revalorisation du Smic se traduit par un relèvement des plafonds d'éligibilité. Lorsque les salaires supérieurs au Smic progressent moins vite que ce dernier, ce qui a été le cas durant la période d'inflation rapide depuis 2021, la hiérarchie des salaires se tasse et un plus grand nombre de salaires passe sous les plafonds d'éligibilité. De ce fait, depuis 2021 et le retour à une inflation plus rapide, les neuf revalorisations du Smic (+ 17 % au total) expliquent en grande partie la hausse du coût des allègements généraux de cotisations sociales.

Paradoxalement, comme le rapport Bozio-Wasmer¹¹⁵ l'a analysé, les revalorisations du Smic ont pu conduire dans certains cas à une diminution de la masse salariale (salaires et cotisations) à la charge de l'employeur : les salaires immédiatement supérieurs aux plafonds d'éligibilité sont devenus éligibles aux allègements généraux de cotisations, ce qui a plus que compensé le surcoût des hausses du Smic. En outre, les salaires bénéficiant déjà des allègements généraux qui n'augmentent pas autant que les revalorisations du Smic voient leur taux d'allègement augmenter, conduisant de fait à une diminution du coût du travail.

À la suite du rapport parlementaire sur les exonérations de cotisations sociales¹¹⁶, de premières mesures de maîtrise des allègements généraux de cotisations patronales sont intervenues, par amendement parlementaire et sans étude d'impact, dans la LFSS pour 2024. Les plafonds d'éligibilité aux baisses de cotisations d'assurance maladie et d'allocations familiales ont été cristallisés en référence au montant du Smic au 31 décembre 2023 et leur montant n'est désormais plus réévalué. L'économie est estimée à 0,5 Md€ en 2024, 1 Md€ en 2025, et sera en progression continue les années suivantes¹¹⁷. La LFSS a aussi confié au pouvoir réglementaire la possibilité de définir les plafonds d'éligibilité de ces deux baisses de cotisations d'assurance maladie et d'allocations familiales, paramètre auparavant fixé par la loi¹¹⁸. La LFSS pour 2025 a poursuivi cet effort de maîtrise des allègements généraux en 2025 et a fixé le cadre d'une réforme à compter de 2026.

¹¹⁵ Étienne Wasmer et Antoine Bozio, *Les politiques d'exonérations de cotisations sociales : une inflexion nécessaire*, 2024, en réponse à la lettre de mission de la Première ministre du 23 novembre 2023.

¹¹⁶ Assemblée nationale, MM. Marc Ferracci et Jérôme Guedj, députés, *Op.cit.*

¹¹⁷ Article 20 de la LFSS pour 2024 et étude d'impact du PLFSS pour 2025, annexe 9.

¹¹⁸ Restent toutefois déterminées par la loi des bornes entre lesquelles le plafond peut être fixé par le pouvoir réglementaire.

La réforme des allègements généraux dans la LFSS pour 2025

Pour 2025, la LFSS abaisse encore les plafonds d'éligibilité des baisses de cotisations maladie, de 2,4 à 2,25 Smic, et de cotisations famille, de 3,4 à 3,3 Smic.

À compter de 2026, les trois dispositifs d'allègements généraux de cotisations sociales patronales seront fusionnés au sein d'une réduction générale dégressive unique, dont le plafond est ramené à 3 Smic. En outre, le principe de décorrélation du point de sortie avec le Smic est repris.

La LFSS introduit de nouvelles dispositions permettant au pouvoir réglementaire d'ajuster les paramètres de la réduction générale dégressive unique en fixant le plafond d'éligibilité, sous conditions¹¹⁹. Les dispositions législatives du code de la sécurité sociale figeaient le coefficient de la réduction générale dégressive. À partir de 2026, le pouvoir réglementaire pourra aussi l'ajuster sous certaines conditions.

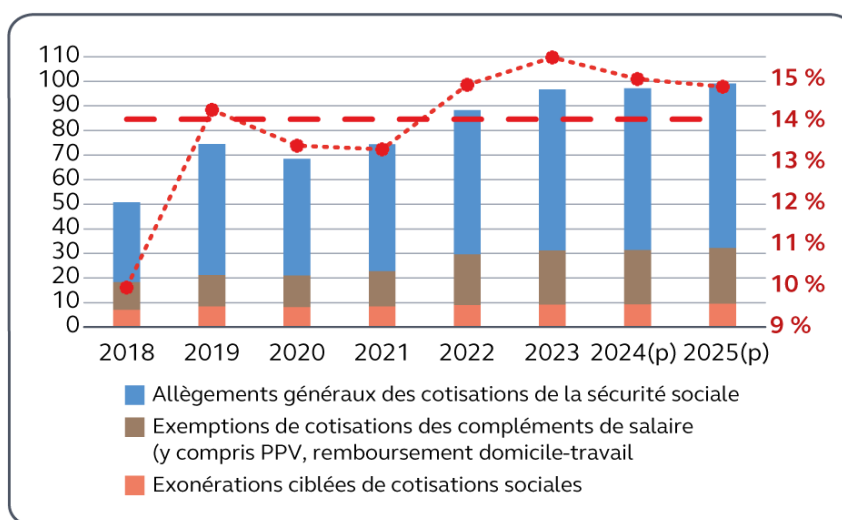
La loi de programmation des finances publiques 2023-2027 a fixé un plafond d'exonérations et d'exemptions de cotisations de la sécurité sociale à 14 % des ressources de la sécurité sociale et du fonds de solidarité vieillesse, selon le même principe que le plafonnement des niches fiscales¹²⁰. Ce dispositif n'est toutefois pas contraignant. En outre, le suivi de cet indicateur, tel que présenté en annexe au PLFSS, est effectué d'une manière qui sous-évalue les pertes de recettes sociales dans la mesure où il ne reprend pas la formule légale du calcul¹²¹. Depuis 2022, ce plafond est en réalité largement dépassé en raison, notamment, de la dynamique des allègements généraux de cotisations sociales. En 2023, le dépassement a atteint 9,3 Md€ et devrait être encore d'environ 5,2 Md€, en 2025. Le suivi de cet indicateur en annexe du PLFSS doit être rectifié.

¹¹⁹ Le pouvoir réglementaire peut ajuster le plafond d'éligibilité de la réduction générale dégressive entre 3 Smic au 1^{er} janvier 2024 et 3 Smic en vigueur.

¹²⁰ Article 21 de la loi n° 2023-1195 du 18 décembre 2023 de programmation des finances publiques 2023-2027, équivalent à l'article 21 de la précédente loi pour 2018-2022.

¹²¹ En annexe 4 au PLFSS pour 2025 sur les exonérations et les exemptions de cotisations sociales, le ratio rapporte les seules exonérations de cotisations sociales aux recettes de la sécurité sociale, sans prendre en compte les exemptions de cotisations.

Graphique n° 15 : évolution du ratio entre les exonérations et exemptions de cotisations sociales (hors covid) et les ressources des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale et du fonds de solidarité vieillesse (en Md€)



Note : le ratio est calculé en incluant les exemptions de cotisations sociales concernant le remboursement domicile travail, la prime de partage de la valeur (PPV) et la dotation forfaitaire spécifique pour frais professionnels.

Source : Cour des comptes d'après les données des annexes aux PLFSS et de l'Acoss

B - Une adaptation du profil des allègements généraux de cotisations sociales à définir

Dans la perspective de la mise en place de la nouvelle réduction générale dégressive à compter de 2026, fixée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2025, il revient au gouvernement de définir le profil des allègements généraux par niveaux de rémunération. L'enjeu financier et pour l'emploi des allègements généraux de cotisations sociales justifie un renforcement de leur évaluation. Les travaux disponibles sont contrastés sur les évolutions à apporter aux dispositifs.

1 - Un dispositif d'évaluation récemment revu

Les allègements généraux de cotisations sociales patronales font l'objet d'obligations d'évaluation de leur efficacité. Depuis 2009, les lois de programmation des finances publiques prévoient une évaluation des nouvelles exonérations après trois ans d'application. La réforme organique sur les lois de financement de la sécurité sociale de 2022 impose désormais une obligation d'évaluation triennale des allègements généraux de cotisations sociales.

La première évaluation du comité d'évaluation des dépenses fiscales et des niches sociales (2011) concluait à l'efficacité des allègements généraux sur les bas salaires¹²². Des études postérieures ont pointé le besoin d'une analyse plus précise des conséquences à terme sur les bas salaires, la structure des qualifications et la capacité productive.

Le comité d'évaluation du crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi (CICE), sous l'égide de France Stratégie, a cessé ses travaux en 2022¹²³. Ceux-ci ont été compliqués par les conséquences de la crise sanitaire et les nombreuses réformes de ces dernières années. Les enjeux financiers et d'emploi liés aux allègements généraux justifiaient qu'un dispositif de ce type soit recréé.

**Un dispositif d'évaluation robuste du CICE,
un nouveau comité de suivi prévu par la LFSS 2025**

La loi du 29 décembre 2012 instaurant le CICE avait institué un comité de représentants d'administrations, d'organisations syndicales et patronales et d'experts de l'évaluation de politique publique. Destiné à « *veiller au suivi de la mise en œuvre et à l'évaluation* » du CICE, son périmètre a été élargi au suivi des allègements généraux de cotisations sociales en 2015. Quatre parlementaires ont été associés. Le comité a publié sept rapports.

La LFSS pour 2025 instaure, jusqu'au 31 décembre 2029, un comité de suivi chargé d'évaluer les allègements généraux de cotisations sociales patronales et de suivre la mise en œuvre de la réforme. Ce comité, placé auprès du Premier ministre, présentera un rapport public annuel jusqu'au PLFSS 2030.

Parmi les travaux récents d'analyse de l'efficacité des allègements généraux de cotisations sociales patronales, on relèvera ceux du Conseil d'analyse économique¹²⁴, de la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale¹²⁵, des économistes missionnés par la Première ministre¹²⁶, du groupe d'experts sur le Smic¹²⁷ et des travaux universitaires¹²⁸.

¹²² *Rapport du comité d'évaluation des dépenses fiscales et des niches sociales*, 2011. 538 mesures dérogatoires fiscales et sociales ont fait l'objet d'un bilan coût/efficacité.

¹²³ Institut des politiques publiques, *Évaluation d'impact de la bascule du crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi (CICE) en allègement de cotisations employeur*, Antoine Bozio, Sophie Cottet, Clément Malgouyres, 2022.

¹²⁴ Yannick L'Horty, Philippe Martin et Thierry Mayer, *Op.cit.*

¹²⁵ Marc Ferracci et Jérôme Guedj, Députés, *Op.cit.*

¹²⁶ Antoine Bozio et Étienne Wasmer, *Op.cit.*

¹²⁷ *Rapport annuel du groupe d'experts sur le Smic* présidé par Stéphane Carcillo, 2024.

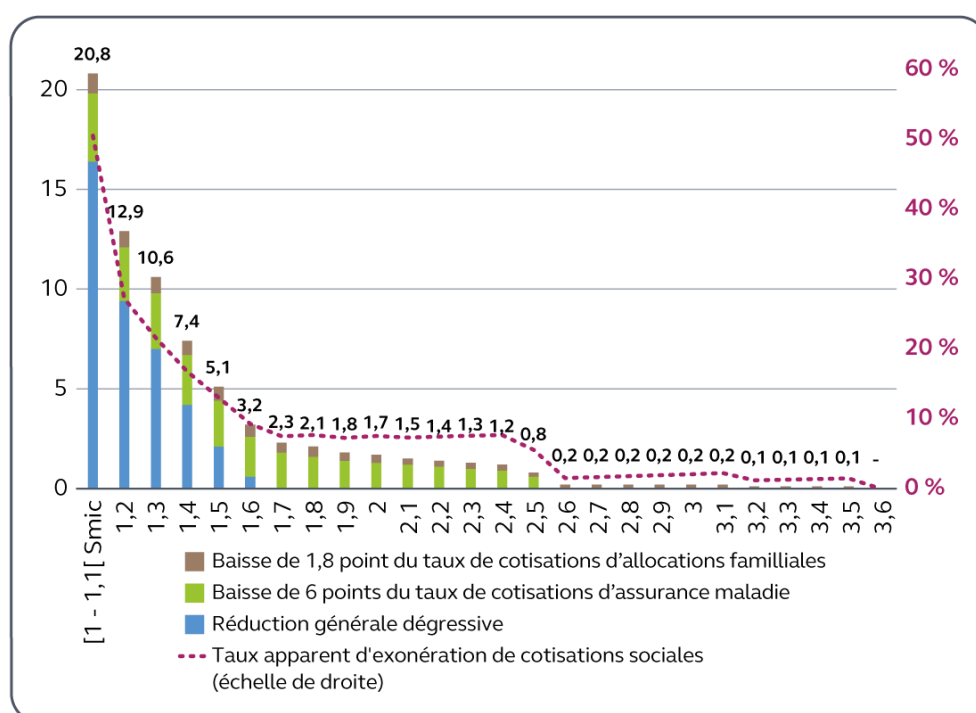
¹²⁸ B. Lhommeau, V. Rémy, *Les politiques d'allègements ont-elles un effet sur la mobilité salariale des travailleurs à bas salaire ?* 2009 ; C. Malgouyres, *Coût du travail et exportations : analyses sur données d'entreprises*, 2019 ; J. Gautié, F. Lerais, *Politiques d'exonération sur les bas salaires : usages et effets potentiels*, 2024.

Le rapport d'évaluation commandé par le Gouvernement en 2023 sur les politiques d'exonérations de cotisations sociales¹²⁹ proposait un scénario de réforme, à coût constant. Il répondait de fait à une commande différente par rapport à la réforme prévue initialement par le PLFSS 2025.

2 - Des effets complexes à évaluer, une refonte du barème engagée

Les allègements généraux sont concentrés par niveau de rémunération. Ils atteignent 20,8 Md€ en 2023 au niveau du Smic. L'effet des allègements est maximum pour les entreprises comptant un nombre élevé de salariés à ce niveau de rémunération ; il devient résiduel au-delà de 2,5 Smic (moins de 0,2 Md€ par tranche de dixième de Smic).

Graphique n° 16 : distribution des allègements généraux de cotisations sociales du secteur privé, par niveau de salaire, en 2023 (en Md€)

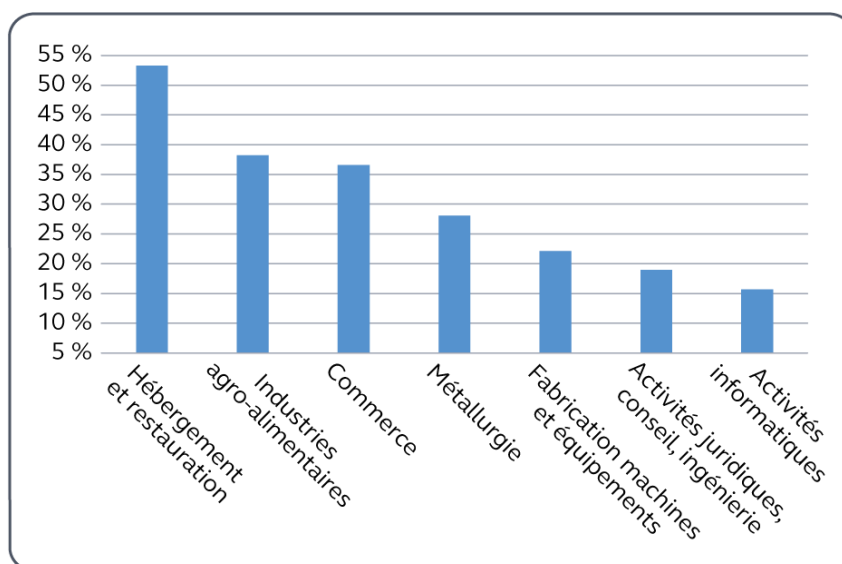


Source : données de l'Acos et du rapport à la Caisse de Compensation des Services Sociaux (CCSS) d'octobre 2024, mise en forme Cour des comptes

¹²⁹ Antoine Bozio et Etienne Wasmer, *Op.cit.*

Le bénéfice des allègements généraux varie donc fortement par secteur économique en fonction du niveau des salaires. Le ratio de la réduction générale dégressive aux cotisations rapportée au salaire atteint un maximum de 53 % dans l'hébergement et la restauration, secteur à forte main d'œuvre, et s'établit à 19 % dans les activités juridiques et d'ingénierie et 15 % dans la fabrication de produits informatiques. Cette hétérogénéité est à nuancer : les entreprises de ces derniers secteurs se fournissent auprès de secteurs à forte main d'œuvre et bénéficient indirectement des salaires plus faibles¹³⁰.

Graphique n° 17 : ratio des allègements de cotisations sociales par rapport aux cotisations, par secteur économique, en 2023



Note : calcul à partir des cotisations du champ Urssaf, soit les cotisations de sécurité sociale et de l'Unédic, hors cotisations Agirc-Arrco.

Source : données de l'Acos, mise en forme Cour des comptes

Par rapport aux autres pays de l'OCDE, les allègements généraux de cotisations ont permis une forte diminution du coût du travail des bas salaires. En 2023, le coût du travail au Smic est désormais parmi les plus faibles, à 44 % du coût du travail au salaire médian, contre 51,2 % en moyenne dans l'OCDE¹³¹. Cela ne se traduit pas par une plus grande pauvreté relative : le revenu disponible au niveau du salaire minimum est de 71,9 % du salaire médian en France, contre 62,4 % en moyenne dans l'OCDE.

¹³⁰ Conseil d'analyse économique, *op.cit.*

¹³¹ Antoine Bozio et Étienne Wasmer citant les résultats issus du modèle TaxBEN, *Op.cit.*

La dégressivité des allègements de cotisations sociales, combinée à des plafonds d'éligibilité au-delà desquels le coût du travail augmente brutalement, pourrait induire une concentration des emplois dans le bas de la distribution des salaires et désinciter à la revalorisation des salaires.

Ce risque de « trappe à bas salaires » est toutefois à nuancer. Il n'est pas constaté de concentration dans la distribution des salariés ou de la masse salariale au seuil des plafonds d'éligibilité des dispositifs de réduction générale de cotisations à 1,6 Smic, 2,5 Smic et 3,5 Smic. En outre, la part des salariés rémunérés au Smic, qui avait bondi à 17,3 % en 2023 (14,5 % en 2022) avec les revalorisations successives du Smic, est revenue à 14 % en 2024, le temps que les négociations salariales intègrent et diffusent ces revalorisations.

L'incidence des allègements généraux sur l'emploi est l'aspect le plus étudié par les évaluations même si le caractère général de la mesure ne permet pas d'établir un scénario contrefactuel auprès d'entreprises qui n'auraient pas bénéficié d'avantages équivalents. Les travaux concluent à un effet positif sur l'emploi au niveau du Smic, plus significatif dans la première phase des années 1990. Les évaluations récentes sont plus incertaines en raison des nombreuses réformes appliquées, de la crise sanitaire et du retour de l'inflation.

À *contrario*, le rapport Bozio-Wasmer a calculé qu'un scénario radical de suppression totale des allègements généraux de cotisations se traduirait, selon le modèle macro-économique *Mesange* de la direction générale du Trésor, par la destruction d'un million d'emplois. Tout l'enjeu du profil de la future réduction générale dégressive unique à compter de 2026 sera donc de concilier la maîtrise des effets des allègements sur les comptes de la sécurité sociale et l'anticipation des effets sur l'emploi.

Un renouvellement du débat sur les effets sur l'emploi

Les simulations d'allègements de cotisations sociales sur l'emploi dans le rapport des économistes Antoine Bozio et Étienne Wasmer (2024) confirment l'hypothèse d'efficacité plus importante au niveau des salaires les plus bas, établie par le Conseil d'analyse économique (2019). Toutefois, selon ces simulations, en cas de moindre concentration des aides, les destructions d'emploi au niveau du Smic pourraient être compensées par des créations à des niveaux de salaires compris entre 1,2 et 1,6 Smic si les allègements généraux de cotisations étaient renforcés à ces niveaux, pour atteindre un quasi-équilibre au total. Le rapport suggère en effet que la sensibilité de l'offre d'emploi au coût du travail (autrement dit l'élasticité) au niveau du Smic ne serait plus aussi importante qu'auparavant, réduisant l'écart d'incidence relative des efforts portés sur le coût du travail entre emplois rémunérés au niveau du Smic et emplois un peu plus fortement rémunérés.

En conséquence, le rapport préconise d'atténuer les allègements généraux de cotisations de quatre points sur les bas salaires (entre 1 et 1,1 Smic) et de les augmenter entre 1,2 et 2 Smic. Ce scénario, à coût constant, se traduirait par un solde net de création d'emplois mieux rémunérés compris entre 10 000 et 20 000.

II - Un financement de la sécurité sociale à mieux prendre en compte

Depuis 2019, à la suite de la transformation du CICE en baisse de cotisations maladie, la sécurité sociale n'est plus compensée à hauteur du montant total des allègements généraux de cotisations sociales. À l'échelle des finances publiques, cet enjeu est neutre. Cela pèse toutefois sur le déficit annuel de la sécurité sociale elle-même et explique en partie la reconstitution d'une dette sociale. Dans le nouveau cadre fixé par la LFSS pour 2025, des mesures d'encadrement financier de la dynamique des allègements généraux complémentaires doivent en conséquence être examinées.

A - Une fragilisation du financement de la sécurité sociale à endiguer

En cas d'exonération de cotisations sociales, la loi du 25 juillet 1994¹³² dispose que la perte financière pour la sécurité sociale est en principe compensée par l'État. Pour les allègements généraux de cotisations sociales, il a été dérogé à ce principe dès la LFSS pour 2011. Actuellement, la sécurité sociale est compensée par des affectations de fractions de TVA, dont le taux a été fixé une fois pour toutes l'année du vote de la mesure, comme en 2019 pour compenser la réduction supplémentaire de six points des cotisations d'assurance maladie. L'application de cette règle d'affectation de taxes qui peut se traduire par une compensation seulement partielle a conduit à des pertes croissantes pour la sécurité sociale et à une augmentation de la dette sociale. Toutefois, cette approche comptable ne tient pas compte des recettes nouvelles apportées par les emplois créés grâce à ces allègements.

¹³² Article L. 131-7 du code de la sécurité sociale. Depuis la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale du 2 août 2005, seule la LFSS peut modifier une exonération existante, en créer une nouvelle ou prévoir la non-compensation d'une exonération. La LFSS du 14 mars 2022 a renforcé ces dispositions.

1 - Une compensation de la réforme de 2019 défavorable à la sécurité sociale

En 2011, dans un contexte encore marqué par la crise financière de 2008, la réduction générale dégressive a donné lieu à une compensation pour solde de tout compte fondée sur un panier de recettes, sans toutefois s'accompagner d'un suivi régulier pour mesurer les éventuels écarts. La compensation était équilibrée la première année¹³³.

En 2015, la réduction de 1,8 point des cotisations d'allocations familiales a été compensée par un transfert de charges à l'État¹³⁴. De 2015 à 2017, la compensation du pacte de responsabilité a été globalement positive pour la sécurité sociale (+ 0,6 Md€ au total)¹³⁵. Sur cette période, la compensation pour solde de tout compte s'est, de fait, rapprochée du principe de compensation intégrale sans perte financière pour la sécurité sociale¹³⁶.

En 2018-2019, l'objectif de pleine compensation des nouveaux allègements de cotisations à la sécurité sociale n'est plus apparu justifié dans un contexte de retour à un quasi-équilibre financier de la sécurité sociale avant la crise sanitaire. Il était alors prioritaire de limiter la charge sur l'État, dont le déficit demeurait élevé¹³⁷.

À compter de 2019, la conversion du CICE en allègements généraux de cotisations s'est accompagnée de modalités de compensation variables.

En premier lieu, pour la SNCF et pour la RATP, qui ne sont pas éligibles aux allègements généraux, la suppression du CICE (dont elles bénéficiaient) a donné lieu à une mesure *ad hoc* de réduction des cotisations d'allocations familiales et d'assurance maladie. L'écart défavorable de 0,3 Md€ par an n'a pas fait l'objet d'une compensation à la sécurité sociale.

En second lieu, il a été décidé que les allègements de cotisations d'assurance chômage (Unédic) et de retraites complémentaires (Agirc-Arrco) seraient par principe compensés intégralement. À cet effet, la sécurité

¹³³ Rapport à la CCSS, *La compensation des exonérations de cotisations*, juillet 2012.

¹³⁴ La LFI 2016 a décidé la reprise par l'État de l'allocation logement (4,7 Md€) et de la protection juridique des majeurs (0,4 Md€), auparavant financées par la sécurité sociale.

¹³⁵ Cour des comptes, *La situation et les perspectives financières de la sécurité sociale : un effort structurel toujours nécessaire, une résorption de la dette sociale à mener à terme*, Ralfs 2018. Voir aussi l'analyse convergente du rapport à la CCSS sur le *Bilan du pacte de responsabilité*, juin 2018, fiche 3.1.

¹³⁶ Par la suite, en corollaire à l'augmentation de la CSG au 1^{er} janvier 2018, la fraction de TVA (7 points) affectée par l'État à la sécurité sociale depuis 2011 a été supprimée.

¹³⁷ Ces orientations se sont fondées sur le rapport du Gouvernement au Parlement sur les relations financières entre l'État et la sécurité sociale prévu à l'article 27 de la loi de programmation des finances publiques pour 2018-2022 et remis en juillet 2018.

sociale (Acos) a bénéficié d'une fraction de TVA (5,18 points) à répartir chaque année entre l'Unédic et l'Agirc-Arrco. En cas d'excédent ou d'insuffisance de TVA par rapport aux manques à gagner réellement constatés par l'Unédic et l'Agirc-Arrco, il revient à la sécurité sociale soit de conserver l'excédent, soit d'assumer le complément de compensation¹³⁸.

De 2019 à 2021, la sécurité sociale a bénéficié d'un excédent de compensation de TVA. Depuis, la progression de la TVA a été moins dynamique que celle des allègements généraux de cotisations. Il en a résulté une charge croissante pour la sécurité sociale. En 2024, elle atteint 1,3 Md€, dont 0,8 Md€ pour l'Agirc-Arrco, supporté par la branche vieillesse, et 0,5 Md€ pour l'Unédic, réparti entre les trois branches excédentaires (autonomie, famille et AT-MP).

Tableau n° 21 : évolution du solde de la compensation intégrale à l'Unédic et à l'Agirc-Arrco, à la charge de la sécurité sociale (en Md€)

	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Solde pour la sécurité sociale	0,2	0,3	0,5	- 0,5	- 1,5	- 1,3
dont Unédic	0,2	0,0	0,2	- 0,2	- 0,6	- 0,5
dont Agirc-Arrco	0,0	0,3	0,3	- 0,3	- 0,9	- 0,8

Source : comptes combinés annuels de l'Acos, estimations pour 2024

Cette « tuyauterie » financière n'est pas satisfaisante. Elle contribue à dégrader le déficit de la sécurité sociale sans levier de pilotage correspondant. Afin de clarifier les responsabilités, il serait préférable que l'État, qui a décidé le principe de la compensation intégrale à l'Agirc-Arrco et à l'Unédic, en assume seul la charge¹³⁹.

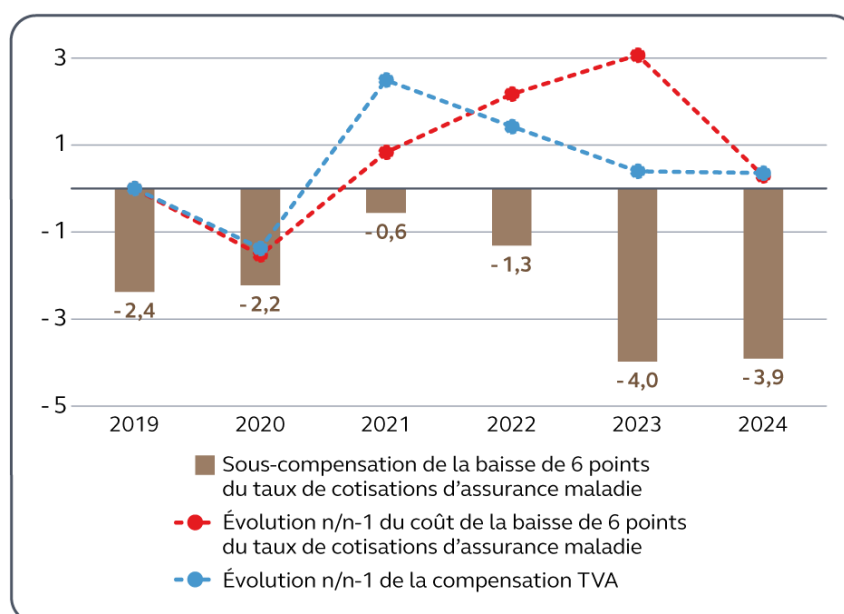
En troisième lieu, la baisse de six points de cotisations d'assurance maladie est compensée par l'État à la caisse nationale d'assurance maladie par l'affectation d'une fraction de TVA, pour solde de tout compte. Contrairement à l'Unédic et à l'Agirc-Arrco, cette compensation pour solde de tout compte n'a pas fait l'objet d'un suivi.

¹³⁸ La mise en œuvre du dispositif a fait l'objet de conventions de l'Acos avec la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA) et Pôle emploi, le 23 janvier 2019, et avec l'Agirc-Arrco, le 30 janvier 2019.

¹³⁹ Par ailleurs, dans le cadre des relations financières entre l'État et l'Unédic, la loi a prévu un abattement forfaitaire appliquée à la compensation de l'État à l'Unédic de 2 Md€ en 2023 et de 2,6 Md€ en 2025.

La Cour a souhaité mesurer l'effet des mesures supplémentaires d'allègements généraux de cotisations sociales patronales depuis 2019 sur le financement de la sécurité sociale. Selon ses calculs, la compensation a été initialement sous-calibrée de 2,4 Md€ en 2019¹⁴⁰. Par la suite, la dynamique de progression de la baisse de cotisations d'assurance maladie (+ 4 % par an de 2019 à 2024) a été plus forte que celle de la compensation de TVA (+ 3,5 % par an). Ceci explique que la sous-compensation initiale s'est amplifiée pour atteindre 3,9 Md€ en 2024.

Graphique n° 18 : évolution de la compensation du surcoût de la baisse de 6 points de cotisations maladie



Lecture : la sous-compensation du surcoût de la baisse de 6 points de cotisations maladie évolue chaque année en fonction des dynamiques respectives de cette baisse elle-même et du rendement de la fraction de TVA affectée à sa compensation. En 2020 et en 2021, la réduction de l'écart entre le rendement de TVA et la baisse de cotisations d'assurance maladie a atténué la sous-compensation. En 2022 et 2023, la baisse de cotisations maladie a progressé davantage que le rendement de TVA majorant nettement la sous-compensation. En 2024, le rendement de la TVA et celui de la baisse de cotisations maladie ont évolué d'un même montant, la sous-compensation est demeurée stable.

Source : Cour des comptes

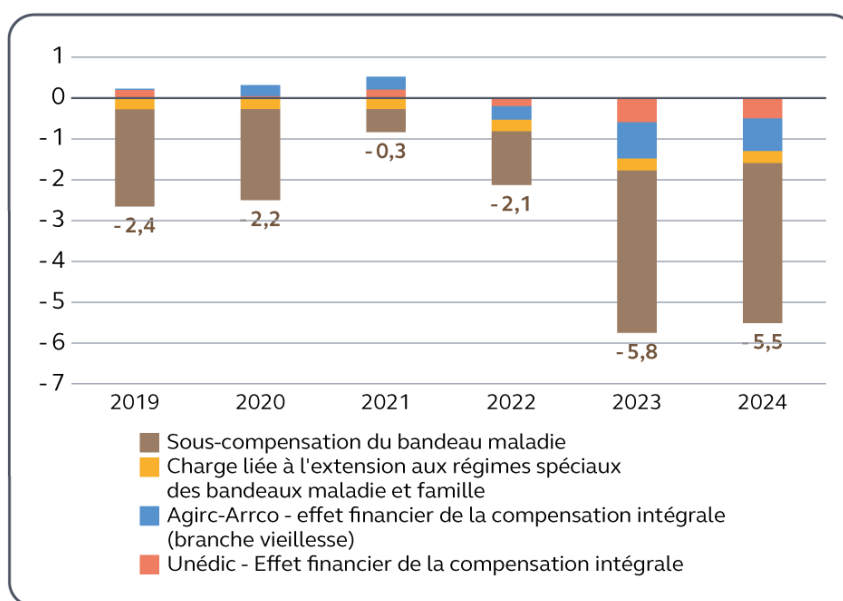
¹⁴⁰ Selon les calculs de la Cour, le coût supplémentaire lié à la création de la baisse de 6 points de cotisations d'assurance maladie par rapport à la réduction générale dégressive, de 19,8 Md€ en 2019, a été compensé à la caisse nationale d'assurance maladie par une fraction de 9,79 points de TVA, soit 17,4 Md€.

La direction du budget, en se fondant sur des champs différents et sur des périodes d'analyse plus longues, conclut à l'absence de sous-compensation. En tout état de cause, il est nécessaire de définir une méthode partagée pour chiffrer la compensation et de renforcer le suivi annuel.

2 - Une perte financière croissante qui augmente la dette sociale

L'accumulation de mesures d'allègements généraux de cotisations sociales non compensées ou compensées partiellement alimente les déficits de la sécurité sociale et l'augmentation de la dette sociale. De 2019 à 2024, la perte annuelle estimée est passée de 2,4 Md€ à 5,5 Md€.

Graphique n° 19 : effet sur le solde de la sécurité sociale des allègements généraux supplémentaires de cotisations sociales patronales depuis 2019 (en Md€)



Source : Cour des comptes

En 2024, ces écarts se concentraient sur la branche maladie (2,5 Md€) et sur la branche vieillesse (2,2 Md€). Ils représentaient 16 % du déficit de la branche maladie et 42 % de celui de la branche vieillesse et du fonds de solidarité vieillesse. Selon ces calculs, de 2019 à 2024, le cumul de la sous-compensation a engendré une dette sociale d'environ 18 Md€.

Pour ces raisons, le cadre des relations financières entre l'État et la sécurité sociale défini en 2018 est à revoir. Dès sa mise en œuvre, la Cour a souligné l'enjeu de prévoir la possibilité d'ajustement des modalités de compensation¹⁴¹.

3 - Un nécessaire suivi des modes de compensation

Les annexes au PLFSS et au projet de loi d'approbation des comptes de la sécurité sociale (Placss)¹⁴², ainsi que les rapports à la commission des comptes de la sécurité sociale, présentent en détail les montants de ces allègements et les dynamiques d'évolution¹⁴³.

En revanche, cette présentation ne s'accompagne pas du suivi de la compensation assurée par l'État, malgré l'obligation issue de la loi organique¹⁴⁴. La loi de finances initiale du budget de l'État, à l'article sur les relations financières entre l'État et la sécurité sociale, détermine seulement la fraction de TVA affectée à la sécurité sociale destinée à compenser les moindres recettes des régimes obligatoires de base dont une partie, non précisée, est relative aux allègements généraux de cotisations.

À l'avenir, afin d'assurer un meilleur pilotage des allègements généraux de cotisations sociales patronales, il conviendrait que l'annexe au PLFSS spécifique aux exonérations de cotisations sociales soit complétée en mettant en regard, d'une part, le montant estimé de la réduction générale dégressive au titre du prochain exercice et, d'autre part, le montant estimé de la compensation de l'État à la sécurité sociale¹⁴⁵. La fusion des trois

¹⁴¹ La Cour des comptes a recommandé de « compléter le cadre rénové des relations financières entre l'État et la sécurité sociale par la définition de modalités de traitement des variations conjoncturelles de recettes de la sécurité sociale et par un encadrement renforcé des possibilités d'endettement de l'Acosse », dans le rapport d'application des lois de financement de la sécurité sociale 2018, chapitre I.

¹⁴² Annexes 4 du PLFSS *Présentation des réductions et exonérations de cotisations et de leur compensation* et 2 du Placss *Présentation et évaluation des exonérations de cotisations*.

¹⁴³ Voir notamment rapport à la CCSS de mai 2024, *Dynamique récente des allègements généraux de cotisations sociales*, (fiche 3.7).

¹⁴⁴ L'article LO 111-4-1 du code de la sécurité sociale prévoit que sont jointes au projet de loi de financement de la sécurité sociale des annexes « 4° Présentant l'ensemble des mesures de réduction ou d'exonération de cotisations (...) et évaluant l'impact financier de l'ensemble de ces mesures, en précisant les modalités et le montant de la compensation financière à laquelle elles donnent lieu. Ces mesures sont détaillées par nature, par branche et par régime ou organisme ».

¹⁴⁵ Par comparaison, le montant pourtant bien moindre des exonérations ciblées de cotisations sociales (7,1 Md€ en 2024) fait l'objet d'un article spécifique du PLFSS prévoyant la compensation budgétaire de l'État à la sécurité sociale, en application de l'article LO 111-3-4 du code de la sécurité sociale.

dispositifs d'allègement existants en une réduction générale dégressive unique à compter de 2026 pourrait constituer le point de départ de ce travail de suivi et de transparence.

B - Des pistes d'économie supplémentaires à envisager

Dans l'objectif de contribuer au retour à l'équilibre financier de la sécurité sociale, plusieurs leviers peuvent atténuer l'ampleur des allègements de cotisations tout en limitant les conséquences sur l'emploi. Une réforme a été engagée en ce sens par la LFSS pour 2025 qui reste à préciser pour sa pleine mise en œuvre à compter de 2026.

Des économies inscrites en LFSS pour 2025 importantes mais inférieures aux objectifs initiaux

La LFSS pour 2025 prévoit une limitation des allègements généraux de cotisations sociales, soit une économie de 2 Md€, dont 1,6 Md€ pour la sécurité sociale et 0,4 Md€ de rétrocession à l'État¹⁴⁶.

Le PLFSS pour 2025 proposait initialement une économie de 5,1 Md€, soit un montant correspondant à celui inscrit dans le plan budgétaire et structurel à moyen terme de la France pour 2025-2029 (PSMT) transmis au Parlement le 23 octobre 2024 avant envoi à la Commission européenne le 31 octobre 2024.

De telles limitations des allègements généraux de cotisations sociales permettent d'améliorer le rendement des finances sociales mais peuvent aussi se répercuter sous la forme de destructions d'emplois et, par conséquent, de recettes pour la sécurité sociale¹⁴⁷. Les pistes proposées par la Cour visent à limiter cet effet, en retenant des ajustements d'ampleur modérée.

1 - Pour limiter le risque de substitution au salaire de base, un élargissement de l'assiette à étudier

Les compléments de salaire ne sont pas intégrés à l'assiette de la rémunération prise en compte pour le calcul de la réduction générale dégressive. De ce fait, le plafond d'éligibilité est atteint moins rapidement, ce qui tend à amplifier la perte de cotisations. Pour un salarié percevant le

¹⁴⁶ Cette rétrocession est justifiée au titre de la perte de recettes sur l'impôt sur les sociétés. Une hausse des cotisations sociales diminue en effet le bénéfice des entreprises et donc le montant d'impôt sur les sociétés.

¹⁴⁷ Cet effet n'avait pas été pris en compte dans le chiffrage des économies proposées dans le PLFSS pour 2025.

salaire moyen (2 Smic), le taux de cotisations et de contributions sociales est ainsi abaissé de 40,3 % pour le seul salaire de base à 38,8 % après prise en compte de la prime de partage de la valeur et de l'épargne salariale¹⁴⁸. Le coût des allègements de cotisations sociales tenant aux exemptions d'assiette de cotisations sociales de l'ensemble des compléments de salaire s'est élevé à 4,7 Md€ en 2023.

Afin d'atténuer cet effet, la LFSS pour 2025 intègre la prime de partage de la valeur dans le calcul de la réduction générale dégressive à compter du 1^{er} janvier 2025. La recette attendue est de 0,4 Md€ pour la sécurité sociale, 0,1 Md€ pour l'Unédic et 0,1 Md€ pour l'Agirc-Arrco. Une telle mesure pourrait être étendue aux autres compléments de salaire relevant de la participation financière et de l'actionnariat salarié. À comportements inchangés, l'économie liée à l'élargissement de l'assiette aux versements relevant de la participation aux résultats de l'entreprise et de l'intéressement peut être estimée à près de 3 Md€ en 2025.

Cette piste d'économie pourrait être considérée comme étant de nature à limiter le caractère dérogatoire de l'exemption de cotisations sociales réservée à ces compléments de salaire. Il s'agit d'une autre piste complémentaire du relèvement du forfait social déjà signalé par la Cour¹⁴⁹.

2 - Pour recentrer les allègements généraux sur l'objectif de l'emploi, un plafond à diminuer

La baisse de 1,8 point des cotisations d'allocations familiales s'applique aux rémunérations jusqu'à 3,3 Smic en 2025 et ce plafond sera abaissé à 3 Smic à compter de 2026¹⁵⁰. Cette mesure, qui remonte à 2016, vise à renforcer la compétitivité du secteur manufacturier exportateur. Le coût correspondant à la fraction de la baisse de cotisations d'allocations familiales, pour les rémunérations allant de 2,5 Smic à 3 Smic peut être estimé de l'ordre de 1 Md€ en 2023.

Conformément à l'objectif visé, les secteurs qui en bénéficient le plus sont les plus exposés à la concurrence internationale : recherche et développement, activités informatiques, financières et d'assurance. Plusieurs

¹⁴⁸ *Présentation des mesures de réduction et d'exonération de cotisations ainsi que de leur compensation*, Annexe 4 du PLFSS 2025 (tableau 8).

¹⁴⁹ Cour des comptes, « Les niches sociales des compléments de salaire un nécessaire rapprochement du droit commun », *rapport d'application des lois de financement de la sécurité sociale*, mai 2024.

¹⁵⁰ La LFSS pour 2024 avait déjà cristallisé son niveau en référence à la valeur du Smic au 31 décembre 2023, ce qui avait ramené son niveau effectif de 3,5 à 3,4 Smic en 2024.

travaux d'évaluation ont souligné l'efficacité limitée de la mesure¹⁵¹. Ses effets sur l'emploi sont jugés marginaux. Ceux sur la compétitivité restent complexes à caractériser par rapport à d'autres facteurs (biens intermédiaires, taux de change, tarifs douaniers, coût de l'énergie) ou à d'autres outils fiscaux pouvant être aussi mobilisés (modulation des impôts de production). Le Conseil d'analyse économique pointait dans une note en 2019 l'absence de moindre compétitivité-coût du travail au niveau des rémunérations intermédiaires et les risques significatifs de dilution d'une réduction de cotisations en hausse de salaire à ce niveau de rémunération.

En conséquence, ces travaux proposent de réduire le plafond d'éligibilité de la baisse de cotisations d'allocations familiales à 2,5 Smic pour renforcer les allègements sur les rémunérations de niveau inférieur ou pour atténuer leur coût pour les finances publiques. Il appartient aux pouvoirs publics d'apprécier les modalités de mise en œuvre d'une telle piste, au regard des effets financiers des allègements généraux pour la sécurité sociale et de la situation des finances publiques.

3 - Pour contribuer au retour à l'équilibre financier de la sécurité sociale, ajuster le reprofilage de la future réduction générale dégressive

Selon le nouveau cadre fixé par la LFSS pour 2025, les trois dispositifs d'allègement de cotisations sociales seront finalement fusionnés au sein de la réduction générale dégressive unique à compter de 2026. Il revient au Gouvernement de décider, par décret, d'une stratégie de reprofilage du barème d'allègement de cotisations sociales, selon les niveaux de rémunération, en fonction d'objectifs à actualiser et à préciser concernant non seulement l'emploi mais aussi le retour à l'équilibre financier de la sécurité sociale.

Cette mesure d'ordre technique pourrait permettre de dégager une économie supplémentaire qui pourrait être de l'ordre de 2 Md€, soit un niveau identique à celle déjà inscrite en LFSS pour 2025. Pour fixer un ordre de grandeur, il résulte des estimations obtenues du Gouvernement par la Cour que cela équivaldrait à une baisse de l'ordre de 0,3 point du taux d'exonération. Cette estimation ne prend toutefois pas en compte les effets d'une telle mesure sur l'emploi et sur la compétitivité.

¹⁵¹ Les rapports du Conseil d'analyse économique (2019), de la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale (2023) et des économistes Bozio-Wasmer (2024) convergent sur ce point. *Op.cit.*

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Dans le contexte de dégradation de l'équilibre financier de la sécurité sociale, une meilleure maîtrise de la dynamique des allègements généraux de cotisations sociales est nécessaire tout en tenant compte des enjeux économiques associés, tels le besoin de prévisibilité des entreprises et les contraintes ponctuelles liées à la conjoncture économique (renchérissement du coût de l'énergie ou surcapacités industrielles et politique commerciale offensive de la part de partenaires commerciaux).

Dans le nouveau cadre défini par les mesures déjà prévues en loi de financement de la sécurité sociale pour 2025, il appartient au Gouvernement de proposer au Parlement l'ampleur et le calendrier des mesures à mettre en œuvre pour maîtriser cette dynamique. Les pistes d'économies identifiées par la Cour consistent en un élargissement de l'assiette de calcul des allègements généraux de cotisations sociales aux compléments de salaire, une révision du plafond d'éligibilité et un reprofilage de la future réduction générale dégressive unique à compter de 2026.

La Cour formule les recommandations suivantes au ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles et au ministère de l'économie, des finances et de la souveraineté industrielle et numérique :

- 6. calibrer le plafond d'éligibilité, l'assiette de calcul et le profil de la future réduction générale dégressive dans l'objectif de contribuer au retour à l'équilibre financier de la sécurité sociale ;*
 - 7. faire assumer directement et intégralement par l'État la compensation des allègements généraux de cotisations sociales patronales à l'Agirc-Arrco et à l'Unédic.*
-

Deuxième partie

Des réformes nécessaires pour un redressement pérenne des comptes sociaux

Chapitre IV

L'intérim paramédical

dans les établissements de santé :

un dispositif à réguler

PRÉSENTATION

Après l'intérim médical en 2024, la Cour a examiné le recours à l'intérim paramédical dans les établissements de santé. Le personnel concerné comprend les infirmiers, les aides-soignants et les métiers spécialisés tels que masseurs-kinésithérapeutes, manipulateurs en électroradiologie médicale ou préparateurs en pharmacie hospitalière.

L'essor de l'intérim paramédical a été rapide ces dernières années. Conçu comme une solution de remplacement exceptionnelle et de durée limitée, il tend de plus en plus, dans certains établissements, à devenir une modalité parmi d'autres de couverture des besoins en personnel.

Le coût horaire de l'intérim est nettement plus élevé que celui du personnel permanent. Il résulte de son essor une forte augmentation de la dépense, qui pèse sur les comptes sociaux. Pour autant, dans 95 % des hôpitaux publics, la part de l'intérim paramédical dans les dépenses de personnel demeure inférieure à 5 %.

Le recours croissant à l'intérim peut aussi avoir des effets sur l'organisation interne des établissements, voire sur la qualité de prise en charge des patients.

Pour réaliser l'enquête dont est issue le présent chapitre, la Cour a analysé la situation d'une trentaine d'hôpitaux publics et privés, lucratifs ou non.

La Cour a examiné les modalités et les causes du recours croissant à l'intérim paramédical (I). Elle alerte sur l'augmentation de la dépense et sur les effets induits pour le système de santé (II). Les solutions pour endiguer cette évolution passent par un encadrement renforcé et aussi par une évolution des pratiques (III).

Chiffres-clés 2023

825 M€¹⁵² ont été dépensés, dont 472 M€ pour les hôpitaux publics. Dans ces derniers, la dépense a été multipliée par six en dix ans.

Une dépense majoritairement concentrée dans quatre régions : Île-de-France, Auvergne-Rhône-Alpes, Centre-Val de Loire, Bourgogne-Franche-Comté.

5 100 intérimaires seraient présents en moyenne durant l'année dans les établissements de santé.

60 000 personnes distinctes ont effectué au moins une mission d'intérim, dont 27 300 infirmiers et 26 800 aides-soignants.

830 000 missions d'une durée moyenne de 2,3 jours ont été effectuées. 95 % des missions d'intérim concernent des infirmiers et des aides-soignants.

L'âge moyen des infirmiers intérimaires est de 35 ans, contre 41 ans pour la population infirmière.

I - Un développement significatif malgré le caractère subsidiaire de l'intérim

Le recours à l'intérim paramédical s'inscrit dans un contexte marqué par des difficultés de recrutement et d'absentéisme dans les établissements de santé et par des aspirations nouvelles des professionnels de santé.

A - Une solution en principe exceptionnelle

Modalité de remplacement normalement exceptionnelle, l'intérim paramédical est devenu récurrent dans certains établissements de santé.

1 - Un recours qui va au-delà de la réponse à des besoins occasionnels

Selon l'article L. 1251-1 du code du travail, « *Le recours au travail temporaire a pour objet la mise à disposition temporaire d'un salarié par une entreprise de travail temporaire au bénéfice d'un client utilisateur pour l'exécution d'une mission* ». Le contrat de mission qui lie la société

¹⁵² Données 2023, hormis pour les établissements de santé privés à but non lucratif (données 2022).

d'intérim et l'intérimaire « *ne peut avoir ni pour objet ni pour effet de pourvoir durablement un emploi lié à l'activité normale et permanente de l'entreprise utilisatrice* ».

Ce principe est rappelé, s'agissant de la fonction publique, par l'article 21 de la loi du 3 août 2009 relative à la mobilité et aux parcours professionnels dans la fonction publique, précisé par une circulaire du 3 août 2010. Les cas de recours doivent être exceptionnels et ne pas remettre en cause le principe de l'occupation des emplois permanents par des fonctionnaires. Ils sont limitativement définis par l'article L. 1251-60 du code du travail : remplacement momentané d'un agent, notamment en raison d'un congé, hors congés annuels, vacance temporaire d'emploi ne pouvant être immédiatement pourvu par un agent titulaire, accroissement temporaire d'activité et besoin occasionnel ou saisonnier.

En dépit de cette réglementation, des écarts de pratiques sont observés. Dans les régions où l'intérim est le plus développé, des établissements de santé, publics comme privés, sont parfois amenés à pré-positionner des missions d'intérim dans les plannings du personnel soignant, notamment pour assurer leur programme de chirurgie. Dans ce cas, il est souvent recouru à des intérimaires dits fidélisés, qui interviennent de manière récurrente dans l'établissement, parfois depuis plusieurs années.

Par ailleurs, l'intérim peut être utilisé pour rouvrir des lits fermés ou pour faire fonctionner un nouvel équipement d'imagerie, alors que ce sont des activités pérennes. L'intérim n'a donc plus seulement vocation à pallier une absence de courte durée mais aussi, dans certaines situations, à permettre le fonctionnement normal d'activités.

2 - Une solution complémentaire d'autres modalités de remplacement de courte durée

Les procédures de remplacement dans les établissements de santé prévoient de recourir prioritairement aux équipes de suppléance interne lorsque celles-ci existent¹⁵³. Elles mobilisent ensuite les heures supplémentaires - au profit d'agents en poste qui souhaitent percevoir un complément de rémunération - puis les contrats à durée déterminée de courte durée¹⁵⁴ et les contrats de vacataires, conclus directement par les établissements, qui font alors appel à des ressources externes.

¹⁵³ L'équipe de suppléance, aussi appelée pool de remplacement, est un service support interne à l'établissement, composé de soignants intervenant dans les services de soins.

¹⁵⁴ Le contrat court, juridiquement non défini, s'entend comme un contrat de moins de 31 jours selon l'approche retenue par le ministère du travail.

En dernier ressort, le recours à l'intérim vise à pourvoir aux absences de courte durée dont la couverture est indispensable à la continuité et la sécurité des soins dans les établissements de santé.

Le recours aux contrats de vacataires dans la fonction publique hospitalière : une pratique sans fondement juridique

Dans la fonction publique de l'État et dans la fonction publique territoriale, le contrat de vacataires est prévu pour la réalisation d'une tâche précise, ponctuelle et limitée à l'exécution d'actes déterminés et rémunérée à la vacation, c'est-à-dire à la tâche. À la différence de l'agent non-titulaire, le vacataire n'est pas recruté sur un emploi pour assurer un besoin permanent de l'administration. Il ne peut par suite prétendre aux garanties prévues par le décret du 6 février 1991 applicable aux contractuels (protection sociale, formation, régime indemnitaire, etc.).

Dans la fonction publique hospitalière, le contrat de vacataire n'a pas de fondement juridique. Pourtant, des hôpitaux publics, en particulier en Île-de-France, y recourent fréquemment¹⁵⁵ eu égard aux avantages que ce type de contrat procure : réactivité, souplesse, gestion administrative simplifiée, coût moindre que l'intérim. Ils y voient aussi un moyen de fidéliser un vivier de professionnels externes, aux compétences déjà éprouvées dans d'autres services hospitaliers, plus facilement mobilisables que des contrats à durée déterminée. Les vacataires peuvent y trouver également un intérêt : liberté d'emploi du temps, moindre pression, meilleures rémunérations, choix du lieu d'exercice, diversité de pratiques professionnelles.

Toutefois, le recours aux vacataires peut avoir d'importants effets négatifs pour les établissements de santé : pression inflationniste sur les salaires, mise à mal de la cohésion d'équipe, désorganisation des services et moindre investissement du personnel permanent. L'exercice paramédical sous forme de vacations précarise le personnel en termes notamment d'évolution de carrière, de protection sociale et de formation professionnelle. Par ailleurs, il arrive que le juge administratif requalifie en contrat à durée déterminée le contrat de vacation, en raison de l'absence d'une des trois conditions cumulatives précitées¹⁵⁶.

¹⁵⁵ Selon les établissements interrogés, si les dépenses relatives aux contrats de vacataires demeurent plus faibles que celles relatives à l'intérim paramédical, elles peuvent représenter plus de 20 % du total des dépenses de remplacement.

¹⁵⁶ Voir par exemple : Conseil d'État, 28 novembre 2003, req. n° 236510.

L'exécution de missions successives conduit parfois les entreprises de travail temporaire à proposer à certains intérimaires des contrats à durée indéterminée¹⁵⁷.

3 - L'émergence de nouveaux acteurs : les plateformes d'intermédiation

La nécessité de disposer d'outils réactifs permettant une sollicitation rapide de personnel pour assurer des remplacements tout en libérant du temps pour les cadres de santé a conduit au développement de plateformes d'intermédiation, mettant directement en relation, *via* leur *smartphone*, des professionnels paramédicaux, préalablement enregistrés, et des établissements de santé.

Les missions proposées sur ces applications sont de plusieurs natures : heures supplémentaires pour le personnel exerçant au sein de l'établissement, contrats à durée déterminée, vacations et intérim pour le personnel extérieur. Le paramétrage par les établissements des règles d'utilisation de ces plateformes en fonction de leur propre politique de remplacement est déterminant pour éviter les risques de dérives inflationnistes¹⁵⁸. Certaines plateformes d'intermédiation mettent à disposition du personnel paramédical exerçant sous le statut de micro-entrepreneur¹⁵⁹ dans des conditions irrégulières.

Le développement irrégulier de la micro-entreprise pour l'exercice paramédical

Ces plateformes concurrencent directement les entreprises de travail temporaire sans être soumises aux mêmes contraintes réglementaires, notamment en matière de protection sociale. Par rapport à l'intérim, elles permettraient aux établissements de réduire leurs coûts de l'ordre de 20 % et aux soignants de gagner de l'ordre de 20 à 25 % de plus.

¹⁵⁷ Articles L. 1251-58-1 et suivants du code du travail.

¹⁵⁸ Par exemple, la systématisation de la rémunération des heures supplémentaires plutôt que la récupération ultérieure des heures accomplies.

¹⁵⁹ En application de la loi n° 2014-626 du 18 juin 2014 relative à l'artisanat, au commerce et aux très petites entreprises, dite Loi Pinel, les régimes d'auto-entrepreneur et de micro-entrepreneur ont fusionné à compter du 1^{er} janvier 2016 pour former un seul statut : celui de la micro-entreprise.

Une lettre conjointe des ministres du travail et de la santé du 30 décembre 2021, adressée aux agences régionales de santé, signale que l'exercice professionnel sous le statut de micro-entrepreneur est contraire à la réglementation pour certaines professions paramédicales (aide-soignant, auxiliaire de puériculture, infirmier spécialisé, etc.). Le Conseil d'État l'a récemment confirmé pour les aides-soignants¹⁶⁰.

S'agissant des infirmiers, l'ordre national de la profession estime que l'exercice sous le statut de micro-entrepreneur n'est pas autorisé. Les conditions d'exercice des professions paramédicales en établissement (lien de subordination, travail sous la direction d'un tiers, organisation en équipe, responsabilité) tendent à confirmer cette approche.

Des contrôles ont été engagés par les Urssaf et par l'inspection du travail. Le contrôle d'une plateforme spécialisée a conduit au constat d'une infraction de prêt illicite de main d'œuvre et d'une infraction de travail dissimulé. Pourtant, des plateformes poursuivent leurs activités et ont reçu des financements publics comme l'a relevé la commission d'enquête parlementaire dite *Uber files*¹⁶¹.

B - Un développement lié à la tension sur le marché du travail

Le recours à l'intérim paramédical répond à des difficultés de recrutement et à des absences non planifiées. Il répond aussi aux attentes d'une partie du personnel.

1 - Pour les établissements de santé : une réponse aux difficultés persistantes de recrutement

Le manque de professionnels a une incidence directe sur le recours à l'intérim. Des tensions existent sur quelques métiers paramédicaux dont, notamment, les infirmiers en soins généraux¹⁶², les infirmiers spécialisés¹⁶³, les infirmiers puériculteurs, les manipulateurs d'électroradiologie médicale, les techniciens de laboratoire médical ou encore les préparateurs en pharmacie hospitalière. Les difficultés de recrutement peuvent aussi concerner certaines spécialités, telles que la gériatrie et la psychiatrie, ou des modes d'organisation comme le travail de nuit ou l'alternance jour/nuit.

¹⁶⁰ Conseil d'État, 11 février 2025, req. n° 491128.

¹⁶¹ Rapport de l'Assemblée nationale n° 1521 déposé le 11 juillet 2023.

¹⁶² Infirmier Diplômé d'État (IDE).

¹⁶³ Infirmier de bloc opératoire (IBODE), infirmier anesthésiste diplômé d'État (IADE).

Une récente enquête de la Fédération hospitalière de France (FHF)¹⁶⁴ a mis en évidence une baisse du taux de vacance en 2023 dans la filière infirmière. Ce ratio a été ramené à 3 % contre 5,70 % en avril 2022, ce qui pourrait signifier qu'une partie des difficultés de recrutement ont été conjoncturelles.

Toutefois, cette tendance favorable masque d'importantes disparités entre les établissements. En Île-de-France notamment, la demande de personnel paramédical reste forte et les établissements sont en concurrence sur les recrutements, notamment pour certaines catégories de personnel. Des hôpitaux subissent des taux de vacance de postes supérieurs à 30 % pour les infirmiers en soins généraux, à 45 % pour les infirmiers de bloc opératoire.

L'indicateur de fidélisation du personnel infirmier recueilli dans les bilans sociaux des hôpitaux publics montre les difficultés de stabilisation de certaines équipes. Dans un établissement exposé à la concurrence, seuls 20 % des 500 infirmiers en soins généraux recrutés en 2020 étaient toujours en poste en 2022.

L'incidence de l'absentéisme est moins étayée. Selon les bilans sociaux consolidés par l'agence technique de l'information hospitalière, dans les hôpitaux publics, l'absentéisme paramédical a certes progressé de 2,3 points entre 2019 et 2022 pour atteindre 11,30 %. Toutefois, une nette décrue a été observée par la FHF¹⁶⁵ en 2023 avec un taux revenant à 9,5 %, proche de celui d'avant crise. Une étude récente de la direction générale de l'administration et de la fonction publique portant sur les trois fonctions publiques a mis en évidence les mêmes évolutions¹⁶⁶.

Ces tendances sont proches de celles observées au niveau national pour le secteur privé, à savoir une forte hausse des arrêts maladie pendant la crise sanitaire et un repli en 2023. Contrairement aux vacances de postes, elles concernent la plupart des hôpitaux. Elles tendent donc à relativiser le lien entre absentéisme et intérim paramédical.

¹⁶⁴ Enquête de la FHF, *Situation des ressources humaines à l'hôpital public en 2023*, octobre 2024.

¹⁶⁵ *Ibid.*

¹⁶⁶ DGAFP, *Temps et organisation du temps de travail dans la fonction publique en 2023* - Faits et chiffres, édition 2024.

2 - Pour les professionnels : des conditions de travail en intérim jugées plus avantageuses

La montée en charge de la demande d'intérim dans les établissements de santé a pour contrepartie une offre accrue d'intérimaires. Celle-ci s'inscrit dans un contexte qui, depuis la crise sanitaire, se caractérise par la recherche, par les professionnels paramédicaux, d'une organisation du travail qui soit davantage compatible avec leur vie personnelle.

Les modifications fréquentes de planning constituent le premier motif invoqué par les intérimaires paramédicaux pour quitter un poste permanent à l'hôpital. Des raisons positives de choisir l'intérim, notamment liées aux conditions de travail, sont également avancées : acquisition de nouvelles compétences, développement de la polyvalence et de l'autonomie, capacité d'adaptation ou encore meilleure rémunération.

II - Des effets croissants sur le système de santé

La croissance de l'intérim paramédical a des conséquences financières pour les établissements. Elle a aussi une incidence sur le fonctionnement et l'organisation des services et pose, dans certains cas, des problèmes de déontologie voire de régularité.

A - Une dépense encore circonscrite mais nettement haussière

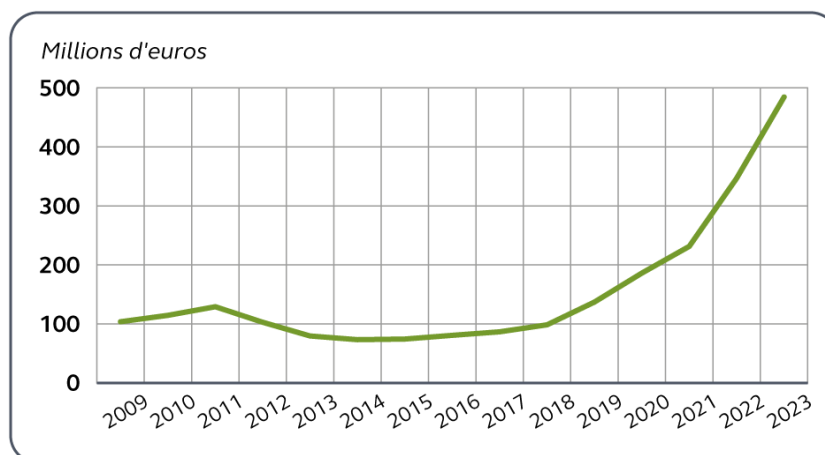
En 2023, la dépense d'intérim paramédical des établissements de santé publics et privés est estimée à 825 M€¹⁶⁷, dont 100 M€ pour les établissements et services médico-sociaux rattachés aux hôpitaux publics.

1 - Une dépense croissante et inégalement répartie

Jusqu'en 2018, la dépense d'intérim paramédical dans les établissements de santé, plutôt stable, n'a pas constitué un sujet d'attention. Elle a ensuite fortement augmenté pour les hôpitaux publics, passant de 133 M€ à 472 M€ entre 2019 et 2023.

¹⁶⁷ La dépense la mieux connue est celle des hôpitaux publics car elle repose sur leurs données comptables. Les dépenses des autres secteurs sont estimées à partir de plusieurs sources.

Graphique n° 20 : évolution des dépenses d'intérêt paramédical dans les hôpitaux publics (en M€)



Source : direction générale des finances publiques (compte 62114 intérim paramédical)

Dans le secteur privé à but non lucratif, la dépense a été multipliée par trois entre 2017 et 2022, passant de 50 M€ à 163 M€.

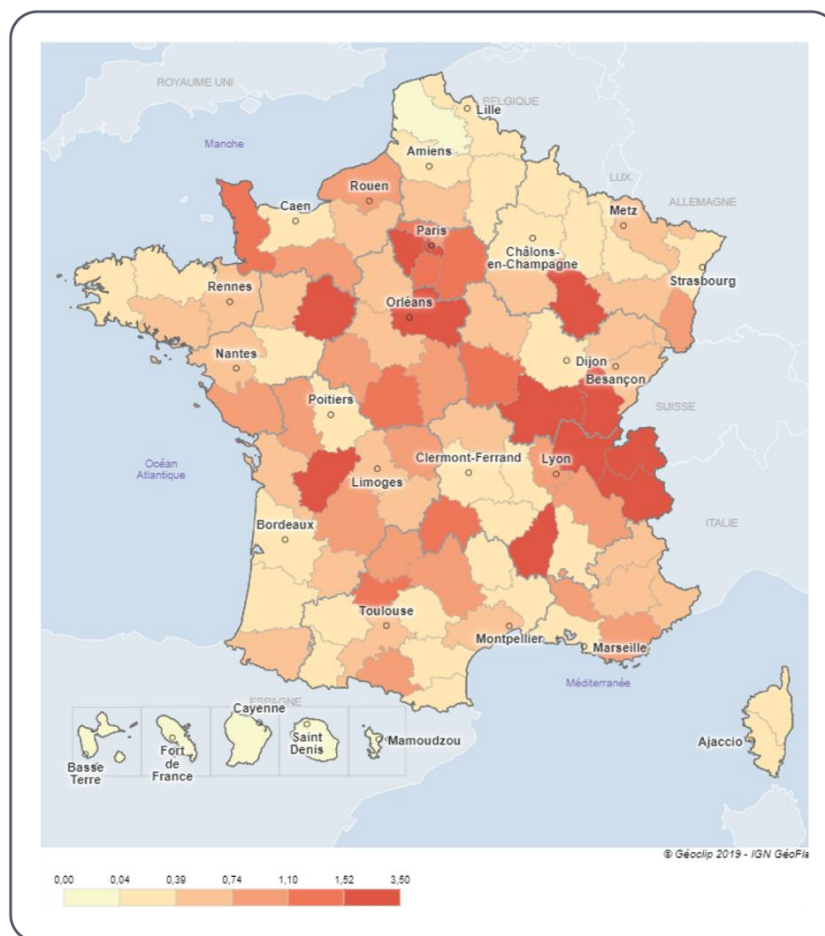
Enfin, dans le secteur privé à but lucratif, pour lequel aucune donnée consolidée n'est disponible, la dépense 2023, extrapolée sur la base des données des principaux groupes de cliniques, peut être estimée à près de 200 M€. Ces groupes font état d'une forte augmentation de cette dépense, qui a au moins triplé depuis 2019. Néanmoins, des établissements privés font état d'un ralentissement, voire d'une baisse de la dépense d'intérêt paramédical, en 2023.

L'augmentation de la dépense pour les hôpitaux publics est constatée dans l'ensemble des régions de métropole¹⁶⁸, avec toutefois des variations notables. En valeur absolue, elle est concentrée¹⁶⁹ mais cette particularité n'est toutefois pas représentative du poids réel de l'intérêt : de grands établissements peuvent avoir des dépenses d'intérêt importantes mais modérées lorsqu'on les rapporte à l'ensemble de leurs dépenses de personnel.

¹⁶⁸ La dépense est inexistante dans les outremer, hormis à la Réunion dans des proportions limitées (moins d'un million d'euros en 2023).

¹⁶⁹ Les vingt établissements ayant les dépenses les plus importantes regroupent un peu plus de la moitié de la dépense d'intérêt.

Carte n° 1 : dépenses d'intérim paramédical dans les hôpitaux publics rapportées au total des charges de personnel (hors médecins) en 2023 (en %)



Lecture : les départements en rouge foncé ont des ratios compris entre 1,52 % et 3,50 %.

Source : Cour des comptes, données Diamant, cartographie Geoclip

En Île-de-France, le taux élevé des dépenses s'explique par la concurrence dans le recrutement et par la cherté de la vie, avec une différence entre Paris et les autres départements de la région. En Auvergne-Rhône-Alpes et en Bourgogne-Franche-Comté, la proximité avec la Suisse, où les niveaux de rémunération sont plus élevés, explique l'importance des dépenses d'intérim paramédical. En Centre-Val de Loire, le niveau de dépenses tient à la proximité avec l'Île-de-France, à la variété des employeurs et à la difficulté à fidéliser les jeunes diplômés.

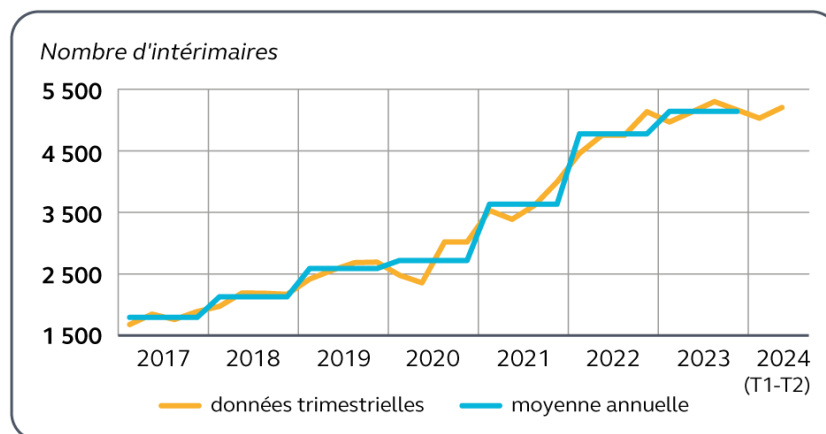
Les déterminants de la hausse des dépenses d'intérim sont identiques dans les cliniques privées des régions Île-de-France et Auvergne-Rhône-Alpes.

2 - Une évolution résultant d'un double effet volume et prix

La hausse des dépenses d'intérim paramédical est d'abord liée à l'augmentation de l'effectif employé. Selon une étude récente¹⁷⁰, le taux de recours à l'intérim paramédical¹⁷¹ demeure modéré dans les établissements de santé par rapport au secteur tertiaire¹⁷² mais a triplé entre mars 2017 et mars 2023, passant de 0,2 % à 0,6 %. Le recours à l'intérim est plus élevé dans le secteur privé que dans le public (1,1 % contre 0,4 % au 1^{er} trimestre 2023), tant pour les infirmiers (1,5 % contre 0,7 %) que pour les autres professions paramédicales (0,7 % contre 0,2 %).

L'effectif des intérimaires qui, en moyenne, sont présents durant l'année dans les établissements publics et privés, était de 5 100 en 2023, contre 4 800 en 2022 et 1 800 en 2017.

Graphique n° 21 : évolution du nombre d'intérimaires dans les établissements de santé entre 2017 et le 2^{ème} trimestre 2024



Source : Dares-Drees

¹⁷⁰ Dares-Drees, *À l'hôpital, un recours faible à l'intérim, mais en nette hausse depuis 6 ans*, septembre 2023.

¹⁷¹ Les taux de recours à l'intérim sont calculés en rapportant le nombre d'intérimaires paramédicaux présents à la fin de chaque trimestre au total de personnels paramédicaux des établissements de santé. Ce taux est mesuré chaque trimestre du 1^{er} trimestre 2017 au 1^{er} trimestre 2023.

¹⁷² Par comparaison, le taux de recours dans le secteur tertiaire s'élevait fin mars 2023 à 1,7 %.

Alors qu'il était en hausse constante, le nombre d'intérimaires s'est stabilisé au premier semestre de 2024 : il a moins progressé que les années précédentes dans le secteur public, et s'est replié dans le secteur privé.

Selon les données fournies par la direction de l'animation, de la recherche, des études et des statistiques (Dares), en 2023, 60 000 professionnels paramédicaux, dont 27 300 infirmiers et 26 800 aides-soignants, ont effectué au moins une des 830 000 missions d'intérim. D'une durée moyenne de 2,3 jours, ces missions correspondent à 1,9 million de journées d'intérim.

Les missions et journées d'intérim se concentrent sur une minorité d'intérimaires : en 2023, 60 % des infirmiers exerçant dans les hôpitaux publics ont réalisé moins de 19 jours d'intérim, et 10 % plus de 120. Selon les estimations de la Cour, 70 % des jours d'intérim ont été effectués par 20 % des intérimaires.

L'augmentation des dépenses d'intérim paramédical s'explique aussi par un accroissement du coût des prestations facturées par les entreprises de travail temporaire. Les intérimaires sont payés par ces entreprises, qui pourvoient les missions, et non par les établissements au sein desquels elles sont réalisées. Le prix facturé est en principe déterminé à partir d'un coût horaire brut fixé par les établissements, multiplié par un coefficient de gestion, propre à chaque entreprise de travail temporaire et ayant vocation à couvrir les frais induits par la mise à disposition du professionnel¹⁷³. Ce coefficient finance aussi la marge de l'entreprise. À ce montant s'ajoute la taxe sur la valeur ajoutée (20 %). Selon les estimations de la Cour, ces mécanismes majorent le coût du personnel intérimaire dans une fourchette comprise entre 50 % et 130 % par rapport au salaire de référence du personnel salarié.

Chaque entreprise de travail temporaire est libre de fixer le coefficient de gestion applicable. Celui-ci peut varier en fonction de la catégorie de professionnel concerné, de sa rareté sur le marché, et aussi de l'établissement demandeur¹⁷⁴.

En sus de l'impact des mécanismes de facturation des entreprises de travail temporaire, générateur de surcoût pour les établissements, des possibilités de majoration de la rémunération des intérimaires existent.

¹⁷³ Indemnité de fin de mission, indemnité de congé payé, cotisations et charges patronales, participations, etc.

¹⁷⁴ Par exemple, une société a pu fixer le coefficient multiplicateur pour une mission d'infirmier anesthésiste à 3,026 pour un établissement et à 1,925 pour un autre.

Des conditions de rémunération potentiellement plus avantageuses pour les intérimaires exerçant dans les hôpitaux publics

Dans les hôpitaux publics, hormis le versement des indemnités de fin de mission et de congé payé, il y a peu de possibilités pour majorer la rémunération du personnel intérimaire : les clauses contractuelles des marchés publics fixent des grilles indiciaires identiques à celles de la fonction publique hospitalière.

En pratique, cependant, divers moyens sont utilisés : des taux horaires bruts dérogatoires, métier en tension¹⁷⁵ ou sur site excentré ; une délégation systématique sur l'échelon le plus élevé sans tenir compte de l'ancienneté. Des rétrocessions d'une partie des marges de la société d'intérim seraient aussi versées aux intérimaires, en particulier lorsque le tarif du marché public est trop bas par rapport à la pratique d'autres employeurs¹⁷⁶.

Lorsque la prestation est demandée en dehors de tout marché public, la fixation du tarif dépend du profil du professionnel, de la rareté de sa spécialité, de l'urgence de la demande de mission. Rien n'interdit alors que la rémunération de l'intérimaire versée par l'agence d'intérim soit plus élevée que celle du titulaire.

L'aggravation de la pénurie de professionnels paramédicaux depuis 2020 a conduit à une augmentation des salaires versés afin d'encourager les recrutements. Cela a eu pour conséquence un accroissement des montants versés aux agences d'intérim. En dépit d'une amélioration du marché de l'emploi paramédical, les hausses de tarif ont continué d'être pratiquées par certaines d'entre elles.

La pénurie de professionnels a affecté la capacité des entreprises de travail temporaire titulaires des marchés publics à répondre à l'ensemble des missions. Certains hôpitaux publics, notamment en Île-de-France, ont fait appel à des prestations hors marché, c'est-à-dire en dehors du cadre contractuel, à des tarifs non encadrés. Dans un hôpital, ces missions étaient facturées jusqu'en 2024 à des niveaux deux à trois fois supérieurs aux prix de marché.

Par ailleurs, alors que le montant de la rémunération des intérimaires intervenant dans les hôpitaux publics doit être égal à celui que percevrait un agent non titulaire de même qualification occupant le même poste de

¹⁷⁵ Exemple : 30 € au lieu de 21,71 € pour un infirmier de bloc.

¹⁷⁶ Dans cette hypothèse, le différentiel de rémunération est supporté exclusivement par l'entreprise de travail temporaire.

travail¹⁷⁷, les taux horaire bruts déterminés dans de nombreux marchés publics intègrent des primes et indemnités réservées aux personnels permanents¹⁷⁸. Ces primes et indemnités constituent les contreparties de sujétions de service public qui ne concernent pourtant pas l'intérimaire, ce qui majore le coût de la prestation.

B - Une incidence importante sur l'organisation de certains établissements de santé

Les acteurs rencontrés dans les administrations et les hôpitaux ont relevé les risques de dégradation de l'organisation des ressources humaines dans les établissements ayant fortement recours à l'intérim.

1 - Un dérèglement de la gestion des ressources humaines

Pour le personnel permanent, le recours à l'intérim se traduit par une charge de travail accrue, liée à l'accueil, l'accompagnement et la formation des intérimaires. Lorsque les intérimaires n'interviennent pas fréquemment dans les mêmes établissements, ils ne sont pas familiers des pratiques professionnelles définies pour les protocoles de soins, les transmissions des consignes ou les modalités d'accès au système d'information¹⁷⁹. Leur degré d'implication professionnelle serait souvent moindre. Des tensions au sein des équipes seraient causées par leur capacité à s'affranchir des contraintes de planning (nuits, week-end, etc.).

Par ailleurs la multiplication des situations de cumul d'emplois par les professionnels paramédicaux peut conduire à ne pas respecter les règles relatives au temps de travail et à la déontologie des agents publics. Les premières s'appliquent à l'ensemble des établissements de santé ; les secondes aux seuls hôpitaux publics.

¹⁷⁷ Circulaire du 3 août 2010 précitée. Le code du travail pose le principe général que la rémunération du salarié intérimaire inclut les primes et accessoires de salaire que percevrait dans l'entreprise utilisatrice un salarié de qualification professionnelle équivalente occupant le même poste de travail.

¹⁷⁸ Prime de service, prime spécifique, prime spéciale d'installation, prime spéciale de début de carrière, etc.

¹⁷⁹ Une absence d'accès au système d'information limite la traçabilité de certaines informations. Un code d'accès générique peut présenter des problèmes de sécurité des données.

Le cumul d'emplois peut conduire au non-respect des règles relatives au temps de travail¹⁸⁰, d'autant que certains intérimaires peuvent exercer simultanément dans plusieurs entreprises de travail temporaire. Aucune donnée ne permet toutefois de mesurer l'ampleur du phénomène.

De nombreux hôpitaux ont mis en place une organisation du temps de travail en périodes de douze heures consécutives. Recherchée par les professionnels en raison des avantages procurés¹⁸¹, elle concentre l'activité sur un nombre de jours plus réduit et libère du temps hebdomadaire. Elle facilite aussi le cumul irrégulier d'activités, notamment sous forme d'intérim.

À la demande de la Cour des comptes, la Dares a réalisé une estimation du nombre de personnels paramédicaux de la fonction publique hospitalière ayant au moins un autre contrat qui chevauche leur contrat principal. Ces situations s'apparentent *a priori* à des cumuls d'activité. Or, selon le code de la fonction publique, les agents publics ne peuvent pas exercer, à titre professionnel, une activité privée lucrative de quelque nature que ce soit, sauf exceptions, lesquelles ne comprennent pas l'intérim. On dénombre ainsi 50 000 personnels paramédicaux publics qui ont eu au moins un autre contrat en 2023 en plus de leur emploi statutaire, pour un total de 176 000 contrats. Environ 60 % des autres contrats d'infirmiers et aides-soignants sont réalisés dans un autre hôpital public et 40 % dans un établissement privé, principalement lucratif. Ces contrats sont à l'origine de rémunérations complémentaires significatives, de près de 30 % pour les infirmiers et de plus de 40 % pour les aides-soignants et agents de services hospitaliers¹⁸².

Alors que le phénomène est connu, les employeurs publics se limitent souvent à la simple diffusion d'une information rappelant la réglementation applicable. Depuis 2023, ils ont pourtant la possibilité d'accéder au fichier national des déclarations préalables à l'embauche qui permet d'identifier ces situations¹⁸³. À ce jour, moins d'un tiers des 151 référents désignés au sein des hôpitaux publics a fait la démarche de consulter ce fichier.

¹⁸⁰ Durées maximales quotidienne et hebdomadaire de travail, temps de repos quotidien.

¹⁸¹ Meilleure prévisibilité des plannings, gains de journées non travaillées, économies sur les frais de transport et de garde d'enfants, etc.

¹⁸² La rémunération complémentaire est une moyenne qui occulte des disparités importantes selon les agents qui cumulent plusieurs activités.

¹⁸³ Décret n° 2023-936 du 10 octobre 2023 relatif à la consultation par les établissements publics de santé du fichier national de déclaration à l'embauche.

Ces situations de cumul constituent un facteur de risque pour la santé des professionnels mais aussi pour la qualité de prise en charge des patients. Elles devraient faire l'objet de contrôles systématiques.

La disponibilité des agents publics : une position statutaire parfois détournée

Des situations problématiques, dans lesquelles des agents de la fonction publique hospitalière en disponibilité¹⁸⁴ étaient embauchés en intérim par des hôpitaux publics, parfois leur propre employeur, ont été relevées.

Selon la direction générale de l'administration et de la fonction publique, une jurisprudence constante établit qu'un agent public ne peut être recruté pendant sa période de disponibilité par son propre employeur¹⁸⁵. Toutefois, aucune règle n'interdit à un agent public hospitalier placé en disponibilité de travailler en tant qu'intérimaire dans un établissement de santé autre que son établissement d'origine, sous réserve qu'il ait préalablement exercé pendant au moins deux ans dans un autre cadre que l'activité intérimaire.

L'agent en disponibilité souhaitant exercer une activité privée doit en principe saisir par écrit l'administration afin d'examiner si cette activité risque de compromettre ou de mettre en cause le fonctionnement normal du service ou de méconnaître un principe déontologique. Cette obligation de consultation n'est que peu respectée. Au-delà, le principe même de telles pratiques apparaît paradoxal sur le plan statutaire et participe de la dégradation de la qualité de service pour les raisons évoquées *supra*.

2 - Une incidence mal évaluée sur la qualité des prises en charge

La question d'un lien entre le recours à l'intérim et la qualité des soins n'a pas suscité de réponses unanimes des établissements interrogés, en raison des difficultés rencontrées pour le mesurer. La plupart d'entre eux ont néanmoins souligné des risques d'erreurs ou d'incidents accrus pour les services ayant fortement recours à des personnels intérimaires.

¹⁸⁴ La disponibilité est la position statutaire dans laquelle un fonctionnaire titulaire est placé, à sa demande, hors de son administration. Le fonctionnaire ne perçoit aucune rémunération de son établissement d'origine durant sa disponibilité puisqu'il n'accomplit aucun service.

¹⁸⁵ Un agent titulaire ne peut légalement, tant qu'il n'a pas perdu sa qualité de fonctionnaire, être recruté comme contractuel par son administration ou l'administration dont il relève.

Plusieurs études¹⁸⁶ ont montré que les effets potentiels de l'intérim sur la qualité des soins seraient davantage liés à l'ampleur du recours à des personnels remplaçants peu au fait des organisations et des pratiques de l'établissement qu'à l'intérim en tant que tel. L'intervention dans certains établissements d'intérimaires dits fidélisés limiterait certains de ces risques.

Par ailleurs, le recours aux intérimaires permet parfois de maintenir des lits ouverts, voire d'en ouvrir, soutenant ainsi l'offre de soins.

La Haute Autorité de santé élabore, depuis 2017, un bilan annuel des déclarations relatives aux événements indésirables graves associés aux soins. Ces bilans indiquent que, parmi nombre d'autres facteurs, ceux qui sont liés à l'organisation des équipes peuvent constituer une cause de ces événements en raison, notamment, de la présence de personnes remplaçantes en leur sein.

Sur un total de 13 000 événements déclarés entre mars 2017 et juin 2024, un peu plus de 500 ont concerné le personnel non permanent¹⁸⁷. Dans le cadre de la certification des établissements de santé, la Haute Autorité de santé examinera plus spécifiquement, à compter de septembre 2025, les modalités de recours à l'intérim paramédical et la mobilisation des emplois temporaires. Le référentiel de certification devrait intégrer deux éléments d'évaluation relatifs au suivi du taux d'emplois temporaires, à l'encadrement et à l'intégration des nouveaux arrivants, dont les intérimaires¹⁸⁸.

III - Une nécessaire maîtrise du recours à l'intérim paramédical

Compte tenu de son coût croissant et de ses conséquences potentielles sur l'organisation des établissements, le recours à l'intérim paramédical doit, au même titre que les autres moyens de remplacement, rester maîtrisé. Outre la régulation du marché de l'intérim, différents leviers peuvent être mobilisés pour en traiter les causes structurelles.

¹⁸⁶ Dall'Ora C et al., *Temporary Staffing and Patient Death in Acute Care Hospitals: A Retrospective Longitudinal Study*, mars 2020 et Senek M et al., *The association between care left undone and temporary Nursing staff ratios in acute settings : a cross-sectional survey of registered nurse*, juillet 2020.

¹⁸⁷ Intérimaires, mais aussi vacataires et membres du service de suppléance interne.

¹⁸⁸ Au sein du critère de certification 32-03 intitulé « *L'établissement pilote l'adéquation entre les ressources humaines disponibles et la qualité et la sécurité des prises en charge* ».

A - Mieux réguler le marché de l'intérim paramédical

La régulation de l'intérim paramédical revêt deux formes principales : l'interdiction de l'exercice intérimaire en début de carrière et le plafonnement des rémunérations des personnels paramédicaux en intérim.

1 - Une interdiction récente de l'exercice en intérim en début de carrière à préciser

L'article 29 de la loi du 27 décembre 2023 visant à améliorer l'accès aux soins par l'engagement territorial des professionnels, dite « loi Valletoux », interdit aux établissements de santé¹⁸⁹ publics et privés de recourir à des professionnels de santé intérimaires ne disposant pas d'une durée minimale d'exercice préalable dans un cadre autre que celui de l'intérim.

À la suite de concertations menées avec les partenaires sociaux favorables à une durée la plus courte possible, un décret du 24 juin 2024 a limité à deux ans cette période d'exclusion¹⁹⁰. Selon le ministère, elle a été fixée en cohérence avec la durée minimale d'exercice requise pour l'installation en libéral des infirmiers, qui ne concerne toutefois qu'une partie du personnel paramédical.

L'encadrement des conditions d'exercice en libéral

Afin de garantir la qualité et la continuité des soins, des conditions particulières ont été fixées concernant l'exercice libéral de certaines professions paramédicales.

Depuis novembre 2011, une durée minimale d'expérience professionnelle de 24 mois en établissement (correspondant à 3 200 heures de temps de travail effectif) au cours des six dernières années est requise pour l'installation des infirmiers en libéral. Des dispenses exceptionnelles sont prévues pour les situations de carence démographique ne permettant pas un égal accès de la population aux soins infirmiers.

Depuis août 2023, une expérience professionnelle préalable de deux ans en établissement (correspondant à 2 240 heures en temps de travail effectif, soit 70 % d'un équivalent temps plein) est aussi requise pour l'installation en libéral des masseurs-kinésithérapeutes.

¹⁸⁹ Le dispositif est également applicable aux laboratoires de biologie médicale ainsi qu'aux établissements ou services médico-sociaux.

¹⁹⁰ Ne sont prises en compte que les périodes au cours desquelles le professionnel a exercé le même métier et, le cas échéant, la même spécialité que celle pour laquelle il est mis à disposition.

Contrairement à ce qui était envisagé initialement, le dispositif instauré par la loi du 29 décembre 2023 ne limite pas l'exercice en intérim aux seuls professionnels en début de carrière. Il s'applique à tous les professionnels qui exerçaient en intérim antérieurement, quelle que soit la date d'obtention de leur diplôme.

La loi Valletoux instaure par ailleurs de nouvelles obligations pour les entreprises de travail temporaire. Elles doivent se faire communiquer par le professionnel les pièces justifiant de la durée et de la nature des fonctions antérieurement exercées, attester auprès des établissements de santé du respect de la condition d'expérience préalable de deux ans dans un établissement, conserver les preuves des vérifications et les transmettre, le cas échéant, aux établissements ou à l'agence régionale de santé. Faute de décret d'application, ces mesures ne sont toujours pas entrées en vigueur¹⁹¹.

La loi prévoit également un dispositif de sanctions financières dont le régime n'a pas été précisé par le décret du 24 juin 2024. Son application devrait incomber aux agences régionales de santé pour les établissements de santé¹⁹². Les moyens alloués aux missions d'inspection-contrôle hors secteur médico-social devront néanmoins être renforcés afin de garantir sa mise en œuvre effective¹⁹³. Des sanctions pénales relevant du code du travail sont également envisagées pour les entreprises de travail temporaire.

Les principaux acteurs hospitaliers ont accueilli favorablement ce nouveau dispositif, attendu depuis longtemps. Les premiers retours sont néanmoins mitigés.

Le calendrier de publication des textes retenu a pu poser des difficultés, la période estivale se caractérisant généralement par des difficultés de recrutement accrues, auxquelles se sont conjonctuellement ajoutées les conséquences des Jeux olympiques sur les services hospitaliers franciliens. Nombre d'établissements espéraient également une durée minimale d'exercice préalable plus importante.

¹⁹¹ Un arrêté du 28 juin 2024 prévoit un dispositif transitoire reposant sur des attestations sur l'honneur pour les contrats de mise à disposition conclus entre le 1er juillet et le 31 décembre 2024.

¹⁹² Les directeurs généraux des ARS pourraient prononcer une sanction financière ne pouvant être supérieure à 5 % du chiffre d'affaires réalisé lors du dernier exercice clos ou des recettes.

¹⁹³ Cour des comptes, *Les missions d'inspection-contrôle des agences régionales de santé, une action à réaffirmer, une approche à rénover*, observations définitives, avril 2025. Le rapport souligne les limites concernant la capacité des agences régionales de santé à exercer des inspections-contrôles.

Les entreprises de travail temporaire ont souligné leurs difficultés pour retracer l'activité des salariés ayant exercé antérieurement dans plusieurs établissements. La transmission par les professionnels recrutés d'un relevé de carrière pourrait permettre d'y remédier, sous réserve du respect des règles applicables en matière de traitement des données à caractère personnel.

Par ailleurs, une augmentation du nombre de demandes de contrats de vacataires est constatée depuis le 1^{er} juillet 2024 dans la fonction publique hospitalière, ainsi que des stratégies de contournement de la part des entreprises de travail temporaire consistant à proposer ce type de contrat pour des professionnels ne remplissant pas les nouvelles conditions d'ancienneté¹⁹⁴. Le ministère chargé de la santé soutient que ces situations restent marginales mais ne fournit pas d'élément chiffré pour étayer cette affirmation. Il n'est en effet pas possible de suivre comptablement l'évolution des dépenses afférentes aux contrats de vacataires.

Une modification du décret du 24 juin 2024 est envisagée afin d'inclure dans le champ de l'interdiction d'exercice préalable les contrats à durée indéterminée des agences d'intérim avec des personnels intérimaires, ces contrats constituant une autre possibilité de contournement. Cette modification devra être complétée par une clarification des dispositions de la loi Valletoux afin de sécuriser l'ensemble du dispositif.

2 - Une volonté d'encadrement des rémunérations des intérimaires difficile à mettre en œuvre

L'article 70 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2025 a étendu aux personnels paramédicaux la mesure de plafonnement des rémunérations applicable aux personnels médicaux intérimaires¹⁹⁵ ou ayant conclu un contrat de gré à gré¹⁹⁶ avec des hôpitaux publics. Le dispositif préalablement appliqué aux médecins prévoyait un plafonnement du montant journalier des dépenses susceptibles d'être engagées par médecin. Le Conseil d'État a estimé que ce plafonnement devait inclure le coût de la prestation des entreprises de travail temporaire¹⁹⁷. Comme pour les médecins, le plafonnement des rémunérations des intérimaires paramédicaux devra donc inclure, à l'avenir, les coefficients de gestion.

¹⁹⁴ Les agences d'intérim sont autorisées à fournir des services de placement en application de l'article L. 5321-1 du code du travail.

¹⁹⁵ Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

¹⁹⁶ Loi n° 2021-502 du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification, dite loi « Rist I ».

¹⁹⁷ Conseil d'État, 28 novembre 2024, req. n° 495033.

Afin d'objectiver les situations, la direction générale de l'offre de soins (DGOS) doit réaliser en 2025 une enquête auprès des établissements de santé. La détermination du juste niveau de plafonnement à retenir par grade apparaît cruciale eu égard au risque d'alignement sur les rémunérations les plus élevées.

L'application du dispositif aux seuls hôpitaux publics, contrairement à l'interdiction d'exercice en intérim en début de carrière, pourrait à terme conduire à un report des professionnels paramédicaux intérimaires vers le secteur privé malgré les engagements pris par les fédérations représentant les cliniques dans certaines régions.

Le dispositif de plafonnement risque aussi de conduire à un recours accru aux contrats de vacataires dans les hôpitaux publics, en dépit de l'absence de fondement juridique de ces contrats. Un phénomène semblable a d'ailleurs été dénoncé par la Cour des comptes pour certains médecins contractuels, non concernés par le plafonnement¹⁹⁸.

Le ministère prévoit, par ailleurs, d'étendre aux intérimaires paramédicaux le dispositif de contrôle du respect des plafonds de rémunérations des intérimaires et vacataires médicaux mis en œuvre pour les hôpitaux publics depuis avril 2023.

En pratique, les comptables publics devraient rejeter¹⁹⁹ les paiements de rémunérations irrégulières. Les chefs d'établissement concernés seraient informés de ces rejets aux fins de régularisation, ainsi que les directeurs généraux d'ARS aux fins de déferé des actes irréguliers aux tribunaux administratifs.

Selon la direction générale des finances publiques, compte tenu du nombre annuel des missions d'intérim paramédical, ces contrôles dérogatoires ne pourront pas être exhaustifs, contrairement au dispositif prévu pour les médecins²⁰⁰. Afin de rendre les contrôles plus efficaces, les ARS pourraient être sollicitées lorsqu'un recours excessif à l'intérim a été identifié, en complément des vérifications faites par les comptables.

¹⁹⁸ Cour des comptes, *Intérim médical et permanence des soins*, juillet 2024. Le décret n° 2024-1133 du 4 décembre 2024 a durci les conditions de recours à ce type de contrats.

¹⁹⁹ Contrairement à la procédure prévue par l'article 38 du décret n° 2012-1246 du 7 novembre 2012, les ordonnateurs ne pourront pas requérir les comptables pour qu'ils procèdent au paiement.

²⁰⁰ Selon l'instruction interministérielle du 17 mars 2023 relative au contrôle des dépenses d'intérim médical dans les hôpitaux publics, le contrôle opéré par le comptable public doit en principe être exhaustif.

B - Mobiliser d'autres leviers pour traiter les causes structurelles du recours croissant à l'intérim

Au-delà de la régulation, il apparaît urgent de traiter les causes structurelles du recours à l'intérim paramédical. Pour ce faire, deux leviers principaux peuvent être mobilisés : celui de la formation et celui de l'attractivité des métiers.

1 - Former davantage de professionnels paramédicaux

Le relèvement des quotas pour l'accès à certaines formations paramédicales²⁰¹ a permis une augmentation importante du nombre d'inscrits en première année. En revanche, ses effets sur le nombre de diplômés sont variables d'une formation à l'autre. En particulier, le solde entre le quota d'étudiants admis en première année et le nombre de diplômés trois ans plus tard est négatif pour les infirmiers, qui représentent la principale profession concernée par l'intérim paramédical.

Selon la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques du ministère de la santé (Drees)²⁰², le taux d'interruption en cours de formation d'infirmier s'est fortement accru sur les dernières années pour atteindre plus de 20 % en 2023. Cette situation s'explique par une progression du nombre d'étudiants quittant la formation dès la première année, venant s'ajouter aux importants taux d'échec en troisième année²⁰³. Les difficultés rencontrées lors des stages cliniques²⁰⁴ constituent le motif principal d'abandon des étudiants infirmiers²⁰⁵. Des tendances proches sont observées concernant les formations aux métiers de technicien de laboratoire et de manipulateur en électroradiologie médicale.

²⁰¹ Un nombre maximum d'étudiants à admettre en 1^{ère} année d'études est fixé chaque année, pour chacune des régions, par arrêté ministériel pour les diplômes d'État d'infirmier, masseur-kinésithérapeute, psychomotricien, orthophoniste, orthoptiste et audioprothésiste.

²⁰² Drees, *Le nombre d'infirmières augmenterait fortement d'ici à 2050*, décembre 2024.

²⁰³ Inspection générale des affaires sociales, *Évolution de la profession et de la formation infirmières*, octobre 2022.

²⁰⁴ Accompagnement insuffisant, attribution de tâches présentant un intérêt limité, exclusion du collectif, etc.

²⁰⁵ Enquête nationale sur les conditions de formation des étudiants infirmiers réalisée en 2024 par l'association Soins aux professionnels de santé.

Le maintien des étudiants en formation et l'amélioration des taux de réussite sont des enjeux majeurs pour les années à venir. S'agissant des infirmiers²⁰⁶, l'amélioration des conditions d'accueil et l'encadrement des stagiaires sont des chantiers prioritaires dans la perspective d'une future insertion professionnelle. Un plan d'action visant à « *refonder le métier d'infirmier* », impliquant une importante actualisation du référentiel de formation de 2009²⁰⁷, a été annoncé par le ministre de la santé en mai 2023. À ce jour, il n'a pas été mis en œuvre.

Des actions renforcées de communication et d'information axées sur la réalité de l'exercice pratique, auprès des lycéens et des personnes en reconversion professionnelle, permettraient aussi de réduire les abandons et de mieux faire connaître certains métiers paramédicaux souffrant d'un déficit de notoriété.

2 - Réguler la concurrence entre établissements pour attirer les nouveaux diplômés

La pénurie de personnel soignant a conduit des établissements de santé à mettre en œuvre des stratégies visant à attirer les professionnels paramédicaux avant la fin de leur formation (journée portes ouvertes, communication sur les réseaux sociaux, interventions dans les instituts de formation et les salons de l'emploi, « *job dating* », etc.). Ces méthodes exacerbent la concurrence dans les territoires qui subissent des difficultés de recrutement structurelles comme l'Île-de-France ou la Haute-Savoie.

Le même constat peut être fait s'agissant des contrats d'allocation d'études, qui permettent aux établissements de santé (publics comme privés) de proposer aux étudiants des formations préparant aux métiers en tension une allocation complémentaire en contrepartie d'un engagement à exercer chez eux pendant une période donnée.

Ces contrats se développent : 6 615 contrats d'allocation d'études ont été conclus en 2023 dont moins de 30 % (1 963) avec le concours financier d'une ARS. Non encadrés juridiquement, ils suscitent une importante concurrence entre établissements.

²⁰⁶ Selon la Drees, malgré l'augmentation récente des quotas (+ 7 246 entre 2021 et 2024), le nombre de diplômés infirmiers pourrait ne pas dépasser 26 000 en cas de nouvelle détérioration du taux d'interruption de scolarité, alors que les besoins seraient d'environ 43 200 infirmiers par an.

²⁰⁷ Ce référentiel a été élaboré en 2009 dans le cadre de l'intégration universitaire des instituts de formation en soins infirmiers conformément au processus de Bologne instaurant le système LMD (licence-master-doctorat).

En Île-de-France, le cahier des charges 2024 prévoit une allocation maximale de 9 000 €, soit 750 € mensuels, en contrepartie d'un engagement de servir de 18 mois. Or, plusieurs établissements proposent des montants majorés pour certains grades ou services d'affectation. Des établissements ont indiqué être confrontés à des rachats de contrats d'allocation d'études par des concurrents alors que les appels à candidature rappellent sans ambiguïté l'interdiction de cette pratique. Un encadrement des conditions de recours à ces contrats est indispensable.

3 - Développer l'attractivité des établissements de santé

a) La revalorisation des rémunérations : un levier à utiliser avec précaution

À la suite de la signature d'un protocole d'accord relatif aux personnels non médicaux en juillet 2020 dans le cadre du Ségur de la santé²⁰⁸, diverses mesures de soutien financier ont été mises en œuvre, permettant de revaloriser les rémunérations de l'ensemble des professionnels paramédicaux des établissements de santé.

Les grilles de rémunération ont été revues à la hausse. Diverses primes et indemnités (prime d'engagement collectif, prime d'attractivité territoriale, prime d'exercice en soins critiques, indemnité horaire pour travail de nuit, etc.) ont également été instituées.

Par ailleurs, un dispositif de surmajoration des heures supplémentaires a été instauré à compter du 1^{er} décembre 2021²⁰⁹, permettant à certains professionnels paramédicaux de bénéficier d'un supplément de rémunération stable. Au-delà de son coût²¹⁰ et des incertitudes concernant ses fondements juridiques²¹¹, ce dispositif comporte d'importants effets pervers, tels que des risques accrus d'accidents pour les bénéficiaires ou une surcharge de travail administratif pour les cadres et les équipes de direction.

²⁰⁸ Le protocole s'intitule : « *Rendre attractive la fonction publique hospitalière : Revaloriser les carrières et les rémunérations et sécuriser les environnements de travail* ».

²⁰⁹ Le dispositif est conditionné par la conclusion d'un contrat avec le professionnel bénéficiant d'un forfait d'heures supplémentaires compris, en principe, entre 10 et 20 heures par mois sur une période maximale de 12 mois.

²¹⁰ 125 M€ en 2022 pour 73 600 agents.

²¹¹ Expérimenté pour une durée initiale de trois ans, le dispositif n'a pas fait l'objet d'un texte de prolongation. Les établissements continuent donc à verser les éléments de rémunérations associés depuis le 1^{er} janvier 2025 en dehors de tout cadre réglementaire.

Ces mesures représentent une charge supplémentaire et croissante pour les finances publiques du fait de l'élargissement de leur champ d'application. Pour le seul secteur hospitalier, la mise en œuvre du protocole d'accord a coûté 19,9 Md€ sur la période 2020-2023 dont 6,41 Md€ en 2023.

Malgré l'importance des montants alloués, les effets concrets de ces mesures sur l'attractivité des professions paramédicales à l'hôpital restent à démontrer, d'autant plus que les intérimaires bénéficient également d'une partie de ces revalorisations (cf. *supra*).

b) Offrir des avantages sociaux et améliorer les parcours professionnels

Les avantages sociaux²¹² apparaissent comme des leviers importants d'attractivité. C'est le cas également des logements à loyer modéré, notamment pour les établissements situés dans les grandes agglomérations où le prix du marché locatif est souvent élevé. En Île-de-France, plusieurs consultations ont été lancées avec l'appui de l'agence régionale de santé auprès des opérateurs franciliens afin de proposer des logements aux professionnels exerçant des métiers en tension à proximité de leur lieu de travail.

La promotion professionnelle tout au long de la carrière constitue aussi un levier essentiel. Plusieurs mesures ont été engagées afin de faciliter la montée en compétences des professionnels paramédicaux²¹³. Néanmoins, comme l'a souligné récemment la Cour²¹⁴, elles demeurent pour l'instant d'une portée réduite compte tenu notamment d'un nombre de places limité et de difficultés d'accès aux formations. De même, malgré une progression constante du nombre de diplômés depuis 2019, l'exercice infirmier en pratique avancée²¹⁵ reste pour l'instant en deçà des objectifs fixés par le Ségur de la santé²¹⁶.

²¹² Remboursement des frais de transport, accès réservé à des places de parking, en particulier pour les personnels de nuit, offre de restauration collective à des tarifs préférentiels, places en crèche avec des amplitudes horaires élargies, réductions sur le prix des activités culturelles, etc.

²¹³ Accès direct en deuxième année de formation infirmière pour les aides-soignants, passerelle vers la deuxième ou troisième année des études de médecine pour les professionnels paramédicaux, etc.

²¹⁴ Cour des comptes, *L'accès aux études de santé*, communication à la commission des affaires sociales du Sénat, décembre 2024.

²¹⁵ Reconnue en France pour les infirmiers par la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, la pratique avancée permet à des professionnels paramédicaux d'exercer des missions et des compétences plus poussées, jusque-là dévolues aux seuls médecins (suivi de patients, prescriptions d'examens complémentaires, demande d'actes de suivi et de prévention, renouvellement ou adaptation de certaines prescriptions médicales, etc.).

²¹⁶ 3 080 infirmiers en pratique avancée formés fin 2024 contre un objectif de 5 000.

Enfin, s'agissant des agents hospitaliers publics, le montant des cotisations versées à l'association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier concernant les études promotionnelles²¹⁷ pourrait être revu pour permettre à davantage d'agents reçus à des formations qualifiantes de les suivre.

c) Améliorer les conditions de travail des professionnels paramédicaux

L'amélioration de la qualité de vie et des conditions de travail constitue également un facteur essentiel d'attractivité.

Le protocole d'accord du 13 juillet 2020 prévoit plusieurs mesures en ce sens dont, notamment, la systématisation des réunions d'échanges professionnels, la formation au management de tous les responsables d'équipe, ou encore les transmissions entre équipes d'informations nécessaires à la continuité des soins sur le temps de travail. Il incite également à la mise en place de projets permettant une construction des plannings en pleine autonomie par les professionnels. L'expérimentation de schémas horaires atypiques tels que la semaine de quatre jours et de plannings à la carte pour certaines équipes de suppléance rencontrent à cet égard un important succès auprès des professionnels bénéficiaires.

L'optimisation de la charge de travail constitue un autre facteur majeur d'attractivité pour les personnels paramédicaux. Le principe de la fixation d'un nombre minimum de soignants par patient hospitalisé tenant compte de la charge des soins associée a été entériné par la loi du 29 janvier 2025. Il reviendra à la Haute Autorité de santé de définir les normes correspondantes d'ici le 1^{er} janvier 2027, date d'entrée en vigueur du dispositif. De ces ratios dépendra l'impact de cette mesure sur les finances publiques²¹⁸.

²¹⁷ Les études promotionnelles consistent à financer les frais de scolarité et le maintien du traitement d'un agent en vue de l'obtention d'un diplôme.

²¹⁸ La proposition de loi initiale n'était accompagnée d'aucune étude d'impact.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Bien que demeurant limité, le recours à l'intérim paramédical a fortement augmenté au cours des dernières années. Il convient d'en contenir les dérives et d'éviter son extension dans les établissements de santé.

S'il permet de garantir la continuité des soins dans les établissements de santé, l'intérim paramédical présente également d'importants inconvénients : coût croissant pour les établissements, iniquité de rémunérations et de plannings au sein des équipes, risque de cumuls irréguliers d'activité, possible moindre qualité des prises en charge, etc.

Au-delà des mesures indispensables pour accroître l'attractivité des métiers paramédicaux, l'intérim doit être mieux encadré par l'État et davantage contrôlé par les établissements de santé.

La Cour adresse, en conséquence, au ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles, les cinq recommandations suivantes :

- 8. rendre obligatoires les contrôles des situations de cumuls d'emplois dans la fonction publique hospitalière en s'appuyant sur le fichier des déclarations préalables à l'embauche ;*
 - 9. clarifier sans délai le régime juridique du recours aux contrats de vacataires dans la fonction publique hospitalière ;*
 - 10. prévoir un plafonnement global des rémunérations des intérimaires paramédicaux incluant les coefficients de gestion ;*
 - 11. encadrer le recours aux contrats d'allocation d'études en interdisant expressément la pratique des rachats entre établissements et en plafonnant le montant des indemnités versées et la durée d'engagement prévus dans ce cadre ;*
 - 12. interdire l'exercice professionnel en établissement sous le statut de micro-entrepreneur au personnel paramédical.*
-

Chapitre V

Le personnel non soignant

à l'hôpital public :

repenser les fonctions support

PRÉSENTATION

La question de l'importance du personnel non soignant dans les hôpitaux publics est un thème d'enquête proposé sur la plateforme citoyenne de la Cour des comptes²¹⁹. Ceci est la preuve qu'elle correspond à une interrogation forte de nos concitoyens.

Selon certains, une proportion trop élevée, comparativement aux cliniques privées ou aux établissements hospitaliers d'autres pays, serait la manifestation d'une moindre efficacité de l'hôpital public français. Un amendement au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2025 prévoyait ainsi que « la proportion des effectifs non soignants par rapport à l'effectif total des établissements de santé ne [puisse] excéder 25 % [du personnel hospitalier] »²²⁰ alors qu'elle atteint 29,4 % en 2023.

Il n'existe pas de définition normée du personnel non soignant. La Cour a fait le choix de prendre en compte les trois catégories suivantes : le personnel administratif, dans lequel figurent les agents des secrétariats médicaux chargés de l'accueil du patient, le personnel logistique, dont les agents des services hospitaliers qualifiés qui assurent le bionettoyage ou la distribution de repas dans les services de soins, et le personnel technique (électricité, plomberie, sécurité informatique, etc.). La Cour n'a pas retenu dans sa définition le personnel médico-technique²²¹, les éducateurs et les assistantes sociales, compte tenu de leur proximité avec l'activité de soins.

L'examen des activités du personnel non soignant confirme qu'il est indispensable au bon fonctionnement de l'hôpital public et les difficultés de comparaison de son importance avec le secteur privé ou avec l'étranger (I). Pour autant, des marges d'efficience doivent être recherchées dans les fonctions support auxquelles contribue le personnel non soignant (II).

²¹⁹ Cette plateforme, ouverte chaque année au mois de septembre, permet à toute personne de proposer des thèmes de contrôle et d'enquête à inscrire au programme des juridictions financières.

²²⁰ Amendement n° 2298 de M. Philippe Vigier, adopté lors de la première lecture du projet de loi à l'Assemblée nationale, abandonné du fait de la censure du Gouvernement sur ce texte. L'amendement renvoyait à un décret en Conseil d'État la fixation de la liste des professions considérées comme soignantes et non soignantes.

²²¹ Personnel concourant à la réalisation des soins pour le dépistage, le diagnostic et la thérapeutique (techniciens de laboratoire, manipulateurs d'électroradiologie, personnel de pharmacie, etc.).

Chiffres-clés

En 2023²²², le personnel dans les hôpitaux publics se décomposait en :

- 14 % de personnel soignant médical (médecins, internes, sages-femmes) ;
- 57 % de personnel soignant non médical (infirmiers, aides-soignants) ;
- 29 % de personnel non soignant.

En 2021, la masse salariale du personnel non soignant représentait 23 % de la masse salariale nette totale, soit environ 7 Md€.

En 2023, le montant de la sous-traitance des fonctions support dans les hôpitaux publics était de 4,7 Md€²²³, hors activités médico-techniques.

I - Le personnel non soignant, indispensable au bon fonctionnement des hôpitaux

Le personnel chargé des fonctions support au sein des hôpitaux publics est souvent mal appréhendé, faute de statistiques fiables et de comparabilité des organisations. Cela s'explique aussi par l'imbrication des fonctions soignantes et non soignantes, qui constitue une caractéristique du fonctionnement des hôpitaux, et impose une étroite coordination entre les services.

A - Des fonctions diverses, des comparaisons à manier avec prudence

Les fonctions support sont indispensables au fonctionnement de l'hôpital public. Il est difficile d'en comparer le poids par rapport au secteur privé ou à d'autres pays.

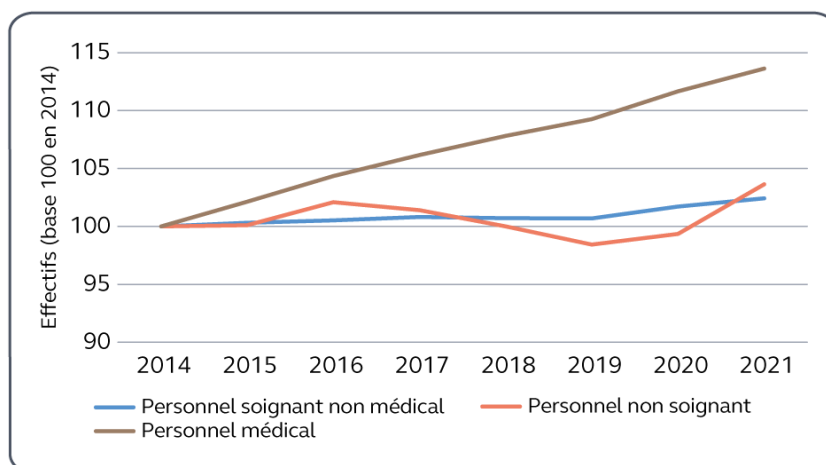
²²² Données issues de la statistique annuelle des établissements de santé, gérée par la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees).

²²³ Extraction des comptes financiers 2023, agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH).

1 - Des fonctions diverses, une évolution de l'effectif contenue

Les fonctions non soignantes recouvrent des métiers et des secteurs d'activité très différents. Le personnel logistique est chargé des prestations hôtelières (bionettoyage²²⁴, restauration, blanchisserie) et des approvisionnements pour la prise en charge des patients²²⁵. Le personnel administratif comprend les agents réalisant des missions concourant directement au parcours du patient (accueil, admission, secrétariat médical) et des agents nécessaires à la gestion de l'hôpital (gestion de la paie, comptabilité, etc.). Le personnel technique et ouvrier assure l'entretien et la maintenance des locaux, garantissant leur continuité d'activité la journée comme la nuit, tous les jours de la semaine, y compris les *week-ends*.

Graphique n° 22 : évolution du personnel non soignant, soignant non médical et médical en équivalents temps plein (ETP) dans les hôpitaux publics depuis 2014²²⁶ (indice 100 en 2014)



Source : Cour des comptes d'après les données issues du système d'information sur les agents des services publics (SIASP)

²²⁴ Le bionettoyage désigne l'ensemble des opérations réalisées afin d'assainir un environnement et d'éviter le risque d'infection ou de contamination.

²²⁵ Les agents des services hospitaliers qualifiés fournissent les repas aux patients mais si une assistance à la prise de repas est nécessaire, elle est assurée par un aide-soignant.

²²⁶ Ce graphique a été établi à partir des données sociales issues de la base SIASP, disponibles jusqu'en 2021, plutôt qu'à partir des données de la SAE qui présentaient un biais. En effet, les observations de terrain réalisées dans le cadre de cette enquête ont montré que, dès lors qu'elles ont servi de référence pour l'octroi d'un complément de financement en 2020, les données ont été renseignées de manière plus exhaustive par les établissements dans la SAE, ce qui fausse l'évolution entre les deux périodes 2011-2019 et 2020-2023.

Entre 2014 et 2019, l'effectif du personnel non soignant a peu évolué sous l'effet des mesures de maîtrise des dépenses. À partir de 2020, la gestion de l'épidémie de covid 19 a nécessité des renforts pour la mise en place de flux logistiques puis pour décharger le personnel soignant d'activités annexes aux soins (approvisionnements, transports, etc.), dans un contexte de difficultés accrues de recrutement, notamment pour le personnel infirmier.

Entre 2014 et 2021, la part du personnel non soignant dans la masse salariale nette du personnel hospitalier est restée stable, à 23 %. Le montant des dépenses correspondantes est passé de 6,2 Md€ en 2014 à 7,3 Md€ en 2021. Les données d'effectif 2023 pour les hôpitaux publics sont récapitulées dans le tableau ci-dessous.

**Tableau n° 22 : effectif en équivalent temps plein
dans les hôpitaux publics en 2023**

<i>Catégorie de personnel</i>	ETP	Part dans les effectifs totaux
<i>Personnel administratif (dont direction)</i>	71 425	8 %
<i>Secrétaires médicales</i>	29 486	3 %
<i>Agents des services hospitaliers qualifiés (ASHQ)</i>	62 167	7 %
<i>Personnel logistique (hors ASHQ), technique et ouvrier</i>	102 051	11 %
Total personnel non soignant	265 129	29 %
Total personnel soignant	645 418	71 %
dont personnel médical	126 118	14 %

Note : Effectif moyen annuel rémunéré

Source : Cour des comptes à partir des données de la SAE 2023

La proportion de personnel non soignant dans les hôpitaux publics varie entre 26 et 32 % selon la région²²⁷. La taille de l'établissement n'est pas un facteur explicatif de ces variations, qui tiennent à des choix d'organisation, entre régie ou externalisation.

²²⁷ À l'exception de La Réunion qui présente une proportion de personnel non soignant particulièrement basse (23 %) et de Mayotte qui présente une proportion particulièrement élevée (39 %).

2 - Des statistiques à interpréter avec prudence

Les données disponibles sont difficiles à comparer entre secteurs public et privé et entre pays, faute de connaître les modalités de construction des bases dont elles sont issues et de disposer d'une analyse des organisations existantes.

a) Des comparaisons faussées avec les établissements de santé privés

Les données de la statistique annuelle des établissements de santé (SAE) ne sont pas établies sur les mêmes bases pour les cliniques privées à but lucratif et pour les hôpitaux publics. Dans les cliniques privées, 86 %²²⁸ des médecins exercent à titre libéral. N'étant pas salariés des établissements qui les emploient, ils ne sont pas décomptés en équivalents temps plein dans la SAE. Il en va de même du personnel des secrétariats médicaux, majoritairement salarié des médecins libéraux et non de leur établissement d'exercice²²⁹.

Par ailleurs, l'effectif des sièges ou des groupements d'intérêt économique (GIE)²³⁰ des groupes d'hospitalisation privés, qui n'a pas d'activité hospitalière, n'est pas non plus pris en compte dans la statistique annuelle des établissements de santé ou ne l'est que partiellement. Par exemple, en application des modalités de renseignement de la SAE, les groupes privés Ramsay santé et Elsan ne comptabilisent pas une partie des effectifs mutualisés, soit environ 300 équivalents temps plein chacun.

Ces différences compliquent les comparaisons entre hôpitaux publics et cliniques privées à but lucratif.

b) Des comparaisons internationales délicates à interpréter

L'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) publie des indicateurs sur la santé de la population et la performance des systèmes de santé de ses pays membres²³¹. Parmi ces données figure la répartition du personnel hospitalier selon cinq catégories définies par l'OCDE et renseignées par les pays eux-mêmes²³² :

²²⁸ Drees, *Panorama des établissements de santé*, 2024.

²²⁹ Cette difficulté se retrouve quelle que soit la base de données considérée, SAE ou SIASP.

²³⁰ Un GIE est un cadre juridique qui permet à ses membres de se regrouper pour faciliter ou développer leur activité économique par la mise en commun de moyens et de compétences.

²³¹ OCDE, *Panorama de la santé 2023*, décembre 2023.

²³² Pour la France, les données sont renseignées par la Drees.

« médecins », « infirmiers et sages-femmes », « aides-soignants », « autres prestataires de services de santé » et « autre personnel ». Cette dernière catégorie intègre le personnel non soignant.

Pour la France, le taux de personnel non soignant dans le personnel hospitalier ressort ainsi à 34 %, contre 21 % en Allemagne.

La comparaison de ces ratios n'est cependant pas pertinente. D'une part, les volumes et périmètres d'externalisation de chacun des pays, qui minorent par voie de conséquence les effectifs salariés, ne sont pas identifiés. D'autre part, la classification des effectifs entre pays est différente, avec des frontières entre personnel soignant et non soignant qui ne sont pas toujours précises. Pour faire face à la pénurie de personnel soignant, l'évolution convergente est de le décharger de tâches administratives ou logistiques pour le recentrer sur son cœur de mission. Dans plusieurs pays européens, le personnel polyvalent recruté dans ce but est enregistré, dans les données de l'OCDE, dans la catégorie des « autres prestataires de services de santé » et donc décompté comme du personnel soignant. À l'inverse, la France enregistre les agents de services hospitaliers qualifiés dans la catégorie « autre personnel » et les considère donc comme du personnel non soignant.

L'émergence de fonctions à la frontière du soin

En Allemagne, la fonction d'assistant médico-administratif représentait 4 % du personnel hospitalier en 2021²³³.

En Grande-Bretagne, dans un contexte de crise du *National Health Service* (NHS) et de pénurie de personnel soignant aggravée par le *Brexit*, il est envisagé d'investir davantage dans le personnel de soutien, occupant des emplois d'accompagnement dans le parcours de soin, sans diplôme répertorié ni statut réglementé. Cette catégorie compte aujourd'hui 389 000 agents représentant 28 % de l'effectif du NHS et a vocation à atteindre 662 000 professionnels d'ici 2036-2037²³⁴. Leurs conditions de reconnaissance et de formation devront être prises en compte dans la nouvelle réforme en cours du NHS²³⁵.

²³³ *Rapport hospitalier 2023*, Édition Springer, mars 2023.

²³⁴ D'après le *Long Term Workforce Plan* (plan stratégique sur les ressources humaines en santé), juin 2023.

²³⁵ King's College London, *The Cavendish Review Ten Years On : Are NHS support workers still « invisible » ?*, juillet 2024.

Au Danemark, le métier polyvalent d'assistant social et sanitaire inclut des fonctions variées, allant du brancardage à l'accompagnement administratif du parcours de soin. Les agents concernés représentent 5 % du personnel hospitalier²³⁶, disposent en général d'une formation dans l'enseignement technique et professionnel et bénéficient d'une formation diplômante, une fois recrutés. Le Danemark formalise une coopération avec l'Inde et les Philippines pour recruter des ressortissants de ces deux pays.

Au Pays-Bas, la pénurie de personnel soignant amène les hôpitaux à diffuser des annonces de recrutement sur des postes hors diplômes, polyvalents et nécessitant des qualités relationnelles, en proposant une formation une fois en poste.

Afin de se rapprocher des pratiques des autres pays, la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques du ministère de la santé devrait enregistrer ces agents, qui réalisent pour plus de 85 % d'entre eux des tâches logistiques au sein des services de soins²³⁷, dans la catégorie « autres prestataires de services de santé » de l'OCDE au lieu de la catégorie « autre personnel »²³⁸. Il devrait en aller de même pour le personnel médico-technique, directement impliqué dans le parcours de soin du patient. Avec ces retraitements, la proportion de personnel non soignant dans les hôpitaux publics en France serait de l'ordre de 20 %, comparable à celle de l'Allemagne.

B - Le personnel non soignant, un appui nécessaire aux fonctions soignantes

Le rôle des fonctions support dans le soutien qu'elles apportent au personnel soignant s'est accru afin de permettre à ce dernier de se recentrer sur son activité de soins, dans un contexte de complexification des normes.

1 - La coordination des fonctions soignantes et non soignantes : condition de la fluidité du parcours du patient

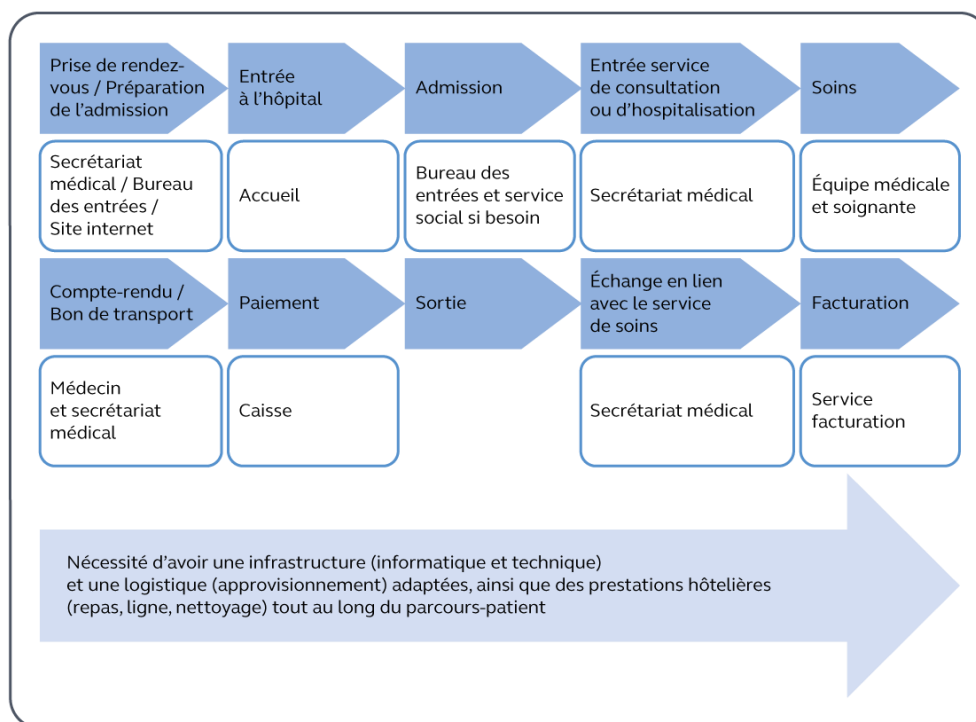
Le parcours d'un patient, tel que schématisé ci-dessous, est complexe.

²³⁶ Autorité danoise des données de santé, *Les employés des hôpitaux publics*, 2024.

²³⁷ Données 2024 de l'association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier, à partir d'extractions issues des entretiens professionnels saisis par les établissements. Cette association est l'organisme paritaire agréé, collecteur de fonds de formation de la fonction publique hospitalière.

²³⁸ Dans la SAE, la Drees classe les agents de services hospitaliers qualifiés dans le personnel soignant, à la différence des données transmises à l'OCDE.

Schéma n° 1 : parcours administratif d'un patient en hôpital



Source : Cour des comptes

Il peut se dérouler dans une dizaine d'espaces au sein de l'hôpital et, en l'absence de système d'information permettant de gérer à la fois le dossier administratif et le dossier médical, nécessiter autant d'applicatifs différents. Il peut être différent entre deux hôpitaux ou même entre deux services d'un même établissement. Dans ce contexte, la bonne articulation entre personnel soignant et personnel non soignant est essentielle à la fluidité des parcours et à leur qualité. À titre d'exemple, la fonction de secrétariat médical se situe à l'interface entre le patient et les équipes soignantes²³⁹.

En 2024, la Cour a appelé les hôpitaux à recentrer les équipes soignantes sur leur cœur de métier, soulignant que « *plus de 50 % du temps de travail des infirmiers et des aides-soignants* » était consacré à des tâches

²³⁹ Anap, *Synchroniser les temps médicaux et non médicaux auprès du patient hospitalisé*, mai 2017.

administratives ou logistiques²⁴⁰. Elle a recommandé de mieux estimer cette proportion dans un contexte de raréfaction des ressources soignantes, qui conduisait à des fermetures importantes de lits.

Pour redonner du temps au personnel soignant et garantir une affectation adaptée des moyens humains, l'agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (Anap) a élaboré en 2023 un guide sur les activités logistiques dans les étages²⁴¹. Partant du constat que les organisations étaient disparates d'un hôpital à un autre, elle a mis au point un applicatif²⁴² mesurant le temps passé par le personnel soignant à des tâches autres que du soin. Cette donnée est ensuite exprimée en équivalent temps plein pour permettre aux hôpitaux de réexaminer leur organisation en fonction de leurs besoins.

Le travail mené par la clinique Pasteur de Toulouse sur les admissions et la programmation des parcours des patients constitue un exemple de meilleure répartition des tâches entre le personnel soignant et le personnel non soignant. L'établissement a constitué deux équipes : une non soignante, qui réalise la préadmission du patient et la constitution de son dossier administratif et une seconde, soignante, responsable des démarches préhospitalières, qui vérifie la complétude du dossier médical et le parcours du patient, en amont de son admission. L'établissement a ainsi gagné du temps de personnel soignant dans les services et optimisé l'occupation de ses capacités d'accueil.

Depuis la mise en œuvre du projet en 2022, il estime avoir réalisé un gain d'environ 5 % de prises en charge complémentaires, à capacité constante. La réorganisation du parcours d'admission et de planification ne s'est néanmoins pas réalisée à effectif constant ; elle a conduit à créer des postes supplémentaires de personnel non soignant et a par ailleurs nécessité le développement d'un outil informatique adapté.

De la même manière, l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris s'est dotée en 2023 d'un plan d'action²⁴³ dont l'un des objectifs est de répondre aux besoins de soutien administratif, logistique, technique ou informatique exprimés par le personnel soignant en lui permettant de se recentrer sur son cœur de métier et ainsi d'améliorer l'accompagnement des patients. À cette fin, par redéploiement interne, la création de 600 postes d'agents non soignants auprès des services de soins a été décidée en 2023 et 2024.

²⁴⁰ Cour des comptes, *La réduction du nombre de lits à l'hôpital – Entre stratégie et contraintes*, rapport annuel sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, chapitre VIII, mai 2024.

²⁴¹ Anap, *Logistique d'étage – Libérez du temps pour les soignants*, décembre 2023.

²⁴² Cet applicatif (Effilog) doit être mis à disposition des établissements début 2025.

²⁴³ Plan d'actions *30 leviers pour agir ensemble*, janvier 2023.

2 - Des exigences administratives renforcées

Le personnel non soignant exerce également des fonctions essentielles pour permettre aux hôpitaux de faire face à des exigences administratives qui se sont renforcées ces dernières années.

La politique de qualité et de sécurité des soins fait ainsi reposer sur les hôpitaux des exigences procédurales croissantes de certification et de contractualisation²⁴⁴. Les hôpitaux doivent désormais répondre à de nombreux indicateurs destinés à mesurer et à évaluer la qualité et la sécurité des soins, qui conditionnent une partie de leur financement²⁴⁵.

La tarification à l'activité, créée en 2004, a accru la charge médico-administrative pesant sur les établissements. Dans une démarche d'enregistrement fidèle de l'activité médicale donnant lieu à remboursement de l'assurance maladie, un médecin de l'information médicale est chargé de la supervision du codage des actes médicaux²⁴⁶. Il est assisté par des techniciens de l'information médicale relevant du personnel non soignant.

Les hôpitaux doivent aussi répondre aux nouveaux enjeux de responsabilité sociale et environnementale, qui exigent le respect de normes et leur contrôle. Par exemple, la mise en œuvre d'un décret de réduction de la consommation d'énergie²⁴⁷ va nécessiter, selon l'inspection générale des affaires sociales²⁴⁸, un accompagnement renforcé des hôpitaux en ressources humaines et en investissements pour atteindre les objectifs fixés.

²⁴⁴ L'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 a mis en place la procédure d'accréditation (certification aujourd'hui) et la conclusion de contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens signés avec les agences régionales d'hospitalisation alors nouvellement créées. La loi « hôpital, patients, santé et territoires » de 2009 a consacré la généralisation de cette politique d'amélioration continue.

²⁴⁵ Le dispositif d'incitation financière à l'amélioration de la qualité a été généralisé en 2016. Les résultats d'indicateurs relatifs à la qualité de la prise en charge, la prévention, l'organisation des soins, etc. permettent de déterminer pour chaque établissement un score de rémunération qui fonde le versement de subventions.

²⁴⁶ Environ 3 000 groupes homogènes de malades sont dénombrés, nécessaires pour assurer la tarification des hôpitaux.

²⁴⁷ Décret n° 2019-771 du 23 juillet 2019. Son calendrier prévoit une réduction de la consommation d'énergie finale de 40 % en 2030, 50 % en 2040 et 60 % en 2050 par rapport à l'année de référence choisie.

²⁴⁸ Inspection générale des affaires sociales, *La transition énergétique des établissements sanitaires et médico-sociaux et impact du Ségur de l'investissement sur ces enjeux*, rapport n° 2023-102R, avril 2024.

Par ailleurs la multiplication des cyberattaques dans les hôpitaux les conduit à renforcer leur niveau de sécurité avec des équipes qualifiées²⁴⁹, comme l'exige la réglementation européenne²⁵⁰.

Enfin, l'activité de recherche se développe dans les centres hospitaliers universitaires (CHU), qu'il s'agisse d'études cliniques ou de gestion de projets. Elle induit d'importants besoins de soutien administratif et technique.

**Dans les CHU, une activité dynamique de recherche
et d'innovation**

L'Assistance publique-Hôpitaux de Paris évalue à 2,4 % la part du personnel non soignant dans le personnel hospitalier intervenant en soutien des projets de recherche médicale. Cela représente 2 000 agents, pour moitié affectés à la direction de la recherche clinique et de l'innovation (DRCI) et pour l'autre dans les groupements hospitaliers.

Pour répondre à des appels à projets sur fonds européens et nationaux et mener les travaux de recherche clinique, l'effectif de la DRCI a connu une progression de 33 % depuis 2019. Les recrutements ont concerné des emplois de chargé de mission recherche, de bio-informaticien, de biostatisticien, de *data manager*, de chef de projet d'études cliniques, de coordinateur d'études cliniques, d'ingénieur d'études hospitalier, de technicien d'études cliniques, d'administratif en support de la recherche, etc. Les groupements hospitaliers universitaires conduisent aussi des travaux de recherche clinique, financés par des appels à projets.

Les directions recherche et appui recherche des Hospices civils de Lyon comptaient 513 ETP en 2023. 127 ETP (principalement assistants de recherche clinique, chefs de projet recherche clinique, coordinateurs d'études cliniques) ont été recrutés entre 2019 et 2023, dont environ 20 % financés par France 2030 et par l'Union européenne.

²⁴⁹ Cour des comptes, *La sécurité informatique des établissements de santé*, observations définitives, janvier 2025.

²⁵⁰ Directives UE 2016/1148, dite NIS 1 et 2022/2555, dite NIS 2.

II - Des pistes d'efficience à rechercher

La recherche d'une efficience accrue des fonctions support des hôpitaux repose sur des choix d'organisation interne. Quelle que soit l'organisation retenue, les hôpitaux doivent aussi moderniser leurs fonctions support afin de soutenir plus efficacement les missions de soins.

A - Des choix d'organisation des fonctions support à mieux piloter

Les données relatives aux coûts des unités d'œuvre²⁵¹, qui permettraient de comparer l'efficience de la gestion des fonctions support entre hôpitaux, sont exploitées de façon inégale, en fonction de leur disponibilité. Elles sont pourtant essentielles pour déterminer les choix d'organisation entre le maintien en interne, l'externalisation ou la mutualisation avec d'autres hôpitaux de tout ou partie des fonctions exercées par le personnel non soignant.

1 - Une amélioration de la connaissance des coûts, indispensable à la transformation des fonctions support

Pour aider à la transformation des fonctions support et prendre des décisions éclairées sur leur organisation, les hôpitaux doivent disposer d'unités d'œuvre comparables, partagées par le plus grand nombre.

Deux bases de recensement des unités d'œuvre existent aujourd'hui : la base d'Angers²⁵² et celle issue du retraitement comptable (base RTC), suivie par l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH). La base d'Angers est renseignée annuellement par les hôpitaux publics volontaires²⁵³. Seuls 80 des 1 100 hôpitaux publics l'alimentent, ce qui est insuffisamment représentatif pour obtenir des éléments de comparaison pertinents. La base RTC est une enquête annuelle et nationale, obligatoire pour les établissements publics et privés non lucratifs, qui permet de mener

²⁵¹ Une unité d'œuvre est une mesure comptable qui permet de répartir les charges sur chaque service pour en calculer les coûts, par exemple le coût du mètre carré nettoyé, le coût de la tonne de linge lavé ou le coût d'un repas.

²⁵² La « base d'Angers » est un référentiel de coûts pour les activités non cliniques d'un hôpital (plus d'une trentaine d'activités analysées). Ce référentiel est suivi par le centre hospitalier universitaire d'Angers.

²⁵³ 20 % des comptes ne sont pas retraités de la même façon dans ces deux bases.

des analyses en fonction du mode de gestion. Cependant, les établissements ne la renseignent pas avec le même niveau de détail, ce qui rend difficile la comparaison pour certaines unités d'œuvre.

La Cour a relevé en 2023²⁵⁴ que les comptes des établissements de santé publics et privés ne sont ni structurés de la même manière ni transmis automatiquement à l'ATIH, du fait de l'absence de décret d'application de l'article L. 6161-3 du code de la santé publique²⁵⁵. En effet, de manière générale, les établissements privés ne transmettent pas systématiquement leurs comptes aux agences régionales de santé (ARS)²⁵⁶ et ces dernières ne les exigent que ponctuellement quand un établissement exprime une demande d'aide pour assurer son équilibre budgétaire.

Pour ces raisons, les calculs de coûts standard pour des prestations telles que le mètre carré nettoyé, la tonne de linge lavé ou la prestation de repas, ne peuvent être établis avec une précision suffisante pour permettre des comparaisons fiables entre les établissements.

2 - Des fonctions support à rationaliser

La recherche d'efficacité amène les hôpitaux à externaliser leurs fonctions support ou à les mutualiser avec d'autres établissements. Les externalisations ont été historiquement décidées par les hôpitaux sans pilotage national alors que les mutualisations, pourtant encouragées, ne font l'objet d'aucun suivi.

²⁵⁴ Cour des comptes, *La tarification à l'activité*, observations définitives, juillet 2023. Recommandation n°2 : *Harmoniser dès 2024, pour l'ensemble des établissements publics et privés, les règles de la comptabilité analytique hospitalière et les rendre obligatoires, afin de permettre, d'une part, à chaque établissement de comparer ses coûts aux tarifs et, d'autre part, de favoriser les comparaisons des coûts entre les établissements de santé.*

²⁵⁵ Article L. 6161-3 du code de la santé publique : « Les comptes certifiés par le commissaire aux comptes des établissements de santé privés ainsi que ceux de leurs organismes gestionnaires sont transmis à l'autorité chargée de la tarification de ces établissements pour les besoins de leur contrôle. Ils sont transmis à l'agence régionale de santé ainsi qu'aux services d'inspection et de contrôle dans le cadre de leurs contrôles, dans des conditions fixées par voie réglementaire [...] ».

²⁵⁶ L'ARS Bretagne est celle qui déclare recevoir le plus de comptes des établissements privés (70 %).

a) Un degré d'externalisation souhaitable des fonctions logistique et technique à mieux apprécier au cas par cas

Dans le secteur hospitalier, des externalisations ont été conduites depuis les années 2000 pour améliorer l'efficacité de la gestion de certaines activités ou pour permettre aux établissements de se concentrer sur leur activité soignante, en valorisant au mieux leurs ressources et compétences. Elles ont été encouragées par les agences régionales de santé dans les plans de retour à l'équilibre des hôpitaux déficitaires²⁵⁷.

Un exemple d'externalisation est donné par le groupement hospitalier de l'institut catholique de Lille, qui a transféré toute sa restauration à un prestataire avec reprise du personnel. Il attend une économie de 500 000 € par an de cette opération mise en œuvre depuis décembre 2024.

Au sein du groupe Ramsay, 68 % des cliniques (soit 84 établissements) ont externalisé leur bionettoyage auprès de deux prestataires. Dans deux cas, toutefois, le périmètre initialement défini pour cette sous-traitance était trop restreint, ce qui a entraîné une désorganisation des équipes et conduit l'entreprise à procéder à une réinternalisation du bionettoyage.

De la même façon, le CHU de Montpellier a partiellement réinternalisé cette fonction (huit secteurs concernés) en 2023 pour améliorer la qualité des prestations fournies.

Le degré d'externalisation des fonctions logistiques devrait faire l'objet d'une analyse périodique dans les hôpitaux, selon une démarche structurée, afin d'être adapté à chaque situation particulière pour en maximiser les effets positifs et en minimiser les inconvénients.

Afin d'assister les hôpitaux dans leurs démarches d'externalisation du bionettoyage, le ministère chargé de la santé a, dans le cadre du programme de performance hospitalière pour des achats responsables (Phare), mis en place un outil d'aide à la décision²⁵⁸, qui pourrait être transposé à d'autres fonctions.

²⁵⁷ Un plan de retour à l'équilibre est un document stratégique visant à rétablir l'équilibre financier d'un hôpital en situation de déficit. Il s'agit d'un ensemble de mesures et d'actions concrètes élaborées par l'hôpital, généralement sur demande de l'ARS, pour redresser sa situation financière.

²⁵⁸ Direction générale de l'offre de soins, *Méthodologie d'aide au choix du meilleur modèle entre internalisation et externalisation*, 2023.

Le volume financier des externalisations conduites dans les hôpitaux par type d'activité n'est aujourd'hui pas connu. En 2022, dans le cadre de la collecte des données de la SAE, la Drees avait cherché à recenser le personnel intermédiaire, employé par des tiers (groupements, prestataires externes, etc.) et réalisant des missions pour un hôpital. Face aux difficultés rencontrées en termes d'exhaustivité et de fiabilité des données collectées, elle n'a pas reconduit leur recueil.

b) Des mutualisations à encourager

Les mutualisations entre hôpitaux ont été encouragées dès la loi du 21 juillet 2009 dite « hôpital, patients, santé et territoires » par une simplification de la réglementation en vigueur concernant la constitution de groupements de coopération sanitaire (GCS)²⁵⁹. Début 2023, sur 700 GCS publics, seuls 300 avaient pour objet de mutualiser les fonctions support et les investissements immobiliers. Les 400 autres avaient pour finalité le partage d'équipements médicaux et d'activités de soins.

En 2009, le groupement audois de prestations mutualisées médico-logistiques, plateforme logistique regroupant des activités de restauration, blanchisserie, approvisionnement non médical et médical, pharmacie, a été créé sous la forme d'un GCS de moyens, porté principalement par le centre hospitalier de Carcassonne²⁶⁰. Après avoir connu d'importantes difficultés financières en raison du coût du loyer prévu dans le contrat de partenariat public-privé²⁶¹, que son directeur est parvenu à résilier, le GCS fait aujourd'hui figure de modèle organisationnel. Ses bénéficiaires, établissements de santé, publics et privés, médico-sociaux et scolaires, dont le nombre progresse, se déclarent satisfaits de la qualité et du prix des prestations délivrées.

La possibilité de créer des groupements hospitaliers de territoire (GHT), prévue par la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, a eu pour objectif d'encourager la définition de projets médicaux partagés entre hôpitaux publics d'un même territoire et, pour les mettre en œuvre, la mutualisation de fonctions²⁶². Les effets de la création des GHT sur la réduction de la masse salariale des fonctions support ne sont cependant pas perceptibles dans les données statistiques disponibles.

²⁵⁹ Le GCS peut être de droit public ou de droit privé, en fonction de la nature juridique de ses membres majoritaires, ce qui détermine les règles budgétaires et comptables qui lui sont appliquées. Les GCS de moyens ne sont pas considérés comme des hôpitaux.

²⁶⁰ À sa création, ce GCS comprenait 6 hôpitaux ; il compte dorénavant 34 membres, dont 12 hôpitaux et 9 établissements médico-sociaux.

²⁶¹ Chambre régionale des comptes Occitanie, *Groupeement de coopération sanitaire « Groupeement audois de prestations mutualisées médico-logistiques »*, 2019.

²⁶² L'article L. 6132-3 du code de la santé publique inclut dans les fonctions devant être obligatoirement assurées par l'établissement support la mise en œuvre d'un système d'information hospitalier commun et la fonction achats et, dans les fonctions pouvant être facultativement mutualisées, le groupement d'activités administratives, logistiques, techniques et médico-techniques.

Aucun suivi des mutualisations des fonctions support n'a ainsi véritablement été établi, comme la Cour l'avait déjà constaté en 2020²⁶³. La direction générale de l'offre de soins ne dispose pas d'une vue d'ensemble sur leur mise en œuvre et les ARS y portent une attention variable²⁶⁴. En dehors de la fonction achats²⁶⁵ ou des systèmes d'information, les rapprochements s'effectuent au gré de la situation spécifique de chaque GHT et sans impulsion nationale.

Depuis 2011, les recompositions de l'offre hospitalière auraient dû faire l'objet d'un rapport annuel contenant un bilan détaillé des coopérations mises en œuvre²⁶⁶. Ce rapport n'a été produit qu'une seule année et l'observatoire qui devait être mis en place par l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation se résume à une déclaration par les ARS des GCS approuvés par leurs soins, sans analyse ni précision sur leur objet ou sur leur effectif.

Il serait opportun de mettre en place un suivi consolidé des mutualisations de fonctions support réalisées dans le cadre de groupements de coopération sanitaire, incluant une analyse des difficultés rencontrées par ces structures et de leur situation financière. Ce suivi permettrait d'identifier les bonnes pratiques dont pourraient s'inspirer les hôpitaux.

3 - Une association plus étendue des services de soins à la gestion de l'hôpital

Le constat d'une certaine pesanteur du cadre administratif de l'hôpital public a récemment été posé²⁶⁷. Des mesures d'assouplissement et de rénovation de la gouvernance hospitalière ont été engagées²⁶⁸ pour inciter à la délégation des responsabilités au sein des services de soins.

²⁶³ Cour des comptes, *Les groupements hospitaliers de territoire*, communication à la commission des affaires sociales du Sénat, octobre 2020.

²⁶⁴ L'ARS Occitanie a réalisé une enquête approfondie en 2022 sur l'état des mutualisations auprès des 14 GHT de la région. L'ARS Auvergne-Rhône-Alpes suit la mise en œuvre des mutualisations prévues dans les conventions constitutives des GHT et l'ARS Grand-Est produit un tableau des mutualisations en cours.

²⁶⁵ La direction générale de l'offre de soins admet que la mutualisation de la fonction achats, pourtant obligatoire, n'a pas encore abouti.

²⁶⁶ Article n° 17 de la loi n° 2011-940 du 10 août 2011 modifiant certaines dispositions de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

²⁶⁷ Professeur Olivier Claris, *Mission sur la gouvernance et la simplification hospitalières*, juin 2020.

²⁶⁸ Circulaire du 6 août 2021 de la direction générale de l'offre de soins relative à la mise en œuvre du pilier 3 du Ségur de la santé, recommandations et bonnes pratiques sur la gouvernance et la simplification hospitalière à la suite de la mission menée par le professeur Olivier Claris. Professeur Olivier Claris, *Mission sur la gouvernance et la simplification hospitalières*, juin 2020.

Dès 2007, le centre hospitalier de Valenciennes a mis en place un large périmètre de délégation au profit des pôles²⁶⁹, qui concerne 90 % des prérogatives de sa direction générale, dans les domaines budgétaires et des ressources humaines médicales et non médicales. Cette délégation visait à responsabiliser les acteurs par la signature de contrats en leur accordant davantage d'autonomie pour l'atteinte des objectifs assignés. Elle a permis à l'ensemble du personnel de s'impliquer davantage dans la gestion de leur pôle d'activité. Avec cette nouvelle gouvernance, l'hôpital a enregistré une croissance d'activité de 45 % en cumul entre 2008 et 2024. Sur la même période, le personnel a augmenté de 26 %, dont 19 % pour le personnel non soignant. Sa situation financière est excédentaire²⁷⁰.

Malgré son intérêt et son bilan positif, et la volonté de développer au niveau national des délégations de gestion aux responsables médicaux et non médicaux²⁷¹, cette innovation du centre hospitalier de Valenciennes n'a pas été reproduite, sauf par le centre hospitalier universitaire de Nice, qui l'a mise en place en 2023²⁷². D'autres hôpitaux pourraient s'approprier cette démarche.

B - Moderniser les fonctions support pour en améliorer la performance

L'amélioration de la contribution des services support au parcours du patient passe par diverses mesures de modernisation, notamment une réforme des processus de facturation et de recouvrement, un recours accru au numérique et une adaptation des formations dispensées aux nouveaux besoins de compétences des personnels non soignants.

²⁶⁹ Les 60 services de l'hôpital ont été regroupés en 15 pôles hospitaliers : deux administratifs, trois médico-techniques (imagerie, biologie, pharmacie) et 10 cliniques (chirurgie, urgences-réanimation-anesthésie, médecine interne, etc.).

²⁷⁰ Dans son rapport de 2022, la chambre régionale et territoriale des comptes des Hauts-de-France notait l'organisation originale mise en place tout en relevant la nécessité d'une meilleure supervision de certaines fonctions par la direction générale et le pôle chargé des moyens. Elle qualifiait la situation financière de satisfaisante.

²⁷¹ Circulaire du 6 août 2021 de la direction générale de l'offre de soins déjà citée.

²⁷² Le directeur général du centre hospitalier universitaire de Nice, en poste depuis janvier 2023, est l'ancien directeur du centre hospitalier de Valenciennes.

1 - Réformer les processus de facturation et de recouvrement

La mise en place de la tarification à l'activité a imposé une transformation de la chaîne de facturation. Il a fallu s'assurer de l'exhaustivité des données recueillies, de la justesse du codage de l'activité, de la fluidité des échanges financiers avec l'assurance maladie, les assureurs complémentaires et les patients, et de l'efficacité du recouvrement avec le comptable public.

Le parcours financier du patient a été rendu plus complexe et la multiplicité des intervenants crée des surcoûts²⁷³. Ce circuit a été identifié par l'agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (Anap) comme présentant des marges d'amélioration du fait d'un fort cloisonnement entre les différents professionnels de la chaîne de facturation et de l'absence d'un système d'information permettant un pilotage d'ensemble.

En 2016, partant du constat que près de la moitié du reste à charge des patients n'était pas recouvrée au bout d'un an (soit environ 550 M€ par an²⁷⁴), le ministère chargé de la santé a lancé un programme de simplification du parcours hospitalier du patient et de numérisation des informations échangées.

Depuis près de dix ans, les hôpitaux s'efforcent ainsi d'améliorer leur facturation et le processus de recouvrement des restes à charge, avec encore des marges de progrès.

Le recouvrement serait amélioré par l'accélération du déploiement du « protocole d'échanges standard des avis des sommes à payer », proposé par la direction générale des finances publiques (DGFIP) depuis 2019. Cette application permet à la DGFIP d'éditer, pour le compte des hôpitaux publics, les avis des sommes à payer et de les adresser directement aux débiteurs. L'application traite de manière centralisée et automatisée la mise sous pli, l'affranchissement et l'envoi des avis. Elle utilise un modèle unique d'édition, permettant une harmonisation des pratiques et la centralisation du traitement des chèques et des titres interbancaires de paiement dans les centres d'encaissement.

Selon la DGFIP, cinq ans après son lancement, le taux de déploiement de ce dispositif ne dépasse pas 30 %. Par défaut, les hôpitaux publics continuent d'imprimer les titres, remis à la DGFIP pour mise sous

²⁷³ Drees, *Les dépenses de santé 2022*, édition 2023.

²⁷⁴ Instruction du 18 mars 2016 relative au programme *Simphonie*, aux trois projets portant sur le parcours administratif des patients et à la sélection des établissements de santé publics et privés non lucratifs pour l'année 2016.

pli et envoi postal. Certains hôpitaux sous-traitent cette opération à un syndicat inter-hospitalier, rémunéré pour cette prestation.

Un autre dispositif vise à simplifier et à sécuriser le tiers-payant sur la part complémentaire en remplaçant l'ensemble des échanges papiers ou dématérialisés existants avec les organismes complémentaires par un format national unique d'échanges en temps réel. Selon la DGFIP, fin 2023, ce dispositif était utilisé par 300 établissements, soit moins de 23 % du total des hôpitaux publics. 137 virements ont été effectués en novembre 2023 par le canal de cet outil, soit seulement 0,007 % des flux.

2 - Transformer les fonctions support grâce au numérique

Le ministère chargé de la santé a établi une carte du numérique en santé qui détaille les potentialités de l'intelligence artificielle, dont l'impact devrait être plus significatif pour le parcours de soins des patients que la seule robotisation ne l'a été jusqu'à présent.

L'usage de l'intelligence artificielle en santé a d'abord été conçu pour améliorer la prévention, le diagnostic et le suivi des patients. Elle constitue aussi un levier de la transformation des fonctions support.

Le premier cas d'usage porte sur les tâches administratives répétitives et lourdes, consommatrices de temps et exposées à l'erreur humaine, telles que les saisies d'identité et d'adresse, la rédaction de comptes rendus, l'envoi des courriers et l'intégration des différents documents nécessaires dans le dossier patient, quel que soit leur support. Le recours à l'intelligence artificielle permet également de franchir une étape supplémentaire dans l'automatisation de la logistique avec une gestion prédictive des stocks et de la pharmacie en matière d'analyse et de suivi des ordonnances²⁷⁵.

Toutefois, aucun financement spécifique n'a été prévu dans le cadre du Ségur du numérique en santé alors même que le déploiement de l'intelligence artificielle dans les établissements concourt au partage fluide et sécurisé des données de santé entre professionnels et autour du patient. Le CHU de Montpellier a donc dû proposer, *via* une réponse à un appel à projets dans le cadre de France 2030, de développer l'usage de l'intelligence artificielle sur un champ très large : optimisation des flux, planification des ressources humaines, gestion des stocks médicaux, maintenance prédictive des équipements et simulation d'infrastructures hospitalières.

²⁷⁵ Anap, *Panorama des métiers en émergence à l'international*, janvier 2025, et Haute autorité de santé, *Sixième version du référentiel de certification des établissements de santé*, janvier 2025, applicable à partir de septembre 2025.

L'intégration de l'intelligence artificielle suppose par ailleurs sa bonne appropriation par le personnel. Le CHU de Montpellier mobilise à cette fin son école de la transformation hospitalière. Dans le même but, le centre hospitalier de Lens a conclu un partenariat avec l'université de l'Artois, dont la première étude de recherche appliquée concerne l'aide au codage avec la recherche automatisée au sein des comptes rendus opératoires.

3 - Adapter les formations aux nouveaux besoins de compétences du personnel non soignant

L'évolution rapide des compétences attendues des agents exerçant des fonctions non soignantes et l'émergence de nouveaux métiers nécessitent un investissement en formation au sein des hôpitaux, qui doit être encouragé au niveau national pour gagner en efficacité.

En 2021, les équipes administratives et techniques des hôpitaux publics étaient majoritairement constituées d'agents de catégorie C, payés entre 1,2 et 1,4 fois le Smic, dont un tiers a le statut de contractuel. Ces agents sont à plus de 90 % des femmes dans les secteurs administratif et logistique et à plus de 90 % des hommes dans le secteur technique. Les différences salariales varient entre 2 et 10 %, à fonction et ancienneté équivalentes, en défaveur des femmes²⁷⁶.

Récemment, des mesures sectorielles ont été prises pour améliorer l'attractivité de certains métiers relevant de la fonction publique hospitalière. Les ingénieurs hospitaliers ont bénéficié d'une revalorisation pour converger vers le statut des ingénieurs territoriaux. Cette mesure d'accompagnement du volet numérique du Ségur de la santé a été prise pour permettre aux hôpitaux de progresser en matière de cybersécurité. Une réflexion est menée sur les conditions de travail des acheteurs dans le cadre du programme Phare, avec pour but de limiter leur forte rotation. Ces mesures ponctuelles concernent toutefois des cadres et ne répondent pas aux enjeux de transformation des métiers du personnel non soignant.

L'association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier a créé un outil de cartographie permettant aux établissements adhérents de mieux connaître leur effectif par métier et d'anticiper les effets de ces transformations. Au niveau national, la commission des emplois et des métiers du conseil supérieur de la fonction publique hospitalière²⁷⁷, qui a pour mission d'assurer le suivi de l'évolution qualitative et quantitative des emplois et des métiers de la fonction

²⁷⁶ Cour des comptes d'après les données issues du SIASP 2021.

²⁷⁷ Créée en 2017 en remplacement de l'observatoire national des emplois et des métiers.

publique hospitalière, s'est limitée jusqu'à présent à l'actualisation du répertoire des métiers de la santé et de l'autonomie. Seules une quinzaine de fiches ont été créées depuis 2021²⁷⁸ et le répertoire n'est pas considéré comme exhaustif par la direction générale de l'offre de soins.

Une démarche plus analytique et plus prospective de l'évolution des métiers non soignants doit être engagée afin de promouvoir des axes de formation adaptés.

Une question devra faire l'objet d'un examen attentif : dans le cas d'une formation longue, et notamment pour les congés de formation professionnelle, les agents perdent une part significative de leur régime indemnitaire²⁷⁹, ce qui peut constituer un frein financier²⁸⁰.

²⁷⁸ Les archives du répertoire des métiers ne sont pas accessibles avant cette date.

²⁷⁹ Pour le personnel soignant, des compléments de traitement indiciaire sont versés pour les études favorisant la promotion professionnelle et préparant aux diplômes ou certificats du secteur sanitaire et social, ou en cas de préparation à un reclassement sur des fonctions non soignantes.

L'article 42 de la loi n° 2021-1754, qui a complété l'article 48 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2021, prévoit ces compléments, qui ne concernent pas le personnel non soignant.

²⁸⁰ Inspection générale des affaires sociales et inspection générale de l'éducation, du sport et de la recherche, *La formation continue dans la fonction publique hospitalière*, décembre 2021.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Le nombre et le rôle du personnel non soignant dans les hôpitaux publics suscitent l'intérêt des citoyens. L'absence de cadre fiable de comparaison des données ne permet pas d'objectiver leur éventuelle trop forte proportion dans le personnel hospitalier, par rapport aux établissements privés ou à l'Allemagne, souvent citée.

L'enjeu principal est la qualité de l'apport du personnel non soignant au personnel soignant pour l'exercice de missions toujours plus complexes, en le déchargeant de tâches qui ne relèvent pas du soin.

Pour autant, une plus grande performance doit être recherchée dans l'organisation des fonctions support en facilitant les comparaisons d'efficacité entre les hôpitaux, en déterminant le degré adéquat d'externalisation et de mutualisation des compétences pour chaque établissement, et en augmentant l'investissement dans les outils numériques et dans l'évolution des métiers.

La Cour formule les recommandations suivantes :

13. *rendre obligatoire une méthode commune aux hôpitaux publics et privés de calcul du coût des unités d'œuvre des principales fonctions support (ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles) ;*
 14. *assurer un suivi des mutualisations des fonctions support afin d'identifier les bonnes pratiques (ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles) ;*
 15. *accélérer dans tous les hôpitaux publics le déploiement des applicatifs de facturation et de recouvrement auprès des assurances complémentaires (ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles, ministère de l'économie, des finances et de la souveraineté industrielle et numérique) ;*
 16. *ouvrir les appels à projets financés dans le cadre du numérique en santé à des applications relatives aux fonctions support (ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles).*
-

Chapitre VI

La gestion du stock stratégique de masques : des progrès encore insuffisants depuis la crise sanitaire

PRÉSENTATION

La crise covid a confirmé la nécessité de disposer d'un stock stratégique national de masques de protection et de préparer les conditions de sa distribution en cas de nouvelle pandémie.

Le stock stratégique de masques de protection est détenu par Santé publique France (SPF) pour le compte de l'État, sous la tutelle de la direction générale de la santé (DGS). Acheté pour l'essentiel pendant l'épidémie de covid 19 dans des conditions d'urgence sanitaire, il est aujourd'hui hétéroclite et vieillissant. Son implantation a été réorganisée et son renouvellement récemment engagé par des marchés qui peuvent permettre de le porter jusqu'à près de quatre milliards d'unités.

Toutefois, la DGS n'a qu'incomplètement formalisé une doctrine de gestion de ce stock. Un niveau-cible de 2 milliards de masques a été récemment déterminé et des publics-cibles désignés mais les conditions juridiques et opérationnelles de sa rotation à l'approche de la date de péremption des produits ou de sa destruction n'ont pas été définies. Santé publique France n'a pas préparé les modalités opérationnelles d'une possible augmentation du stock au-delà de son niveau actuel, ni adapté son organisation et ses systèmes informatiques pour le distribuer à d'autres destinataires que les gros hôpitaux publics et les grossistes-répartiteurs qui desservent les pharmacies.

Il est nécessaire de définir les orientations stratégiques et d'adapter les outils opérationnels pour garantir la pérennité du stock et la disponibilité des masques dans les années à venir, d'autant que le coût est élevé pour les finances publiques.

Chiffres-clés

Selon l'état de l'inventaire de Santé publique France (SPF) de janvier 2024, le stock stratégique inclut 2,1 milliards de masques, dont 1,35 milliard de masques chirurgicaux, 680 millions de masques FFP2²⁸¹, 67 millions de masques pédiatriques et 100 000 masques FFP3²⁸². Parmi eux, 706 millions sont périmés.

La totalité des masques acquis pendant la crise sanitaire sera périmée en 2026.

Des marchés de renouvellement ont été passés en 2023 (achat de 200 millions de masques) et 2024 (achat de 913 millions de masques dans une première tranche, jusqu'à près de 4 milliards à terme).

I - Un stock réorganisé et en cours de renouvellement à des conditions favorables

Deux ans après la fin de la pandémie de covid 19²⁸³, la France dispose d'un stock de masques important et hétéroclite dont la localisation géographique a été repensée pour plus de réactivité en cas de nouvelle crise sanitaire. Ce stock vieillissant est en cours de renouvellement à des conditions économiques favorables.

A - Un stock important et hétéroclite dont l'implantation a été réorganisée

Santé publique France (SPF) a constitué, sur les instructions de la direction générale de la santé (DGS), un stock important, acquis pendant la crise sanitaire, avec des masques de nature et de qualité différentes. Pour améliorer leur distribution en cas de nouvelle crise sanitaire, leur implantation sur le territoire national a été réorganisée.

²⁸¹ Les masques FFP2 (pièces faciales filtrantes de type 2) sont des masques en « bec de canard » utilisés principalement dans les environnements stériles des hôpitaux et des cliniques. Leur capacité de filtration est très supérieure à celle des masques chirurgicaux simples.

²⁸² Les masques FFP3 ont une capacité filtrante encore plus importante que celle des FFP2. Ils sont utiles pour des agents pathogènes particulièrement infectieux.

²⁸³ Déclaration de l'OMS du 6 mai 2023.

1 - Un stock important et hétéroclite, constitué pendant la crise sanitaire

Selon l'état de l'inventaire de janvier 2024, le stock stratégique s'établit à 1,35 milliard de masques mobilisables, conformes aux normes européennes et n'ayant pas atteint leur date de péremption, dont 1 milliard de masques chirurgicaux, 346 millions de masques FFP2, 4,4 millions de masques pédiatriques et 100 000 masques FFP3.

Le nombre de masques mobilisables détenus est donc supérieur à l'objectif assigné par la tutelle à Santé publique France pendant la crise sanitaire : dans une lettre du 8 juillet 2020, le directeur général de la santé lui avait demandé de constituer un stock d'un milliard de masques, dont deux cents millions de FFP2, correspondant à ce qui était estimé être les besoins de dix semaines de consommation de crise.

Une mission prévue par le code de la santé publique

L'alinéa 5 de l'article L. 1413-1 du code de la santé publique inclut dans les missions de Santé publique France « *la préparation et la réponse aux menaces, alertes et crises sanitaires* ». En conséquence, l'établissement « *assure, pour le compte de l'État, la gestion administrative, financière et logistique de la réserve sanitaire et de stocks de produits, équipements et matériels ainsi que de services nécessaires à la protection des populations face aux menaces sanitaires graves* ».

Cette mission est exercée sous l'autorité directe de l'État selon l'article L. 1413-4 du même code : « *à la demande du ministre chargé de la santé, l'agence procède à l'acquisition, la fabrication, l'importation, le stockage, le transport, la distribution et l'exportation des produits et services nécessaires à la protection de la population face aux menaces sanitaires graves. Elle assure, dans les mêmes conditions, leur renouvellement et leur éventuelle destruction.* »

Santé publique France stocke également en janvier 2024 42,5 millions de masques à usage non-sanitaire²⁸⁴ ou non-conformes²⁸⁵ et 706 millions de masques périmés (antérieurement mobilisables, à usage non-sanitaire ou non-conformes).

²⁸⁴ Masques qui ne répondent pas aux normes européennes mais à des normes américaines ou chinoises.

²⁸⁵ Masques importés de Chine au début de la crise sanitaire et déclarés impropres à toute utilisation après avoir été testés à leur réception en France.

**Tableau n° 23 : nombre de masques stockés en janvier 2024
(en millions)**

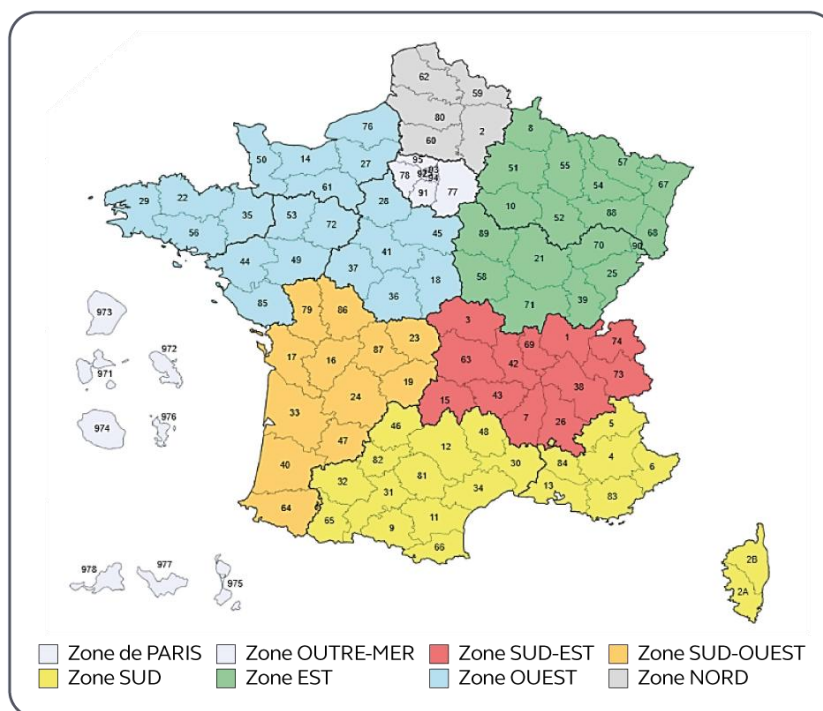
<i>Masques</i>	Stock cible	Stock mobilisable	Stock non mobilisable
<i>Chirurgicaux</i>	800	1 000,9	349,1
<i>FFP2</i>	200	346,1	338,3
<i>FFP3</i>		0,1	0,0
<i>Chirurgicaux pédiatriques</i>		4,4	61,5
Total	1 000	1 351,5	748,9

Source : Santé publique France

2 - Une réorganisation géographique et logistique

Jusqu'en 2020, la gestion des stocks stratégiques reposait sur une circulaire du 21 août 2013. Le dispositif s'articulait autour d'une plateforme nationale de 37 000 mètres carrés, répondant à toutes les normes pharmaceutiques et située en région Grand Est, et sept plateformes zonales couvrant les zones de sécurité et de défense, en métropole et outre-mer.

L'expérience de la crise sanitaire a entraîné d'importants réaménagements. La plateforme nationale reste gérée par Santé publique France, les plateformes zonales sont sous-traitées à des prestataires logistiques avec des surfaces réservées dans des bâtiments plus vastes pour gagner en souplesse et en réactivité, en cas de crise pandémique. Sept unités supplémentaires ont été créées sur cinq zones et leur implantation a été étudiée pour assurer une distribution rapide à tous les points du territoire.

Carte n° 2 : zonage de distribution des plateformes de SPF en 2024

Note : la carte superpose les périmètres des plateformes correspondant aux zones de défense et les cinq zones géographiques consacrées spécifiquement aux masques et autres équipements de protection individuelle (EPI), mises en place dans le cadre de l'acquisition massive d'EPI pendant et après l'épidémie ; les couleurs correspondent aux sept zones de défense et les « traits gras » aux périmètres de distribution des sept autres plateformes.

Source : Santé publique France

Dans les départements et régions d'outre-mer, des sites de pré-positionnement de proximité ont été constitués. Les collectivités d'outre-mer et la Nouvelle-Calédonie, quant à elles, disposent de compétences propres²⁸⁶ en matière de santé et organisent leur stockage et leur distribution avec, au besoin, des ponts aériens depuis l'hexagone.

²⁸⁶ L'État est pleinement compétent en matière de santé publique dans les départements et régions d'outre-mer (Guadeloupe, Martinique, Guyane, La Réunion, Mayotte) ; en Polynésie et en Nouvelle-Calédonie, il n'est pas compétent dans le domaine ; à Wallis-et-Futuna, Saint-Pierre-et-Miquelon, Saint-Martin et Saint-Barthélemy, malgré des particularités locales, il reste compétent en ce qui concerne la protection sanitaire des populations.

B - Un renouvellement engagé

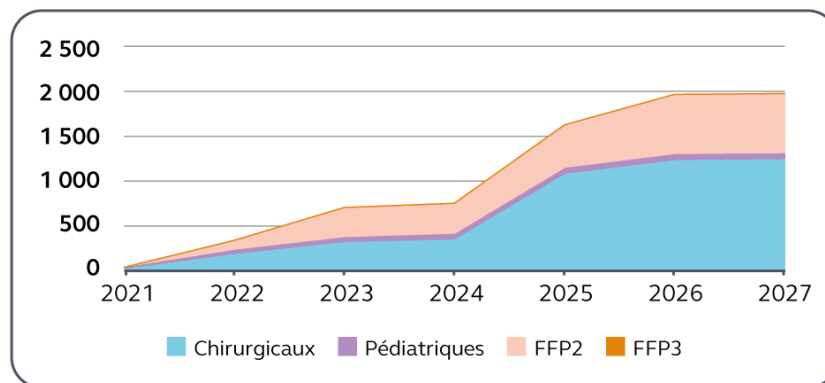
Les masques se périment en règle générale après cinq ans de détention. Tous les masques acquis pendant la crise sanitaire seront donc obsolètes d'ici 2026. La reconstitution du stock stratégique a été engagée avec des masques d'origine européenne, à des conditions financières devenues favorables.

1 - Une péremption prochaine des masques acquis pendant la crise sanitaire

Parmi les masques acquis pendant la crise sanitaire, 715 millions étaient périmés à la fin de l'année 2024²⁸⁷. Ces masques, à durée de vie courte, avaient été achetés en Chine au début de la crise sanitaire. Le 1,2 milliard restant se périmerait en 2025-2026.

En 2022, 407 millions de masques chirurgicaux à durée de péremption courte ont été distribués, principalement au ministère de l'éducation nationale (91 %). Ces distributions, possibles en période d'état d'urgence sanitaire, ont été interrompues depuis 2023 et elles ne permettront plus de réduire le stock avant sa péremption complète.

Graphique n° 23 : nombre de masques périmés dans le stock de 2021 à 2027 (projection entre 2025 et 2027, en millions)



Note : Les projections ne prennent pas en compte l'instruction de la DGS du 5 décembre 2024 de détruire 11 000 palettes, soit de l'ordre de 600 millions de masques.

Source : Cour des comptes d'après données Santé publique France

²⁸⁷ 350 millions de masques chirurgicaux, 340 millions de FFP2 et 60 millions de masques pédiatriques.

Ce stock obsolète pose un problème de gestion à Santé publique France. L'espace de stockage sera saturé à 97 % dès 2025 du fait de l'acquisition de masques neufs (voir *infra*). En l'absence de toute distribution, il faudra soit augmenter la taille des plateformes²⁸⁸, soit détruire les masques périmés. Le coût de destruction de 1,4 milliard de masques chirurgicaux serait de 5 M€ et celui de 700 millions de masques FFP2 de 4 M€.

Les destructions de masques réalisées jusqu'à présent n'ont porté que sur des masques non-sanitaires périmés et non-conformes, impropres à toute utilisation. La direction générale de la santé (DGS) a demandé à Santé publique France de détruire 317 millions de ces masques le 14 mars 2022. 180 millions ont été détruits en 2022 et 100 millions en 2023. Un moratoire a été ensuite décidé en février 2024 pendant la période des jeux olympiques. Après un nouvel état des lieux, la DGS a émis, le 5 décembre 2024, une nouvelle instruction portant sur 10 808 palettes, qui pourraient concerner les 224 millions de masques non-conformes, pollués ou soumis à inondation, encore stockés par Santé publique France et les 355 millions de masques non-sanitaires déjà périmés ou en voie de péremption. La DGS n'autorise en revanche aucune destruction de masques sanitaires standard simplement périmés.

Des études américaines ont estimé que des masques ne perdent pas leurs propriétés de respirabilité et de filtration après cinq ans²⁸⁹. Leur péremption est surtout liée à la rupture plus fréquente des élastiques de fixation lors de la pose sur le visage. Selon Santé publique France, les résultats de ces études ne s'appliquent pas aux masques qu'elle stocke. Ceux-ci seraient de nature différente et leurs conditions de stockage (humidité notamment) en réduiraient les capacités de filtration. Aucune étude scientifique n'a toutefois été conduite en France pour déterminer pour quelle durée, au-delà des cinq années recommandées par les fabricants, il était souhaitable de conserver les masques sanitaires, donc possiblement de les utiliser en cas de crise sanitaire grave.

²⁸⁸ Cette solution supposerait de regrouper les masques périmés dans des zones spécifiques des plateformes.

²⁸⁹ Par exemple, National Institute for Occupational Safety and Health (États-Unis) *Inhalation and exhalation resistance and filtration performance of stockpiled air-purifying respirators*, 25 mars 2020. L'étude portait sur près de 4000 masques fabriqués entre 7 à 17 ans auparavant. Elle concluait que 98 % d'entre eux avaient conservé leurs propriétés.

**D'autres équipements de protection individuelle
et tests vieillissants présents dans le stock**

Le stock stratégique comprend, outre les masques, 1,47 milliard de gants, blouses, tabliers, lunettes, sur-chaussures et charlottes, dont 1,15 milliard mobilisable.

Leur distribution a été limitée pendant la crise sanitaire – 80 % de ceux acquis ont intégré le stock stratégique - et les pénuries observées, hormis pour les gants jusqu'en octobre 2020, ont été brèves. Les blouses et tabliers nécessitent des espaces de stockage importants et contribuent à la saturation prochaine des capacités. Enfin, les objectifs de stockage ont été définis par la DGS pendant la crise sanitaire sans être soumis au Haut Conseil de la santé publique (HCSP). Dans son instruction du 5 décembre 2024, la DGS a demandé à Santé publique France de détruire 468 palettes de ces équipements. À l'avenir, lorsque le stock sera entièrement périmé, et après avis du HCSP pour dimensionner le besoin, elle s'interroge sur l'opportunité de conserver un stock sanitaire d'État en sus de stocks tampons qu'elle rendrait obligatoires dans les hôpitaux.

Santé publique France détient également 10,5 millions d'autotests et 2,1 millions de tests antigéniques acquis en 2021 et en 2022, dont la durée de conservation est inférieure à deux ans. Ces tests sont périmés dans leur totalité et inutilisables en cas de nouvelle crise sanitaire. Le coût de leur destruction serait inférieur à 300 000 € selon l'estimation de la Cour et, en tout état de cause, moins onéreux que la perpétuation de leur conservation dans des espaces à température contrôlée.

**2 - Un renouvellement engagé à des conditions plus favorables
après la crise sanitaire**

Par lettre du 9 juin 2022, la DGS a demandé à Santé publique France d'acquérir 200 millions de masques, dont 144 millions chirurgicaux, 16 millions pédiatriques, 40 millions FFP2 et 30 000 FFP3. Cet achat permet de stabiliser le nombre de masques mobilisables autour de 1,35 milliard jusqu'en 2025.

L'instruction de la DGS a requis que les masques soient d'origine européenne pour leur fabrication et leurs matières premières, hors élastiques²⁹⁰. Les critères environnementaux et sociaux ont été pondérés à 15 % chacun, contre 20 % pour le prix²⁹¹.

²⁹⁰ Application de l'article L. 2112-4 du code de la commande publique et du guide des bonnes pratiques et leviers d'action pour garantir la sécurité des approvisionnements (janvier 2022).

²⁹¹ Les autres critères étant la qualité technique (30 %) et la sécurité des approvisionnements (20 %).

Une étude de sourcing auprès de 22 fabricants français a confirmé que leurs capacités de production étaient limitées. Santé publique France a donc opté pour une multi-attribution à trois titulaires chacun pour les masques chirurgicaux et FFP2, interdisant aux candidats de postuler sur les deux lots. Après autorisation du conseil d'administration, l'appel d'offres a été publié en octobre 2022²⁹². 52 offres ont été déposées et 34 retenues après vérification de leur conformité.

Seules des entreprises françaises ont répondu à l'appel d'offres même si des candidatures européennes étaient possibles²⁹³. La concurrence a été réelle, avec un nombre d'offres notées allant de 10 pour les masques pédiatriques à 18 pour les chirurgicaux. Les lots de masques chirurgicaux et FFP2 ont été attribués le 13 février 2023, les lots de masques pédiatriques, FFP2 de taille non standard (S et L) et FFP3, le 30 mars²⁹⁴.

Les prix obtenus pour cette mise en concurrence ont été bas par comparaison aux prix objectifs déterminés au préalable : le coût du marché a été de 11,4 M€ toutes taxes comprises, soit la moitié du prix-cible.

**Un intérêt économique à échelonner les achats dans le temps
au lieu de les concentrer dans les périodes de crise sanitaire**

Le coût d'achat des 1,43 milliard de masques chirurgicaux et 0,41 milliard de masques FFP2 stockés au 31 décembre 2020, acquis au plus fort de la crise sanitaire dans un contexte de pénurie mondiale et, pour partie, avec des frais logistiques élevés liés à la mise en œuvre d'un pont aérien depuis la Chine, s'est élevé à 1,2 Md€ hors taxes selon le rapport de la Cour sur les dépenses covid 19 financées par Santé publique France en 2021²⁹⁵.

Si les acquisitions avaient été réalisées auparavant au fil de l'eau, à des conditions de prix proches de celles de 2022, le prix d'achat de ces masques aurait été de 110 M€ hors taxes, soit 11 fois moindre. Le surcoût lié à l'obligation de reconstituer le stock en période de crise a dépassé 1 Md€.

²⁹² Bulletin officiel des annonces des marchés publics du 7 octobre 2022 et journal officiel de l'Union européenne du 10 octobre 2022.

²⁹³ Il semble que les entreprises européennes ont tendance à privilégier leur marché national, dans un contexte où plusieurs pays essaient de structurer leur propre filière de masques. Le poids des critères sociaux et environnementaux par rapport au critère de prix a pu aussi décourager des entreprises non françaises.

²⁹⁴ Ils ont été notifiés aux fournisseurs désignés respectivement le 17 mars et le 26 avril.

²⁹⁵ Tableau n° 11 du rapport d'observations définitives adressé le 2 décembre 2021 à la DGS et à Santé publique France concernant *les achats liés à la crise sanitaire financés par les dotations exceptionnelles de l'assurance maladie à Santé publique France*.

L'exécution du marché a été difficile. Un fabricant a été dans l'incapacité de fournir les volumes dans le délai requis de douze mois après la notification du marché et a retardé l'achèvement de ses livraisons de mars à novembre 2024²⁹⁶. Un autre fournisseur, en grande difficulté financière, a été placé en redressement judiciaire puis en liquidation, abandonnant la fabrication de masques et interrompant ses livraisons. Le marché avec ce fournisseur a été résilié et 42 millions de masques chirurgicaux et pédiatriques n'ont pas été livrés.

Le fournisseur défaillant était loin d'être le moins-disant pour les conditions de prix. En tout état de cause, ce ne sont pas les conditions de prix de ce marché qui sont à l'origine de ses difficultés financières.

3 - Une reconstitution à venir du stock mobilisable

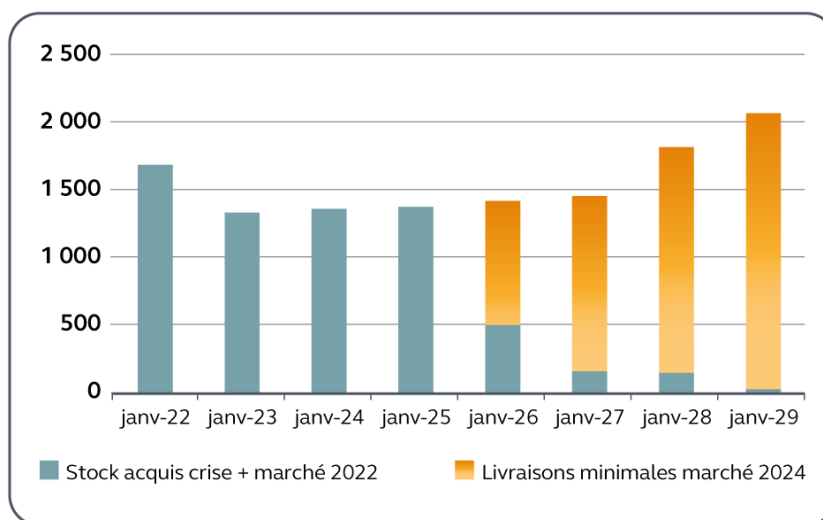
Même avec l'ajout des 158 millions de masques acquis en 2023, le nombre de masques mobilisables était appelé à se réduire de façon importante à partir de 2025.

Aussi, la DGS a adressé à Santé publique France une instruction du 22 février 2024 lui demandant d'acquérir un milliard de masques supplémentaires avec la répartition suivante : 677 millions de masques chirurgicaux et pédiatriques, 303 millions de masques FFP2 et 20 millions de masques FFP3.

Après autorisation du conseil d'administration de Santé publique France, le marché a été publié le 8 mai 2024. Les résultats ont été notifiés aux titulaires en fin d'année 2024, pour une exécution demandée avant la fin de l'année 2025. Le nombre d'attributaires a été porté à dix pour le lot de masques chirurgicaux et à six pour le lot de FFP2. Un lot de 23 millions de masques chirurgicaux a été déclaré infructueux, un lot de 60 millions de masques FFP2 est toujours en cours d'attribution et 917 millions de masques ont été finalement commandés, exclusivement à des entreprises françaises. Si le marché est exécuté dans de bonnes conditions, le nombre de masques du stock mobilisable devrait donc être porté à 1,4 milliard en janvier 2026. Le marché prévoit ensuite trois tranches annuelles d'un montant minimal de 400 millions de masques, qui devraient permettre de porter le stock au moins à 2 milliards de masques d'ici à janvier 2029.

²⁹⁶ Les pénalités de retard prévues au marché ne lui ont pas été appliquées car un calendrier modifié a été accepté par Santé publique France auquel le fournisseur s'est tenu.

Graphique n° 24 : état du stock de masques sanitaires mobilisables de SPF et projection jusqu'en janvier 2029 (en millions)



Note : Sous réserve de livraison dans les délais des masques commandés par le marché de 2024.

Source : Cour des comptes d'après données Santé publique France

Les acquisitions du marché de 2024 devraient donc permettre de stabiliser, puis de relever le stock mobilisable, malgré la péremption d'une grande partie du stock du stock acquis en 2020-2021.

Entre le premier marché de 2022 et le deuxième marché de 2024, les prix unitaires ont encore baissé, en lien avec l'effet volume, de 5,6 % pour les masques chirurgicaux et de 11,3 % pour les masques FFP2.

II - Une doctrine d'emploi et une organisation opérationnelle à redéfinir

Dans le rapport précité de 2021, la Cour avait critiqué l'absence de définition par la DGS d'une doctrine sur le niveau du stock de masques et sur les conditions de leur distribution. Pendant la crise sanitaire, le stock avait été fixé à 1 milliard de masques, dont 800 millions chirurgicaux et 200 millions FFP2, sans que ce niveau ait été clairement rapporté aux besoins de populations-cibles ni rattaché à un schéma directeur de distribution dont la logistique aurait été préalablement définie et organisée.

Un nouvel objectif a été fixé à deux milliards de masques par la DGS après consultation du Haut Conseil de la santé publique (HCSP). Toutefois, cet objectif n'est pas clairement formalisé et les conditions de rotation du stock avant péremption et de distribution en cas de crise n'ont pas été clairement définies.

A - Une doctrine à clarifier

Pour définir l'objectif-cible du nombre de masques à stocker, le ministère chargé de la santé a entrepris un processus de consultation du HCSP, à l'issue duquel une réunion interministérielle a finalement permis d'avaliser un rehaussement de l'objectif. Celui-ci n'est toutefois pas clairement formalisé, ce qui ne permet pas de préparer les conditions de la distribution en cas de nouvelle crise sanitaire.

1 - Un long processus de consultation et de décision

Le 5 mai 2021, alors que la Cour investiguait les conditions de gestion des masques pendant la crise sanitaire, la DGS a saisi le HCSP afin de lui demander d'émettre des recommandations sur le type de masques devant constituer le « stock État » et sur le dimensionnement de ce stock.

Dans son avis du 6 août 2021, le HCSP a rappelé que le stock stratégique visait historiquement la population générale et les catégories à risque. La crise sanitaire a toutefois élargi cette approche en intégrant les besoins des établissements et professionnels de santé en cas d'insuffisance de leurs propres stocks : en 2020, la priorité a été donnée aux hôpitaux et aux Ehpad par rapport aux autres catégories. Le HCSP a donc recommandé à l'État d'identifier les populations-cibles en fonction de leur exposition au risque avant de déterminer un objectif-cible de stock.

La DGS a réitéré sa demande, en février 2022, en interrogeant le HCSP sur la pertinence pour l'avenir de l'objectif qu'elle avait assigné pendant la crise sanitaire de 1 milliard de masques pour le stock stratégique et, à défaut, de proposer une nouvelle évaluation. Le HCSP, dans un avis d'avril 2022, a décrit trois catégories de populations-cibles (malades et soignants, professionnels exposés, population générale) et défini leurs besoins quotidiens minimaux et maximaux selon trois scénarios de gravité. Il n'a pas chiffré les effectifs par catégorie ni le nombre de masques requis, laissant à l'État la responsabilité de cette tâche.

Une réunion, présidée par la directrice de cabinet du ministre chargé de la santé, le 9 novembre 2022, a conclu que l'estimation du nombre de masques à acquérir pour couvrir l'ensemble des populations décrites dans

l'avis du HCSP n'était « *pas compatible avec les contraintes logistiques et budgétaires qui sont les nôtres aujourd'hui pour la gestion du stock sanitaire d'État* ». La prise en compte de l'avis aurait conduit à stocker entre 7 et 25 milliards de masques selon les scénarios.

La DGS a proposé, dans deux notes au ministre chargé de la santé, du 12 janvier et du 10 février 2023, de doubler le stock stratégique à deux milliards de masques. La proportion de FFP2 devait passer de 20 % à 30 %, soit 600 millions de masques, au lieu de 200 millions, auxquels devait s'ajouter 2 % de FFP3 (soit 40 millions d'unités). Le stock stratégique devait correspondre à sept semaines de consommation, les établissements de santé, médico-sociaux, professionnels libéraux, etc. devant constituer des stocks correspondant à trois semaines de crise. Parmi les personnes précaires, seules les 300 000 personnes sans domicile fixe devaient être protégées²⁹⁷. Enfin, pour les personnes malades et les cas contacts, la protection prévue correspondait à deux semaines de consommation après la période de quarantaine.

Tableau n° 24 : dimensionnement du stock État à 2 milliards de masques par catégories de populations (en millions d'unités)

Catégorie	Chirurgicaux	FFP2	FFP3	Semaines de crise
Professionnels de santé et connexes (pompiers...)	405,8	226,6	40	7
Personnes atteintes	262,5	0,0	0,0	2
Cas contacts	420,0	168,0	0,0	2
Personnes à risque	210,0	210,0	0,0	7
Personnes très précaires	60,0	0,0	0,0	10
Total	1 358,3	604,6	40,0	

Source : direction générale de la santé

La DGS prévoyait en conséquence de demander, par circulaire, aux agences régionales de santé (ARS) d'imposer aux établissements de santé, médico-sociaux, et aux professionnels libéraux, de constituer trois semaines de stock. Une campagne de communication devait encourager les familles à stocker à domicile une boîte de 50 masques ou 10 masques réutilisables en tissu.

²⁹⁷ Pour les autres personnes en situation de précarité (9 millions), la solution envisagée était l'envoi de masques lavables et réutilisables.

Le 20 avril 2023, le ministre a retenu le principe d’« *obtenir une validation interministérielle, puis faire tamponner les grands objectifs en mobilisant l’expertise* », nécessaire pour entériner les conséquences budgétaires de la décision. La DGS a échangé avec la direction générale de l’offre de soins (DGOS), Santé publique France et le secrétariat général de la défense et de la sécurité nationale (SGDSN) sur l’application de la proposition. Le SGDSN en a accepté les principes mais a rappelé la nécessité pour le ministère de la santé d’organiser une réunion interministérielle pour la faire valider.

La réunion interministérielle d’arbitrage s’est finalement tenue le 3 juillet 2024. Pour expliquer ces longs délais de décision, la DGS a invoqué l’instabilité ministérielle avec six ministres et cabinets successifs entre janvier 2022 et août 2024 (et deux depuis lors).

2 - Un objectif qui n’est pas clairement formalisé

La réunion interministérielle a « *pris acte* » de la nouvelle cible à 2 milliards de masques du stock stratégique pour les besoins du système de santé, des cas contacts et des populations vulnérables, considérant que « *la définition du besoin de santé publique auquel doit répondre le stock stratégique de l’État relève de la responsabilité du ministère chargé de la santé* ». Santé publique France a été informée de ce doublement de l’objectif, cohérent avec l’instruction reçue de la DGS pour la passation du marché de masques 2024. En revanche, ni les populations-cibles, ni la répartition indicative des masques entre elles ne lui ont été précisées. Ces informations sont toutefois nécessaires pour préparer l’organisation de la distribution en cas de nouvelle crise sanitaire.

Il est nécessaire, en outre, de couvrir les besoins des personnels de l’État, notamment de ceux en première ligne en cas de crise sanitaire (forces de sécurité intérieure, enseignants...). Ceux-ci sont estimés à trois milliards de masques par la DGS, en sus des deux milliards pour les besoins du système de santé, malades, cas contacts, vulnérables et très précaires.

Selon la DGS, Santé publique France ne serait pas en mesure d’assurer la conservation d’un tel volume sans une modification profonde de son organisation. Elle ne pourrait pas non plus en assurer la distribution. La réunion interministérielle n’a pas pris de décision concernant ces besoins additionnels.

Le besoin total de couverture pour faire face à une crise sanitaire de dix semaines a été au final estimé à douze milliards de masques, dont les cinq milliards déjà cités pour la sphère publique. Pour y répondre, la

réunion interministérielle a avalisé le principe d'un renforcement de l'obligation juridique de stockage des employeurs et a demandé que les modalités de contrôle associées soient instruites²⁹⁸. Elle a accepté le principe d'une campagne de communication à destination de la population générale pour l'encourager à constituer des stocks. Ces deux actions n'ont pour l'instant pas été mises en œuvre.

B - Une nécessaire régularité d'acquisition et de rotation dynamique des masques

Pour appliquer le nouvel objectif de stock stratégique, les conditions d'un achat régulier à long-terme devraient être précisées à Santé publique France et les masques devraient pouvoir être cédés aux hôpitaux avant péremption afin d'éviter l'accumulation de stocks périmés coûteux à entretenir ou leur destruction.

1 - Des conditions d'achat à long-terme à préciser

Le marché d'achat engagé en 2024 par Santé publique France sur instruction de la DGS assurait le renouvellement du stock mobilisable au-delà de 2026 (cf. *supra*) mais permettait aussi son augmentation à terme. Pour cela, il a été constitué sur une durée de quatre ans, avec une première tranche ferme visant l'achat d'un milliard d'unités en 2025²⁹⁹ et trois tranches annuelles de 2026 à 2028 pour lesquelles Santé publique France décidera des volumes à acheter annuellement entre un minimum de près de 400 millions et un maximum de près de 700 millions, en respectant les parts attribuées à chacun des fournisseurs retenus initialement. Une clause de révision définit les prix applicables à ces achats sur toute leur durée.

²⁹⁸ L'instruction précédente de 2013 du SGDSN à destination des employeurs concernant la « doctrine de protection des travailleurs face aux maladies hautement pathogènes à transmission respiratoire » n'était pas accompagnée d'obligations spécifiques ni de contrôles. Un droit souple a été jusqu'ici favorisé au détriment des mesures contraignantes pour les employeurs, avec néanmoins la référence à l'obligation générale du code du travail sur la protection des employés.

²⁹⁹ Deux lots n'ont pas reçu de réponse satisfaisante, ce qui représente 83 millions de masques en moins en 2025.

**Tableau n° 25 : nombre de masques commandés
par l'appel d'offres de 2024 (en millions)**

<i>Dénomination</i>	Achat 2025	Achats annuels 2026 à 2028	Total acheté
<i>Chirurgicaux adultes</i>	620	247 à 620	1 361 à 2 480
<i>Chirurgicaux pédiatriques</i>	27	9 à 27	55 à 108
<i>Chirurgicaux à lanières</i>	7	3 à 7	16 à 28
<i>FFP2</i>	243	101 à 243	546 à 972
<i>FFP3</i>	20	8 à 20	44 à 80
Total	917	368 à 917	2 022 à 3 668

Lecture : les achats totaux seront compris entre 2 022 et 3 668 millions de masques, dont 917 millions en 2025 et le solde entre 2026 et 2028.

Source : Cour des comptes d'après Santé publique France

Les volumes à acheter entre 2026 et 2028 dépendront ainsi des instructions données par la DGS et de la capacité des fournisseurs à livrer les masques de la première tranche dans les délais avant fin décembre 2025. L'intervalle entre le minimum et le maximum du marché, important, permet de viser une cible de 2 à 3,7 milliards de masques mobilisables en 2028.

Toutefois, Santé publique France n'est pas en mesure, avec son organisation et ses moyens actuels, de gérer un stock de masques supérieur à 2,5 milliards. Cette capacité de stockage est déjà utilisée, pour plus de la moitié, par des masques qui seront périmés en 2025 mais encore potentiellement utilisables en cas de nouvelle crise.

Il serait donc souhaitable que la DGS définisse à Santé publique France un nouvel objectif de stock stratégique, en précisant s'il inclut ou non les masques périmés, et en lui allouant les moyens en rapport avec l'atteinte de cet objectif. Cet objectif devrait être défini sur un horizon de temps suffisamment long pour permettre des acquisitions régulières, non soumises à des à-coups annuels importants. Par exemple, aux conditions du marché de 2024, le coût d'achat annuel de 400 millions de masques pour un stock mobilisable de 2 milliards d'unités d'une durée de conservation de cinq ans serait de 27 M€ par an toutes taxes comprises, soit 135 M€ de valeur du stock. Il faudrait y ajouter les coûts de stockage, qui doubleraient par rapport à la période actuelle. Ces coûts conséquents appellent une gestion dynamique de ce stock pour la rendre plus performante.

La perspective de commandes annuelles régulières et prévisibles serait une opportunité pour la structuration et la pérennité d'une offre nationale et européenne, stratégique en cas de nouvelle crise sanitaire.

2 - Une gestion du stock à rendre dynamique

Dans un avis du 1^{er} juillet 2011, antérieur à la crise sanitaire, le Haut Conseil de la santé publique avait recommandé une gestion « tournante » et non « dormante » du stock stratégique. Le but était de transférer aux hôpitaux les masques avant leur date de péremption plutôt que de les détruire après.

Une telle gestion présente trois avantages. Elle représente une économie nette pour l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) de la sécurité sociale puisqu'elle permet de financer une partie des besoins des hôpitaux à partir des sorties du stock stratégique. Elle évite l'accumulation de stocks de masques périmés, onéreux à conserver. Enfin, en organisant la distribution en continu du stock stratégique vers les principaux acteurs de santé, elle prépare les distributions de crise.

Dans son avis, le HCSP ne tranchait pas entre une cession à titre onéreux ou gratuit. Toutefois, la cession à titre onéreux présenterait deux obstacles importants. Elle supposerait une réforme réglementaire préalable pour autoriser Santé publique France, établissement public administratif, à vendre les masques stockés. Surtout, les conditions de prix à appliquer à la vente seraient difficiles à établir : les prix très élevés pendant la crise ne pourraient servir de référence et il faudrait prendre en compte le fait que les produits cédés auraient une durée de péremption plus rapprochée que s'ils étaient acquis neufs auprès d'un industriel.

La cession à titre gratuit à des hôpitaux publics apparaît plus simple à organiser. La livraison de 400 millions de masques par an en vitesse de croisière, pour un stock stratégique de 2 milliards de masques, correspondrait à plus de la moitié de la consommation annuelle des hôpitaux publics pour une économie de l'ordre de 25 à 30 M€ par an. Elle permettrait aux établissements bénéficiaires d'alléger la contrainte de porter leurs stocks de masques à trois semaines de consommation de crise.

Une telle évolution supposerait, toutefois, une modification du code général de la propriété des personnes publiques (CGPPP), dont l'article L. 3212-2 dresse la liste des cessions de biens mobiliers qui, par exception, peuvent être réalisées gratuitement. En l'état actuel du droit, les seules exceptions autorisées sont les dons aux personnes précaires et à des États étrangers.

L'article 94 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2022, issu d'un amendement parlementaire, a étendu l'exception du CGPPP aux biens meubles de Santé publique France dans le cadre des missions qui lui sont confiées et au profit des établissements publics de l'État, des collectivités territoriales, de leurs groupements et établissements publics,

et des établissements publics de santé. La justification de cet article reposait à titre principal sur l'économie des coûts de destruction de ces stocks par Santé publique France, estimée entre 1 et 3 M€ par an. Le Conseil constitutionnel l'a censuré dans sa décision n° 2021-832 DC du 16 décembre 2021, considérant qu'il n'avait pas sa place dans une loi de financement.

La réunion interministérielle du 3 juillet 2024 a rappelé la nécessité de cette mesure « *afin de réduire le gaspillage lié à la péremption de masques* ». Le ministère doit trouver le véhicule législatif adéquat, dans un cadre juridique sécurisé.

Si cette évolution était appliquée, Santé publique France devrait mettre en œuvre en routine, et non plus seulement pendant les périodes de crise sanitaire, des livraisons à des établissements de santé, en réponse à leurs commandes. Elle dispose déjà d'un portail de commandes mais il n'est opérant que pour les vaccins covid. Elle n'est en outre pas organisée pour procéder régulièrement à de telles distributions.

C - Une distribution à préparer dans l'éventualité d'une nouvelle crise sanitaire

Au-delà de la reconstitution d'un stock stratégique, le ministère chargé de la santé doit réviser sa stratégie de distribution en cas de crise sanitaire. Pour cela, Santé publique France doit pouvoir disposer de systèmes d'information opérationnels et d'une carte complète des établissements bénéficiaires pour leur distribuer les masques en cas de crise.

1 - Une stratégie de distribution à actualiser

La circulaire du 21 août 2013 précitée, qui constitue le référentiel actuel, met les préfets au cœur de la stratégie de distribution de crise. Ceux-ci sont chargés d'établir un plan départemental en lien avec les agences régionales de santé, et de prévoir la réquisition des transports disponibles ainsi que les destinataires finaux. Les conditions opérationnelles sont définies de manière indirecte, dans les cahiers des charges des prestataires de stockage des plateformes et des transporteurs de Santé publique France, dans l'hexagone et outre-mer.

Santé publique France est organisée pour assurer des livraisons *via* des intermédiaires et des points à livrer : la distribution des palettes, décidée par le centre de crise sanitaire de la DGS, passe par les transporteurs, des grossistes-répartiteurs et des établissements hospitaliers. Il revient ensuite à ces intermédiaires de distribuer les masques aux

pharmacies et aux acteurs de santé de leur territoire (autres hôpitaux, cliniques, Ehpad, etc.). Pendant la crise sanitaire, le circuit des grossistes-répartiteurs a été efficace mais celui des hôpitaux réceptionnaires l'a été beaucoup moins, ceux-ci considérant que la distribution des masques ne relevait pas de leurs missions. En particulier, la distribution aux établissements médico-sociaux et aux nombreuses structures de soins (centres de dialyse, services de soins infirmiers à domicile, etc.), souvent de petite taille, s'est avérée peu efficace.

Le relèvement de l'objectif de stock stratégique doit conduire à une actualisation de la stratégie de distribution. Le compte rendu de la réunion interministérielle du 3 juillet 2024 invite ainsi à « *travailler à définir les modalités de stockage, d'acheminement et de distribution du stock stratégique* », précisant que, « *à ce stade, ces modalités ne sont pas définies [...], ce qui expose l'État au risque de ne pouvoir répondre aux besoins de la population en temps utile.* » La mise à jour des schémas et des documents stratégiques devrait permettre de clarifier les rôles et les responsabilités des différents acteurs au niveau national et territorial.

2 - Des systèmes d'information à restructurer

Santé publique France ne dispose pas d'un système d'information unifié pour la gestion de ses stocks. Les prestataires privés utilisent leurs propres logiciels et Santé publique France s'appuie sur un logiciel ancien et peu ergonomique, *Gildas*, pour la gestion du stock national. Conçu pour un stock dormant, *Gildas* ne produit pas automatiquement de tableaux de bord ni d'alertes sur la péremption des lots. Les inventaires et le suivi statistique sont réalisés manuellement, ce qui est une source potentielle d'erreurs. L'actualisation des tableurs doit être réalisée de nuit pour éviter la saturation des serveurs.

Pour pallier ces limites, Santé publique France a acquis pendant la crise un second outil, *Fluide*, interfacé avec *Gildas* et les logiciels des prestataires. *Fluide* produit deux extractions quotidiennes du stock et inclut depuis 2022 un module de commande pour les vaccins covid. Cependant, il ne propose ni tableau de bord consolidé ni gestion automatisée des péremptions.

Le contrat d'objectif et de performance de Santé publique France pour la période 2024-2028, signé en juin 2024, prévoit le développement d'un nouveau progiciel de gestion de ses stocks pour son établissement pharmaceutique, intégré avec sa comptabilité (de type *enterprise resource planning*). Le marché d'acquisition est en cours de préparation, pour une application prévue à la fin du contrat, en 2028.

3 - Une articulation à améliorer avec les acteurs de santé

Pendant la crise sanitaire, il a été envisagé de mettre en œuvre un portail de commandes ouvert à tous les établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux et, parallèlement, d'adapter les cahiers des charges des prestataires de plateformes de Santé publique France pour qu'ils puissent réaliser des petits colis de boîtes de masques et les envoyer à tous les destinataires identifiés, hors circuit des grossistes-répartiteurs. Le petit colisage a bien été intégré aux cahiers des charges des transporteurs et des plateformes sans que Santé publique France ne se soit assurée des conditions de mise en œuvre opérationnelles de cette clause, notamment par une adaptation des systèmes d'information.

Le projet de répertoire opérationnel des ressources national, qui vise à cartographier l'ensemble des ressources sanitaires et logistiques disponibles sur le territoire, constitue une opportunité pour pallier cette faiblesse. L'interfaçage des systèmes informatiques de Santé publique France avec ce répertoire lui permettrait de disposer d'une carte à jour des différents acteurs de santé, tant publics que privés, dans les territoires.

En période de crise sanitaire, l'interfaçage serait complémentaire de la mise en œuvre d'un portail de commandes et d'un dispositif d'adaptation des colisages pour un envoi direct des masques par les prestataires de plateformes de Santé publique France. En dehors des périodes de crise, le dispositif pourrait être mis en œuvre pour assurer la gestion dynamique du stock, en assurant en continu les commandes et les livraisons des acteurs de santé avant la date de péremption des masques, évitant leur destruction et assurant un débouché régulier et constant à la filière de production française et européenne.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

La crise de covid 19 a souligné la nécessité pour la France de pouvoir, à tout moment, mobiliser un stock permanent de masques au moyen d'un système de distribution rapide et efficace aux populations-cibles identifiées par les pouvoirs publics. Elle a rappelé l'importance stratégique d'une industrie française et européenne en mesure d'assurer une production qui réponde à ces besoins.

Devant la perspective d'une péremption, dès 2026, de la totalité des masques acquis pendant la crise, de nouveaux marchés d'achat ont été lancés par l'État et Santé publique France afin de renouveler et augmenter le stock. Toutefois, le niveau-cible et les conditions de ce renouvellement n'ont été que partiellement décidés. La gestion dynamique du stock, pourtant la plus économique et la plus efficiente pour structurer une filière industrielle sur la base de perspectives stables de commande de la puissance publique, n'a pas été juridiquement mise en œuvre. Les arbitrages sur les destinataires finaux de masques n'ont pas été communiqués à Santé publique France. Le mode de commande et de distribution vers ces destinataires n'a pas été organisé, au-delà du principe de l'envoi aux grossistes-répartiteurs et aux centres hospitaliers.

L'État doit donc formaliser une doctrine d'emploi du stock stratégique et améliorer la coordination entre les acteurs concernés. L'optimisation des processus logistiques et la modernisation des systèmes d'information doivent garantir l'efficacité des dispositifs mis en œuvre par Santé publique France en cas de futures crises sanitaires. En conséquence, la Cour formule les recommandations suivantes au ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles et à Santé publique France :

- 17. faire évoluer le cadre juridique permettant la cession à titre gratuit des produits issus du stock d'État détenu par Santé publique France (recommandation reformulée) ;*
 - 18. après modification du cadre juridique, organiser en période ordinaire le circuit de distribution des masques avant leur péremption, en fonction des besoins des hôpitaux publics ;*
 - 19. évaluer au bout de quelle durée de conservation les masques deviennent inutilisables en cas de crise sanitaire et les détruire en conséquence ;*
 - 20. étendre le circuit de distribution des masques en cas de crise sanitaire au-delà des seuls hôpitaux publics et pharmacies.*
-

Chapitre VII

Le cumul emploi-retraite : un coût élevé, une cohérence à établir

PRÉSENTATION

Le cumul emploi-retraite consiste, pour un retraité, à exercer une activité rémunérée. Ce chapitre analyse le droit commun, correspondant au cas des retraités des régimes dans lesquels l'âge minimal d'ouverture des droits était de 62 ans avant la mise en œuvre de la réforme de 2023, notamment le régime général. Il ne concerne pas les assurés d'autres régimes comme les cheminots ou les militaires, dont la pension est liquidée précocement et pour lesquels la poursuite de la vie professionnelle relève de règles particulières.

Le repérage des retraités en cumul emploi-retraite pose des difficultés d'autant que les dernières données disponibles fiables datent de 2020. Pour l'ensemble des régimes de retraite (hors régimes spéciaux), la Cour estime le nombre de retraités exerçant une activité rémunérée à environ 710 000 en 2020. Selon des données provisoires, ce nombre serait un peu plus élevé en 2021. Cette population a crû de manière significative à la suite des différentes réformes du cumul emploi-retraite intervenues depuis 2009.

Le cumul emploi-retraite est considéré favorablement par les pouvoirs publics car les retraités constituent une force de travail contribuant à la croissance, et il permet à des retraités modestes de compléter leurs revenus. Par ailleurs, ces retraités acquittent sur ces revenus additionnels les cotisations sociales de droit commun et l'impôt sur le revenu.

Pour autant, de nombreux pays de l'OCDE prévoient un plafonnement des revenus d'activité des retraités avant l'âge d'obtention automatique du taux plein (67 ans en France). La France se singularise par une réglementation plus accommodante. La Cour préconise qu'il soit mis fin aux effets d'aubaine qui découlent de celle-ci et que soit encouragée l'activité au-delà de l'âge minimal de la retraite sans liquidation de la pension, ce qui est plus favorable à l'équilibre des comptes sociaux.

La réglementation du cumul emploi-retraite apparaît aujourd'hui complexe et mise en œuvre de manière insatisfaisante (I). Le recours croissant à ce cumul pose au système de protection sociale des problèmes de cohérence qui doivent être résolus (II).

Chiffres-clés

En 2020, la Caisse nationale d'assurance vieillesse (Cnav) dénombrait près de 431 000 retraités en activité salariée relevant du régime général et 157 000 en activité indépendante, dont 8 700 exerçant à la fois ces deux types d'activité³⁰⁰. Leur nombre s'est accru de 75 % depuis 2009.

À ces 579 000 retraités, il faut ajouter ceux en activité en dehors de ce régime, notamment 55 000 professionnels libéraux (y compris 3 300 avocats) et 76 000 exploitants agricoles (en partie également pensionnés du régime général), soit un total pouvant aller jusqu'à 710 000 retraités en cumul emploi-retraite.

La pension moyenne des retraités du régime général en cumul emploi-retraite recensés par la Cnav en 2020 était 20 % supérieure à celle de l'ensemble des retraités. Parmi eux, plus de 30 % étaient partis en retraite anticipée pour carrière longue ou avaient obtenu le taux plein dès l'âge minimal de 62 ans pour inaptitude.

Le cumul emploi-retraite dure en moyenne trois à quatre ans. Selon l'enquête Emploi Insee 2021, l'activité est à temps complet dans 30 % des cas et à moins d'un mi-temps dans 40 % des cas. Les revenus d'activité qui en sont issus s'élèvent en moyenne à 9 000 € par an. Ils présentent d'importantes disparités selon le genre et le type d'activité exercée.

En 2020, les retraités en cumul emploi-retraite affiliés au régime général ont perçu environ 12,6 Md€ de pensions et environ 5 Md€ de revenus d'activité.

³⁰⁰ Les services statistiques de la Cnav ont fourni de premières estimations pour l'année 2021 (441 500 exerçant une activité salariée et 187 900 une activité indépendante). L'enquête Emploi en continu de l'Insee identifiait, quant à elle, 503 000 assurés cumulant un revenu d'activité et une pension de retraite en 2021. La différence des modalités de collecte des deux chiffres explique l'écart entre eux et la sous-estimation du chiffre de l'enquête Emploi.

I - Une réglementation confuse et mise en œuvre de manière peu efficiente

La réglementation française en matière de cumul emploi-retraite, issue des réformes successives menées depuis 2009, apparaît complexe ; elle est aussi atypique car plus accommodante que celle de la plupart des autres pays (A). Elle est mise en œuvre de manière peu efficiente par les caisses de retraite, du fait d'un contrôle reposant sur un système déclaratif (B).

A - Une réglementation complexe et atypique par rapport à celle des pays comparables

La plupart des pays développés encadrent le cumul emploi-retraite. La réglementation française se distingue par sa complexité et par des conditions d'accès au cumul moins contraignantes.

1 - Des justifications au cumul emploi-retraite

L'objectif d'un système de retraite obligatoire est de fournir aux travailleurs âgés un revenu de remplacement leur garantissant des moyens d'existence lorsque leur capacité de gain diminue ou disparaît.

Plusieurs arguments peuvent néanmoins plaider en faveur d'une participation des retraités au marché du travail : les travailleurs âgés, même retraités, constituent un facteur de production pouvant bénéficier à l'économie ; une pénurie globale ou sectorielle de main-d'œuvre peut justifier d'inciter des retraités à reprendre un emploi ; le cumul d'un emploi et d'une retraite peut permettre à certains d'améliorer leur niveau de vie grâce à ces revenus complémentaires.

Beaucoup de pays ont ainsi mis en place un dispositif de cumul emploi-retraite qui encadre l'activité des retraités.

Le cumul emploi-retraite à l'étranger

Dans la plupart des pays de l'OCDE, le cumul emploi-retraite est autorisé sans plafond de revenus à partir de l'âge légal de la retraite, qui correspond à l'âge d'obtention automatique du taux plein en France, soit 67 ans. Celui-ci est de 65 ans au Japon et en Nouvelle-Zélande, 66 ans en Belgique et au Royaume-Uni, 67 ans au Danemark, aux États-Unis et Italie. Le cumul emploi-retraite demeure plafonné même après 67 ans en Espagne.

Lorsqu'une liquidation de la retraite est possible avant cet âge, la pension est abattue ou suspendue dans de nombreux pays dès que le revenu d'activité en cumul dépasse un plafond annuel d'environ 8 000 € au Japon, 10 000 € en Belgique, 12 000 € en Italie et 20 000 € aux États-Unis. Seule une minorité de pays (Canada, Pays-Bas, Suède et Allemagne depuis 2023³⁰¹) autorise un cumul sans plafond avant cet âge. Au Canada et aux Pays-Bas, les retraites de base sont toutefois forfaitaires et d'un montant limité³⁰², l'essentiel des pensions étant fourni par des régimes fonctionnant en capitalisation pour lesquels des restrictions au cumul emploi-retraite ont peu d'intérêt³⁰³.

Peu de pays permettent l'acquisition de nouveaux droits à retraite une fois la pension liquidée. C'est le cas de l'Allemagne, dont le régime de base fonctionne par points, du Canada, mais de manière obligatoire uniquement pour les personnes ayant liquidé leur pension avant 65 ans, de l'Italie, en cas de suspension de la pension pour des personnes parties en retraite pour carrière longue, et de la Suède, pour la partie non liquidée de la pension, les retraités suédois pouvant choisir de n'en liquider qu'une fraction (25 %, 50 % ou 75 %).

2 - Des réformes fréquentes et peu cohérentes entre elles

La réglementation du cumul emploi-retraite a été mise en place par une ordonnance du 30 mars 1982 à la faveur de l'abaissement à 60 ans de l'âge minimal de la retraite à taux plein³⁰⁴. Celle-ci conditionnait la liquidation de la pension à la cessation de l'activité mais elle n'empêchait pas l'assuré de reprendre une activité chez un autre employeur.

La loi du 21 août 2003 portant réforme des retraites a instauré un mécanisme de plafonnement des revenus en situation de cumul emploi-retraite. Le total des pensions et des revenus d'activité a été limité au montant

³⁰¹ Le plafond de cumul était de 6 300 € par an en Allemagne avant son abrogation début 2023 en considération de la pénurie de main d'œuvre constatée les années précédentes.

³⁰² Le montant mensuel maximal de la pension du régime de base canadien est de 871 € en 2024.

³⁰³ Dans un régime de retraite par capitalisation, chaque individu constitue un capital pendant sa période d'activité. À la retraite, ce capital lui est restitué sous forme de rente selon une table de mortalité qui le répartit en annuités égales : plus la liquidation est précoce, plus le montant est faible. L'âge de liquidation n'a pas d'effet sur l'équilibre du régime, contrairement aux régimes par répartition, dans lesquels les pensions sont versées sans ajustement du montant de la pension selon l'espérance de vie.

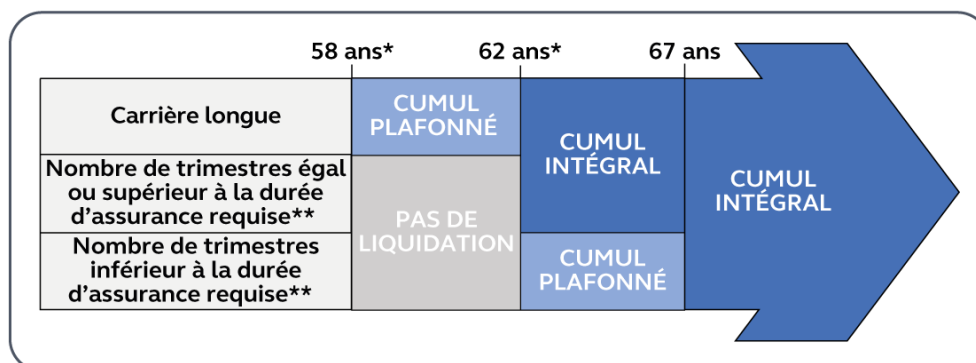
³⁰⁴ La pension de retraite pouvait être liquidée à 60 ans depuis 1945, au prix d'une importante pénalisation monétaire que la réforme de 1982 a supprimée.

du dernier salaire ou à 1,6 fois le Smic brut si ce montant est plus élevé³⁰⁵, la pension étant suspendue au-delà du plafond. Les salariés ont été autorisés à retravailler chez leur ancien employeur après un délai de six mois.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 a autorisé le cumul « intégral » (sans plafond) des revenus d'activité pour les retraités ayant liquidé au taux plein l'ensemble de leurs droits à retraite ou ayant atteint l'âge de l'obtention automatique du taux plein³⁰⁶. La reprise d'activité leur a été permise sans délai, y compris chez le même employeur. Pour les retraités ne justifiant pas de la durée d'assurance ou de l'âge d'obtention automatique du taux plein, le cumul reste plafonné dans des conditions inchangées et la reprise d'activité chez le même employeur soumise à un délai de six mois.

À la suite de la réforme des retraites de 2010, cette réglementation s'est appliquée entre l'âge minimal d'ouverture des droits (62 ans, à terme 64 ans) et l'âge d'obtention automatique du taux plein (67 ans). En conséquence, les assurés partis précocement à la retraite au titre d'une carrière longue (à partir de 58 ans) sont en cumul plafonné avant l'âge de 62 ans, mais bénéficient du cumul intégral après.

Schéma n° 2 : type de cumul emploi-retraite selon l'âge et en fonction des conditions de départ à la retraite au régime général



* En application de la réforme des retraites de 2023, l'âge minimal d'ouverture des droits (62 ans) est relevé à compter du 1^{er} septembre 2023, pour atteindre 64 ans pour les personnes nées en 1968 et après. L'âge d'obtention automatique du taux plein est maintenu à 67 ans.

** Durée d'assurance nécessaire pour bénéficier d'une retraite à taux plein. Celle-ci varie selon l'année de naissance et atteindra 172 trimestres pour les personnes nées en 1968 et après.

Source : Cour des comptes selon la législation en vigueur avant la réforme des retraites de 2023

³⁰⁵ Soit un plafond minimum de 34 595 € brut annuel en novembre 2024.

³⁰⁶ Soit 65 ans à l'époque, 67 ans depuis la loi du 9 novembre 2010.

La loi du 20 janvier 2014 a atténué les conséquences d'un dépassement du plafond en remplaçant la suspension de la pension par un écrêtement³⁰⁷ et a généralisé la règle selon laquelle une reprise d'activité après la liquidation de la retraite ne donnait plus de nouveaux droits.

Ce principe de cotisations non-créatrices de droits alors que les revenus d'activité supportent les cotisations sociales de droit commun a suscité une incompréhension relayée par des travaux parlementaires³⁰⁸. La loi sur la réforme des retraites du 14 avril 2023 est revenue sur ce point : à compter du 1^{er} janvier 2023, les retraités qui bénéficient du cumul intégral peuvent acquérir de nouveaux droits à retraite dans les régimes de base. Toutefois, le droit à percevoir une seconde pension ne leur est pas ouvert s'ils reprennent une activité chez le même employeur avant un délai de six mois, afin de « *décourager des liquidations de retraite prématurées au détriment de la recherche du taux plein ou de la surcote* »³⁰⁹. Cette condition peut susciter l'incompréhension des retraités qui reprennent leur activité chez le même employeur sans délai sans savoir que cela ne leur ouvre pas le droit à une seconde pension.

L'estimation des coûts de la seconde pension

Dans le cadre du projet de loi de 2023, le coût de la seconde pension a été évalué à 240 M€ en 2026, dont 150 M€ pour les régimes de base et 90 M€ pour les régimes complémentaires.

Selon la Cnav, 79 000 assurés pourraient y être éligibles chaque année. Toutefois, seulement 3 000 demandes avaient été reçues en juillet 2024, dont une proportion importante (70 %) s'avère non-éligible. Le fait que la seconde pension ne soit pas due si la reprise d'activité a eu lieu chez le même employeur moins de six mois après la cessation d'activité est susceptible d'écarter une majorité des dossiers restants. À réglementation inchangée, les dépenses de seconde pension devraient donc être inférieures aux estimations présentées à l'appui du projet de loi.

³⁰⁷ L'écèlement consiste à réduire la pension d'un montant correspondant, en tout ou en partie, au dépassement d'un plafond de revenus.

³⁰⁸ Par exemple la proposition de loi (n° 5159) visant à permettre l'acquisition de nouveaux droits pour le calcul de la retraite dans le cadre du cumul emploi-retraite.

³⁰⁹ *Pour nos retraites, justice, équilibre, progrès*, rapport sur les objectifs et les effets du projet de réforme des retraites déposé à l'appui du projet de loi de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2023 portant réforme des retraites, janvier 2023.

Les droits nouvellement acquis sont destinés à être versés sous la forme d'une seconde pension calculée sur la base des trimestres cotisés pendant la période de cumul, servie à taux plein et plafonnée à 5 % du plafond annuel de la sécurité sociale par régime³¹⁰. La loi exclut la liquidation d'une troisième pension.

3 - Une réglementation singulière en comparaison internationale

À l'issue de ces réformes successives, la réglementation du cumul emploi-retraite s'est complexifiée.

Si l'assuré a liquidé toutes ses retraites de base et complémentaires avec une retraite à taux plein, soit à partir de l'âge minimal d'ouverture des droits (64 ans à terme) en totalisant le nombre de trimestres nécessaire, soit à partir de l'âge d'obtention automatique du taux plein (67 ans), alors il peut cumuler sans limite ses retraites et ses revenus d'activité. La reprise d'activité peut se faire sans délai et le retraité a droit à une seconde pension³¹¹.

S'il ne remplit pas ces conditions, le total des revenus d'activité et des retraites est plafonné au dernier salaire d'activité brut ou à 1,6 fois le Smic brut si ce montant est plus élevé³¹². La pension est donc écrêtée à hauteur de 100 % des revenus au-delà de ce plafond. Le cumul est possible après un délai de carence de six mois chez le dernier employeur mais sans délai chez un autre employeur, et n'ouvre pas de droit à seconde pension.

En comparaison internationale, la réglementation française du cumul emploi-retraite apparaît singulière :

- elle offre la possibilité de cumuler sans limite pension et revenus d'activité dès l'âge minimal d'ouverture des droits avec une durée d'assurance complète (62 ans en 2023, 64 ans pour les personnes nées en 1968 et après) ; dans la plupart des pays étudiés, cette possibilité n'est accordée qu'à partir de l'âge correspondant en France à l'obtention automatique du taux plein (67 ans) ;

³¹⁰ Décret n° 2023-753 du 10 août 2023. Soit 2 319,9 € brut par an en 2024.

³¹¹ Sous réserve qu'il n'ait pas repris d'activité moins de six mois après la liquidation de sa première pension chez son dernier employeur.

³¹² Pour les fonctionnaires retraités, les mêmes conditions de cumul intégral et de cumul plafonné s'appliquent à l'exception d'un plafond d'écrêtement spécifique de 7 950,07 € (en 2024) augmenté d'un tiers de la pension.

- le plafond de cumul prend en compte les pensions et le revenu d'activité, soit un montant élevé³¹³ rarement atteint. Son intelligibilité par les assurés et son contrôle par les caisses sont difficiles ; *a contrario*, dans la plupart des pays qui prévoient un plafond pour les revenus de cumul, celui-ci ne prend en compte que le revenu d'activité, est forfaitaire et plus bas.

B - Une mise en œuvre insatisfaisante

Le contrôle des conditions du cumul emploi-retraite s'effectue sur une base simplement déclarative alors que des solutions techniques permettraient de l'automatiser.

1 - Un système déclaratif peu efficient, des contrôles insuffisants

Le retraité qui reprend une activité doit la déclarer dans le mois suivant par écrit à l'organisme qui lui verse la pension au titre de son dernier régime d'affiliation, et produire divers justificatifs et informations. Cette déclaration est le seul moyen pour la caisse de vérifier que l'assuré respecte les conditions pour prétendre à un cumul.

La caisse lui indique la possibilité d'un cumul intégral ou, au contraire, son assujettissement à un plafond et, dans ce dernier cas, lui communique une décision d'écèlement ou de suspension de la pension si les revenus d'activité lui sont supérieurs.

Le délai de carence de six mois pour la reprise d'activité chez le même employeur en cas de cumul plafonné ne peut être, lui aussi, vérifié que sur déclaration des assurés.

Le système d'information de la Cnav n'a pas été paramétré pour exploiter les déclarations papier de reprise d'activité transmises par les assurés. La Cnav n'est donc pas en mesure de comparer le nombre de déclarations reçues avec le nombre de retraités en cumul emploi-retraite recensés par le croisement des bases de données. Dès lors, aucune estimation de la proportion de non-déclarants n'est disponible. Seules les

³¹³ Peu de personnes en cumul plafonné dépassent ce plafond et voient leur pension écelée. En effet, le plafond global est au minimum de 1,6 fois le Smic (34 595 € par an à partir de novembre 2024). La pension moyenne tous régimes étant de l'ordre de 18 000 €, le plafond minimum de revenu d'activité est donc d'environ 16 000 €, soit le double de la moyenne du revenu d'activité des retraités en cumul emploi-retraite en 2020. Le plafond maximum dépend du montant du dernier salaire de l'intéressé.

décisions de suspension peuvent être identifiées par la Cnav, mais sans connaissance de leur motif. Les écrêtements de pensions ne peuvent pas non plus faire l'objet d'un suivi. Dans les régimes autres que le régime général, la situation est comparable, à de rares exceptions³¹⁴.

Le respect des conditions du cumul plafonné n'est pas intégré dans les contrôles périodiques de la Cnav. Des vérifications sont effectuées en cas de signalement des assurés ou de manière aléatoire et la Cnav indique travailler à l'élaboration d'un plan de contrôle. Au demeurant, la réglementation ne comporte pas de sanction spécifique d'une non-déclaration de reprise d'activité. Ce n'est qu'en cas de détection d'une volonté délibérée d'omission par un assuré que le processus habituel de traitement des situations frauduleuses est activé ; il est rarement mis en œuvre en l'espèce. Néanmoins, si l'intéressé ne répond pas aux demandes d'information, la pension est suspendue.

Dans la même logique déclarative, l'assuré est censé signaler aux caisses qui lui servent une pension tout changement dans ses revenus d'activité lorsqu'il ne bénéficie pas du cumul intégral.

Les caisses sont tenues de rappeler chaque année aux assurés cette obligation. Ce rappel n'implique cependant pas une réponse systématique de la part des assurés. La Cnav n'effectue aucun contrôle en cas de non-réponse. Les textes prévoient des contrôles *a posteriori* pour vérifier le respect du plafond par les assurés. En pratique, la Cnav n'est cependant pas en mesure d'effectuer des recherches dans son système d'information, ne serait-ce que pour suivre les cas de cumul emploi-retraite plafonné dont elle a eu connaissance par déclaration spontanée.

Au total, l'évolution des revenus en cas de cumul plafonné n'est suivie ni par la Cnav, ni par les autres régimes à l'exception de certaines caisses de professions libérales.

³¹⁴ Par exemple, l'exercice de la profession de médecin libéral doit être déclaré à l'assurance maladie, et c'est sur cette source d'informations que la Caisse autonome de retraite des médecins de France (Carmf) se fonde pour opérer ses contrôles. La Caisse interprofessionnelle de prévoyance et d'assurance vieillesse (Cipav), principale caisse de retraite des professionnels libéraux, utilise quant à elle les informations issues du centre de formalités des entreprises. À la Caisse autonome de retraite et de prévoyance des infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues, orthophonistes et orthoptistes (Carpimko), tout affilié faisant liquider ses retraites doit indiquer s'il cesse ou non définitivement son activité. Si la précision n'est pas apportée, le nouveau retraité se voit appeler une cotisation forfaitaire.

2 - Des solutions techniques visant à pallier ces manques

Les caisses mettent en avant le caractère marginal de l'activité de gestion liée au cumul emploi-retraite pour justifier l'absence de priorisation de ce sujet. Les coûts de gestion du dispositif et l'effectif mobilisé ne sont pas suivis en comptabilité analytique. La faiblesse du contentieux conforte la Cnav dans cette gestion *a minima* : sa feuille de route informatique ne comporte, à fin 2024, aucun projet d'automatisation des contrôles. Il en va de même au service des retraites de l'État.

Toutefois, des expérimentations menées par la Caisse des dépôts et consignations pour les régimes d'agents publics qu'elle gère montrent que des progrès sont possibles : les données de rémunération des assurés ont été remontées automatiquement *via* le dispositif de ressources mensuelles (DRM), en vue de détecter l'éventuel dépassement du plafond applicable en cas de cumul plafonné.

Le dispositif de ressources mensuelles (DRM)

Le DRM agrège deux bases de données. La base des déclarations sociales nominatives (DSN) est alimentée par les déclarations mensuelles de salaires effectuées par les employeurs de salariés des secteurs privé et public. La base des autres revenus (Pasrau) est alimentée chaque mois par les données de prestations sociales monétaires (retraites, allocations chômage, indemnités journalières, pensions d'invalidité, etc.) et de certains dispositifs salariaux (chèque emploi service universel, prestation d'accueil du jeune enfant).

La première enquête fondée sur l'utilisation du DRM a conduit, en 2023, à augmenter le nombre de retraités ayant fait l'objet d'une vérification, ce qui constitue une amélioration du contrôle. Un suivi des indus a été mis en place. La Caisse des dépôts et consignations assure désormais le suivi statistique de ses retraités en cumul emploi-retraite à l'aide du DRM.

Par ailleurs, le répertoire de gestion des carrières unique (RGCU), qui enregistre l'ensemble des données de carrière permettant de calculer et liquider les pensions, est actuellement alimenté une fois par an par les données issues de la DSN. Des développements informatiques conduits par la Cnav permettront son actualisation en continu par la DSN à compter du second trimestre 2025.

La disponibilité de ces informations devrait faciliter la liquidation des secondes pensions à partir d'une demande de l'assuré *via* le portail inter-régimes.

En croisant les données issues de la DSN avec celles détenues par les caisses concernant les retraités, il serait aussi possible d'automatiser le contrôle du respect de la réglementation du cumul emploi-retraite. Les reprises d'activité des retraités pourraient être repérées en mettant en place des notifications du RGCU à destination du système informatique de la Cnav. L'utilisation du RGCU permettrait aussi de recenser les reprises d'activité chez le même employeur et de connaître les revenus d'activité associés. Enfin, le rapprochement des systèmes de gestion des pensions avec ces flux de données rendrait possible l'automatisation des écrêtements découlant des dépassements du plafond de cumul.

La mise en œuvre de ces contrôles automatisés serait toutefois plus efficiente si elle était précédée d'une simplification de la réglementation. La nature du cumul autorisé (plafonné ou intégral) dépend en effet de nombreux paramètres³¹⁵ dont la prise en compte par les systèmes informatiques des caisses est difficile. Par ailleurs, les règles de répartition de l'écèlement entre les régimes mériteraient d'être simplifiées.

II - Des effets coûteux pour le système de protection sociale

Les retraités en cumul emploi-retraite, de plus en plus nombreux, ont liquidé leurs pensions en moyenne plus tôt que les autres retraités avec des montants plus élevés (A). Les défauts de cohérence du dispositif au sein du système de protection sociale invitent à le réviser et à le simplifier (B).

A - Un recours croissant au cumul emploi-retraite

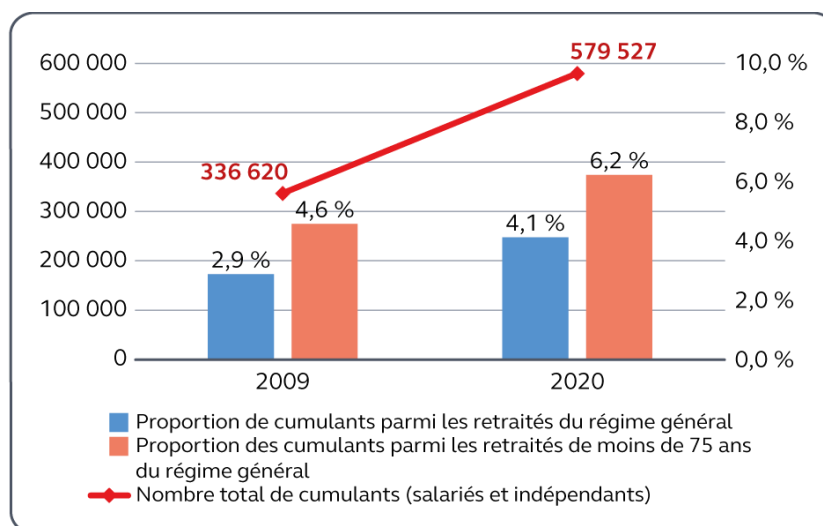
Les caractéristiques sociales des personnes qui recourent au cumul emploi-retraite sont différenciées. Le développement du recours à ce dispositif par des cadres et des professions intellectuelles supérieures est contradictoire avec les objectifs visant à inciter au report de l'âge de liquidation de la retraite et à réserver le recours au cumul à des professions en tension ou à des retraités modestes qui souhaitent se procurer un complément de revenus.

³¹⁵ Caractéristiques liées à l'employeur, à l'âge de l'assuré, à la durée d'assurance et à ses revenus.

1 - Des retraités partis tôt à la retraite avec des pensions assez élevées

Le nombre de retraités du régime général³¹⁶ en cumul emploi-retraite a augmenté de 75 % entre 2009 et 2020, bien plus rapidement que le nombre de retraités du régime général de moins de 75 ans (+ 23 %).

**Graphique n° 25 : évolution du nombre et de la part des retraités
du régime général en cumul emploi-retraite entre 2009 et 2020**



Note : retraités exerçant une activité salariée ou indépendante. Ceux en cumul emploi-retraite à la fois salarié et travailleur indépendant ne sont pas isolés sur le plan statistique en 2009.

Source : Cour des comptes d'après les données de la Cnav

En moyenne, les retraités en cumul emploi-retraite en tant que salariés avaient liquidé leur pension dans l'année de leurs 62 ans. La poursuite ou la reprise d'activité avait lieu entre un et deux ans après celle-ci et la durée de cumul était de trois à quatre ans. L'âge moyen des retraités en cumul emploi-retraite en 2020 était de 67 ans.

Plus d'un quart des retraités en cumul emploi-retraite a bénéficié d'une retraite anticipée pour carrière longue avant 62 ans (21,4 %) ou au titre de l'invalidité (7,3 %), et plus de la moitié a liquidé sa retraite au taux

³¹⁶ Le régime général verse une pension à 85 % des retraités, quel que soit le régime qui leur verse la majorité de leur pension.

plein par la durée d'assurance³¹⁷. Seulement 8,8 % ont attendu 67 ans pour liquider leur pension. Moins de 5 % ne bénéficiaient pas du taux plein et étaient en cumul plafonné entre 62 et 67 ans.

Le montant annuel moyen de la pension totale des retraités en cumul emploi-retraite était 20 % plus élevé (21 577 €) que celui de l'ensemble des retraités (18 384 €) en 2020.

Le supplément de revenus apporté par le salaire de cumul était en moyenne de 9 255 € bruts par an, équivalent à un mi-temps au Smic ou un quart de temps au niveau du salaire moyen. Net de cotisations sociales, il représentait environ 40 % de la pension moyenne de ces retraités, ce qui portait leur revenu total net à environ 2 300 € par mois, un montant proche du salaire moyen net des actifs (2 518 € en 2020).

Au sein des professions libérales, le dispositif est très utilisé par les médecins depuis le début des années 2000. Il concerne, pour l'essentiel, des médecins ayant dépassé 67 ans.

Un dispositif massivement utilisé par les médecins libéraux

Avant les années 2000, le ministère de la santé considérait que le nombre élevé de médecins libéraux conduisait à un excès de prescription. Un mécanisme d'incitation à la cessation d'activité avait été mis en place pour les médecins cessant leur activité entre 57 et 65 ans, dont un quart de cette tranche d'âge a bénéficié. Il a été abrogé en 2003.

La pénurie croissante de médecins constatée depuis plusieurs années a créé des difficultés d'accès aux soins et conduit au fort développement du cumul emploi-retraite. En 2023, 13 000 médecins exercent en cumul emploi-retraite³¹⁸. Leur âge moyen est élevé (69,5 ans en 2023), en cohérence avec leur âge moyen de liquidation de leur pension (66,5 ans). En 2022, leur revenu d'activité moyen était de 74 226 €. Moins de 5 % sont en cumul plafonné (50 nouveaux chaque année).

³¹⁷ 22,6 % bénéficiaient même d'une surcote.

³¹⁸ Ces données ne prennent pas en compte les médecins retraités exerçant uniquement en tant que médecin remplaçant ou régulateur dans le cadre de la permanence des soins ou en tant qu'expert, qui ont demandé une dispense d'affiliation à la caisse de retraite des médecins, ni ceux exerçant en tant que salariés. Le nombre réel de médecins retraités demeurant en activité est donc significativement plus élevé.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2023 a prévu une exonération de cotisations pour les médecins retraités en cumul intégral dont le revenu était inférieur à 80 000 € par an. 9 000 médecins en ont bénéficié, pour la plupart déjà en cumul emploi-retraite. La réforme n'a pas augmenté jusqu'à présent la proportion de médecins qui continuent à travailler après liquidation de leur retraite³¹⁹. Son coût a été de 25,7 M€ (compensé par l'État) pour le régime de base et de 54 M€ (non compensé) pour les régimes complémentaires. Sa mise en œuvre pose de sérieuses difficultés de gestion à la Carmf³²⁰.

D'importantes différences de revenus étaient constatées entre, d'une part, les retraités qui continuaient à travailler dans une entreprise privée ou qui poursuivaient leur activité indépendante (10 900 € par an) et, d'autre part, ceux qui réalisaient des travaux ponctuels chez des particuliers employeurs (environ 4 000 € par an) ou qui commençaient une activité d'autoentrepreneur (4 900 € brut par an)³²¹.

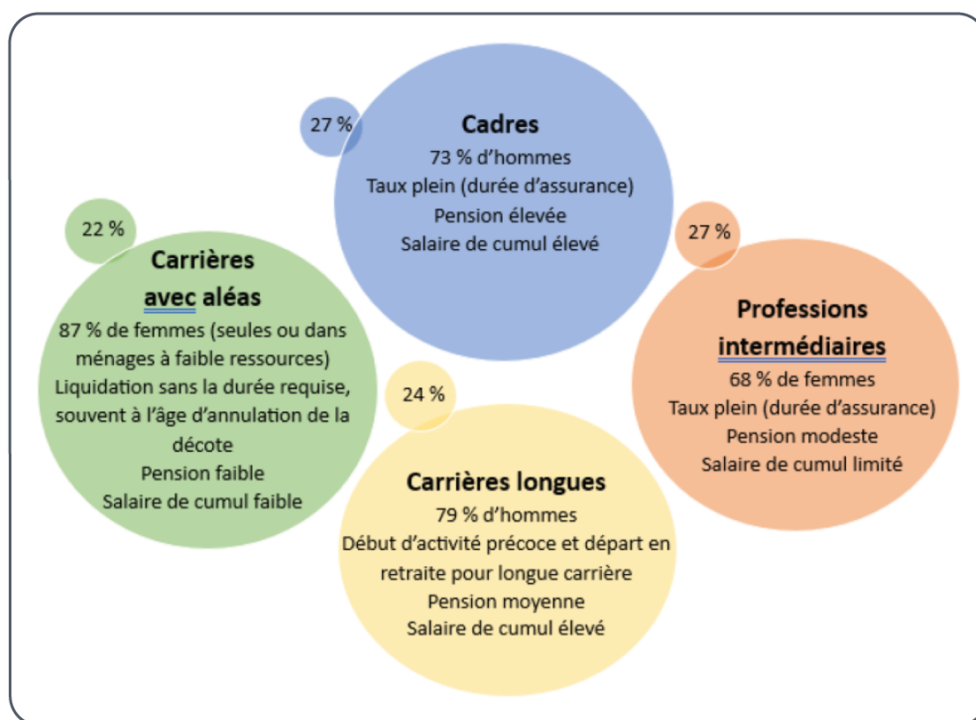
Ces disparités se retrouvent entre les quatre profils-types de retraités du régime général exerçant une activité salariée identifiés par la Cnav, qui représentent chacun environ un quart de l'effectif.

³¹⁹ Selon la Carmf, cette proportion est demeurée inchangée à 24 % entre 2020 et 2023 pour les médecins retraités de moins de 75 ans. La part de nouveaux médecins retraités continuant leur activité était de 36 % en 2023, 32 % en 2022, 31 % en 2021 et 38 % en 2020. La variation ne porte que sur quelques dizaines d'individus.

³²⁰ Elle a conduit à un taux important d'indus et a suscité de nombreuses incompréhensions parmi les intéressés.

³²¹ Les employés de maison représentent 25 % des retraités exerçant une activité salariée et les autoentrepreneurs 55 % de ceux exerçant une activité indépendante.

Schéma n° 3 : les quatre profils types de retraités du régime général exerçant une activité salariée en 2020



Source : Cour des comptes, d'après Cnav - Direction statistiques, prospective et recherche, Prolongation d'activité en 2020 : quels profils pour quel dispositif ?, Note 2023-035, novembre 2023

Le premier groupe, masculin à plus de 70 %, est composé de cadres. Ces personnes ont bénéficié des carrières les mieux rémunérées, avec des salaires le plus souvent supérieurs au plafond de la sécurité sociale. Elles sont parties à la retraite au taux plein ou avec une surcote. Leurs salaires en cumul emploi-retraite sont les plus élevés.

Le deuxième groupe, féminin à près de 70 %, concerne des personnes qui ont eu des carrières complètes avec des salaires d'activité modestes, inférieurs à la moyenne, souvent compris entre la moitié et les deux tiers du plafond de la sécurité sociale. Leurs salaires en cumul emploi-retraite sont moins élevés que la moyenne.

Le troisième groupe, masculin à près de 80 %, rassemble les personnes qui ont commencé à travailler tôt, avec des niveaux de rémunération intermédiaires, et qui ont majoritairement bénéficié de la retraite anticipée pour carrière longue. Leurs salaires en cumul emploi-retraite sont plus élevés que la moyenne.

Le dernier groupe, le moins favorisé, est composé à près de 90 % de femmes qui ont souvent attendu l'âge d'obtention automatique du taux plein pour partir à la retraite, après une carrière incomplète avec des salaires peu élevés. Le montant de leur retraite est faible ; c'est le cas aussi de leur salaire en cumul emploi-retraite.

2 - Des constats qui remettent en cause la cohérence de la réglementation

L'objectif principal qui sous-tend toutes les réformes des retraites est de repousser l'âge moyen de départ en retraite. À cette aune, les objectifs de la réglementation du cumul emploi-retraite peinent aujourd'hui à être cernés. Le sens général des réformes successives a facilité le cumul, mais ses modifications ont souvent été guidées par des éléments circonstanciels³²². Les pouvoirs publics semblent toujours hésiter entre son encouragement et la limitation des effets d'aubaine qui en découlent.

Les retraités à ressources modestes qui cherchent à se procurer des revenus d'appoint grâce à une activité accessoire ne constituent qu'une minorité des personnes recourant au cumul emploi-retraite. Celui-ci est plus fréquemment utilisé par des retraités ayant liquidé leur retraite à taux plein, majoritairement à l'âge minimal de 62 ans, et dont la pension est relativement élevée.

En outre, une proportion importante des retraités en cumul emploi-retraite a bénéficié d'une retraite anticipée pour carrière longue ou d'une retraite pour inaptitude. Ceci pose la question de la cohérence de la reprise d'une activité par ces personnes au regard de l'aménagement de leur départ à la retraite lorsqu'il a été justifié par une usure professionnelle ou une incapacité de continuer à travailler.

Enfin, à l'issue de la succession des réformes décrites plus haut la distinction entre cumul plafonné et cumul intégral a perdu son sens initial. En effet, le cumul intégral bénéficie à plus de 90 % des retraités en cumul emploi-retraite³²³.

Permettre à des retraités modestes de compléter leur pension grâce à une activité rémunérée ou à des retraités âgés à travailler s'ils le souhaitent

³²² Ainsi, la création de la seconde pension par la réforme de 2023 a été principalement appréhendée comme l'une des contreparties au report de l'âge minimum de la retraite.

³²³ Seuls sont en cumul plafonné les retraités ayant liquidé leur pension pour carrière longue qui reprennent une activité avant 62 ans (4,3 % du total des personnes en cumul emploi retraite) et les personnes parties avec une décote (4,7 % des personnes en cumul emploi-retraite) ayant entre 62 et 67 ans.

présente un intérêt social. Celui-ci apparaît moins évident pour les personnes les mieux insérées dans la vie active, d'autres dispositifs leur permettant de prolonger leur activité sans liquider leur pension.

B - Une remise en ordre nécessaire

Les paramètres actuels du cumul emploi-retraite sont à l'origine de contradictions au sein du système social. Ils doivent être aménagés dans l'objectif d'inciter les assurés à reporter la liquidation de leur pension.

1 - Des contradictions croissantes au sein du système de protection sociale

Les contradictions portent sur le bénéfice d'autres prestations sociales, ainsi que sur la concurrence entre le cumul emploi-retraite et d'autres dispositifs de transition vers la retraite (surcote et retraite progressive).

a) Une insuffisante articulation avec d'autres droits sociaux

Les retraités en cumul emploi-retraite peuvent bénéficier d'indemnités journalières en cas de maladie. Avant 2021, il était possible à un retraité d'être indemnisé jusqu'à la durée maximale de prise en charge par l'assurance maladie, soit 36 mois, tout en continuant de percevoir sa pension. La dépense d'indemnités journalières au bénéfice des retraités atteignait 35 M€ en 2019.

Des garde-fous ont limité les abus permis par cette législation. Depuis le 1^{er} janvier 2021, un retraité ne peut bénéficier des indemnités journalières maladie que dans la limite de soixante jours, consécutifs ou non, ce qui a permis de réduire la dépense à 12,6 M€ en 2023. Ce plafond maintient la possibilité de bénéficier d'indemnités journalières pour des arrêts ponctuels mais empêche l'indemnisation d'arrêts de longue durée, qui ne conduisent pas à une reprise d'activité dans la majorité des cas.

La pension d'invalidité est transformée en pension de retraite pour inaptitude au travail, servie à taux plein, à l'âge minimal d'ouverture des droits (62 ans, âge inchangé par la réforme de 2023). Cela est justifié par le fait que les bénéficiaires sont reconnus hors d'état de travailler. Leur ouvrir la possibilité, comme le permet la réglementation actuelle, de cumuler sans limite leur pension avec des revenus d'activité est donc contradictoire dans la mesure où cela suppose qu'ils soient aptes au travail.

L'allocation de solidarité aux personnes âgées, qui a remplacé le minimum vieillesse, est une prestation sociale différentielle sous conditions de ressources versée à partir de 65 ans. Les revenus d'activité entraînent donc sa réduction. Toutefois, un abattement forfaitaire sur les revenus professionnels est prévu dans sa base ressources et maintient le bénéfice de l'allocation à un retraité en cumul emploi-retraite jusqu'à un niveau qui peut être jugé contradictoire avec la nature assistancielle de cette prestation³²⁴.

Autre dispositif, le minimum contributif permet que la pension de base d'un retraité ayant cotisé au régime général ne soit pas inférieure à un montant minimum s'il bénéficie du taux plein. Son montant n'est pas remis en cause par la perception ultérieure de revenus d'activité. Il ne sera pas non plus révisé lors de la liquidation d'une seconde pension après une période de cumul emploi-retraite, ce qui ne paraît pas cohérent avec l'objectif poursuivi.

La pension de réversion des régimes de base des salariés, indépendants et professionnels libéraux est versée à partir de 55 ans sous condition de ressources³²⁵. Lorsque le bénéficiaire d'une pension de réversion est en situation de faire valoir ses droits propres à retraite, le montant de la pension est recalculé une fois pour toutes. Cette « cristallisation » vise à donner au conjoint survivant une visibilité sur ses ressources, mais en cas d'obtention d'une seconde pension, il pourrait être justifié d'en ajuster le montant.

*b) Une concurrence avec deux autres dispositifs de transition
entre l'emploi et la retraite*

L'augmentation de l'âge effectif de départ à la retraite est l'objectif prioritaire poursuivi par les réformes des retraites successives. Afin de permettre à chaque assuré d'ajuster la transition entre sa vie active et sa retraite selon ses préférences, la réglementation prévoit trois options de poursuite de l'activité : la surcote, la retraite progressive et le cumul emploi-retraite. Parmi ces trois dispositifs, seule la surcote nécessite la poursuite de l'activité sans liquidation préalable de la pension.

³²⁴ Le cumul de l'allocation de solidarité aux personnes âgées et d'un revenu d'activité peut atteindre 1 542 € par mois en 2024 pour un célibataire et 2 375 € par mois pour un couple, soit plus de 150 % du montant de l'allocation.

³²⁵ Ces conditions de ressources ne s'appliquent pas aux régimes spéciaux ni aux régimes complémentaires (sauf pour les indépendants, dont le plafond de ressources est de 87 984 € en 2024).

Surcote et retraite progressive

La surcote est une majoration du montant de la pension. Chaque trimestre cotisé au-delà de l'âge minimal d'ouverture des droits à retraite et du nombre de trimestres nécessaire pour obtenir une retraite à taux plein augmente le montant de la retraite de base de 1,25 % (soit 5 % par année travaillée supplémentaire). En général, les régimes complémentaires, qui fonctionnent par points, ne prévoient pas de surcote mais permettent l'acquisition de points supplémentaires en cas de prolongation d'activité. La surcote concerne environ 15 % des nouveaux retraités du régime général (entre 80 000 et 90 000 assurés par an).

La retraite progressive permet de travailler à temps partiel tout en percevant une partie de ses retraites (de base et complémentaires). L'assuré peut en bénéficier deux ans avant l'âge minimal d'ouverture des droits à retraite³²⁶ s'il justifie d'une durée d'assurance minimum de 150 trimestres et continue d'exercer une activité à temps réduit comprise entre 40 % et 80 % d'un temps complet. La fraction de la pension de retraite versée pendant la période de retraite progressive en complément du revenu d'activité est remplacée par la pension définitive à la fin de cette période. La retraite progressive a concerné 22 600 assurés au régime général en 2021.

Il est utile de comparer l'intérêt de ces dispositifs du point de vue de l'individu mais aussi pour le système de retraite.

À partir de cas-types de salariés du secteur privé à carrière complète, la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) a comparé les cotisations versées par l'individu et les pensions perçues jusqu'au décès pour les trois options de poursuite de l'activité. Le cumul emploi-retraite apparaît plus avantageux que la surcote mais un peu moins que la retraite progressive.

Par exemple, un non-cadre du secteur privé qui souhaite prolonger son activité pendant quatre ans après l'âge minimal d'ouverture des droits a le choix entre bénéficier d'une surcote ou liquider sa pension puis continuer son activité pendant quatre ans en cumul emploi-retraite à temps plein. Le cumul emploi-retraite est plus favorable puisque la différence entre les pensions perçues et les cotisations versées est plus élevée d'environ 50 000 €³²⁷ en cas de cumul qu'en cas de surcote.

³²⁶ L'accord national interprofessionnel du 14 novembre 2024 prévoit que l'âge minimal d'ouverture du droit à retraite progressive soit maintenu à 60 ans, alors qu'il devait passer progressivement à 62 ans à la suite de la réforme des retraites de 2023, ce qui suppose une modification réglementaire du code de la sécurité sociale.

³²⁷ Avec un taux d'actualisation, permettant d'estimer la valeur actuelle de montants financiers futurs, égal à 3,4 %.

Au-delà de ce bilan limité à la pension, il est possible de comparer les sommes des revenus (salaires et pensions nets) perçus par l'individu jusqu'à son décès. La somme dépend de la quotité de travail : elle est élevée en cas de surcote à temps plein, et plus faible en cas de retraite progressive, qui est nécessairement à temps partiel. Pour le cumul emploi-retraite, l'avantage est d'autant plus important que la quotité du travail est plus élevée.

Le cumul emploi-retraite dégrade donc plus la situation financière des régimes de retraite que la surcote, comme la Cour l'a déjà souligné en 2010³²⁸. Il crée aussi des besoins supplémentaires en trésorerie du fait du versement immédiat des pensions, qui sont encore renforcés par la création d'un droit à seconde pension.

Même si le choix de l'individu entre les trois options dépend aussi de facteurs non-financiers contribuant à son bien-être (préférences pour les loisirs et le présent, etc.), l'avantage matériel procuré par le cumul emploi-retraite par rapport à la surcote peut constituer un déterminant essentiel.

L'analyse des données de la Cnav en 2020 confirme que la législation du cumul emploi-retraite permet le cumul de revenus salariaux importants avec des pensions élevées à partir d'un âge précoce. Près de 10 % des personnes en cumul emploi-retraite de moins de 67 ans en 2020 bénéficiaient ainsi d'un montant annuel de pension supérieur à la moyenne (18 000 €) tout en percevant des revenus salariaux excédant celle-ci, ce qui leur permettait de doubler *a minima* leur revenu total.

Le recours des cadres au cumul emploi-retraite

Environ 2,5 % des personnes en cumul emploi-retraite salarié en 2020 (soit 3 800 personnes) percevaient des revenus salariaux supérieurs au plafond annuel de la sécurité sociale³²⁹, correspondant à des emplois à plein temps de cadres ou de professionnels très qualifiés. La somme des pensions servies à ces personnes s'élevait à 168 M€.

³²⁸ Cour des comptes, *Décotes et surcotes dans les pensions de retraite*, rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, chapitre XIV, septembre 2010.

³²⁹ Soit 41 136 € en 2020.

20 % d'entre eux avaient 62 ou 63 ans, dont beaucoup continuaient probablement de travailler chez le même employeur tout en ayant liquidé leur pension. Plus de 15 % avaient des revenus salariaux annuels supérieurs à 100 000 € tout en bénéficiant d'un montant annuel moyen de pension de 61 000 €, très supérieur à la moyenne (18 000 €).

Dans ses paramètres actuels, le cumul emploi-retraite constitue un élément de désincitation au report de l'âge effectif de liquidation de la pension, dès lors qu'il concurrence la surcote, dont l'objet est de valoriser ce report.

2 - Une nécessaire mise en cohérence avec l'objectif d'inciter les assurés à reporter leur départ à la retraite

Le plafonnement actuel est trop complexe pour être contrôlé de manière exhaustive et continue au cours de la période de cumul. Il est nécessaire d'en simplifier les paramètres.

À l'image de ce qui est pratiqué dans la plupart des autres pays, le régime du cumul intégral pourrait être réservé aux retraités ayant dépassé l'âge d'obtention automatique du taux plein, soit 67 ans³³⁰. En deçà de cet âge, le cumul serait plafonné afin d'inciter les personnes aux rémunérations élevées à poursuivre leur carrière sans liquider leur pension à l'âge minimal et en privilégiant l'acquisition d'une surcote.

Les personnes ayant bénéficié d'un départ avant l'âge minimum d'ouverture des droits dans le cadre des régimes de droit commun (62 ans début 2023) pourraient voir leur pension écartée à 100 % dès le premier euro de revenu d'activité³³¹. Cette mesure pourrait convaincre certains assurés éligibles à la retraite anticipée pour carrière longue, mais désireux de continuer à travailler, de surseoir à la liquidation de leur pension. Elle limiterait ainsi l'effet d'aubaine pour certaines personnes qui cumulent avant 62 ans leur pension de retraite et un salaire élevé, parfois chez leur dernier employeur.

À partir de l'âge minimal d'ouverture des droits, les modalités de l'écrêtement des revenus d'activité mériteraient d'être simplifiées. Le plafond actuel, inchangé depuis la loi de 2003, n'est pas compréhensible. Il inclut les pensions et les revenus d'activité, de sorte qu'aucun assuré ne

³³⁰ Le droit à seconde pension, conditionné au cumul intégral, serait alors ouvert pour les périodes d'activité en cumul emploi-retraite postérieures à cet âge.

³³¹ En cas de bénéfice d'une retraite anticipée, certains pays, comme l'Italie, prévoient la suspension de la pension en cas de reprise d'activité avant l'âge légal.

peut en calculer simplement le montant. Sa complexité en rend le contrôle difficile. Un plafond unique exprimé en montant monétaire et concernant les seuls revenus d'activité, tel que pratiqué par de nombreux pays, serait plus facilement compréhensible.

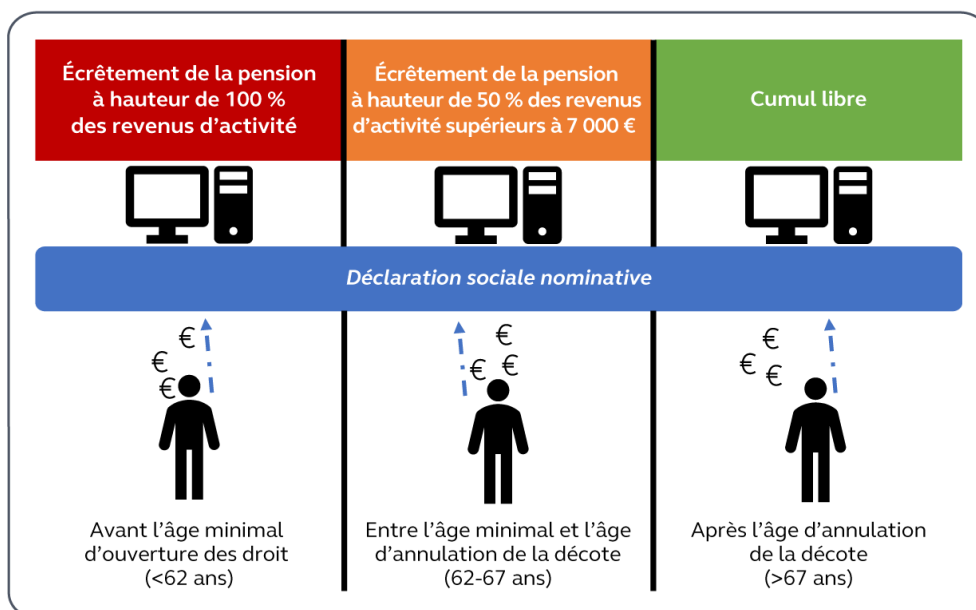
Pour être mis en cohérence avec l'objectif d'inciter les assurés à opter pour la surcote, ce plafond pourrait être fixé entre 7 000 € et 10 000 € par an, ce qui est un ordre de grandeur proche de ce qui se pratique à l'étranger³³². Cela permettrait de ne pas contraindre les retraités recherchant un complément de revenu limité, notamment comme salarié de particuliers-employeurs ou en tant qu'auto-entrepreneur, puisque les trois quarts des personnes en cumul emploi-retraite ont des revenus annuels d'activité inférieurs à 10 000 €.

Ce plafond pourrait être levé en cas d'importante pénurie de main d'œuvre, comme cela a été le cas en Allemagne, le cas échéant dans certains secteurs seulement, ou du fait de circonstances exceptionnelles comparables à la pandémie de covid 19.

Par ailleurs, le plafond actuel fonctionne de manière différentielle : son dépassement entraîne l'écèlement de la pension à due concurrence des revenus d'activité additionnels. Comme dans d'autres pays, la pension pourrait n'être écelée qu'à hauteur d'une fraction des revenus d'activité, par exemple 50 % des revenus d'activité au-delà du nouveau seuil ; cela permettrait d'atténuer la logique actuelle de plafonnement en laissant une liberté de choix aux personnes qui souhaitent reprendre le travail après avoir liquidé leur retraite.

³³² Avec un plafond de 10 000 €, 75 % des retraités en situation de cumul ne subiraient pas d'écèlement. Les retraités concernés par l'écèlement seraient surtout des cadres et des personnes reprenant un emploi à temps plein.

**Schéma n° 4 : fonctionnement du plafonnement simplifié du cumul
emploi-retraite de droit commun proposé par la Cour**



Note : en application de la loi de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2023, l'âge minimal d'ouverture des droits (62 ans) est relevé à compter du 1er septembre 2023, pour atteindre 64 ans en 2030 pour les personnes nées en 1968 et après. L'âge d'obtention automatique du taux plein est maintenu à 67 ans.
Source : Cour des comptes

La Cour préconise de privilégier les modalités les plus efficaces et les plus équitables pour atteindre l'objectif général d'augmentation du taux d'activité des seniors. La réforme proposée serait favorable à la progression de l'âge effectif de liquidation de la pension en limitant l'intérêt des plus favorisés au cumul emploi-retraite par rapport à une poursuite d'activité avec surcote. Sans empêcher le cumul emploi retraite, la réforme pourrait modifier les comportements.

En supposant que les retraités ayant les revenus d'activité les moins élevés³³³ opteraient pour le cumul emploi-retraite et que ceux concernés par l'écrêtement privilégieraient la surcote, la réforme produirait deux types d'économies : d'une part, l'écrêtement des pensions des personnes optant pour le cumul emploi-retraite et, d'autre part, le non-versement des pensions de celles qui reporteraient leur départ à la retraite.

³³³ Moins de 20 000 € de revenu d'activité par an.

Selon la Cour, ces économies représenteraient de l'ordre de 500 à 550 M€ par an pour l'ensemble des régimes selon les modalités retenues³³⁴.

En contrepartie, une telle réforme conduirait à des coûts supplémentaires découlant de la surcote au régime général et des points au régime complémentaire acquis par les personnes ayant reporté la liquidation de leur pension³³⁵. Ces coûts, dont le montant augmenterait au fil du temps, pourraient à long terme représenter environ un tiers des économies.

Par ailleurs, la simplification du plafond rendrait superflu le maintien d'un délai de carence à la reprise d'activité chez l'ancien employeur en cas de cumul plafonné. Cela permettrait de supprimer une condition dont la justification devient discutable si l'âge du cumul intégral est reporté à 67 ans.

La réforme pourrait s'appliquer aux fonctionnaires retraités, après étude des spécificités de la réglementation qui leur est applicable.

Grâce à l'utilisation du dispositif de ressources mensuelles ou du répertoire de gestion des carrières unique, les reprises d'activité seraient automatiquement signalées aux caisses de retraite par l'émission d'une déclaration sociale nominative portant le numéro d'inscription au répertoire des personnes physiques du retraité. Les revenus d'activité étant connus par le même moyen, la pension servie pourrait être automatiquement écrêtée à proportion du dépassement du plafond.

³³⁴ Ces chiffrages ont été réalisés pour les retraités du régime général âgés de moins de 67 ans en cumul emploi-retraite en 2020. Les écarts dépendent des règles de plafonnement à 10 000 € ou à 7 000 €.

³³⁵ Coûts minorés par le fait que ces personnes ne bénéficieraient plus des secondes pensions associées au cumul emploi-retraite.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

L'application de la réglementation du cumul emploi-retraite a longtemps été secondaire pour les pouvoirs publics et les caisses de retraite. L'importante augmentation du nombre de retraités concernés et les incohérences de ce dispositif au sein de notre système de protection sociale invitent à en réexaminer les paramètres, ainsi que la manière dont les contrôles sont appliqués.

Souvent inspirées par des considérations d'opportunité, les réformes successives n'ont pas fait l'objet d'évaluations. Plus d'un quart des retraités en cumul sont partis à la retraite avant l'âge minimal ou sans justifier de la durée d'assurance requise. La majorité d'entre eux bénéficie de pensions sensiblement plus élevées que la moyenne. Le cumul de ces revenus additionnels avec d'autres prestations sociales peut apparaître contestable. L'âge à partir duquel le plafonnement des ressources n'est plus appliqué apparaît trop précoce et le niveau du plafond est trop élevé. Ces conditions peu restrictives induisent une concurrence problématique avec la surcote, qui vise à augmenter les montants perçus par les assurés qui prolongent leur vie active sans liquider leur pension.

Afin de permettre la poursuite de l'augmentation de l'âge effectif de liquidation des retraites et la réalisation d'économies pour la sécurité sociale, une réforme des modalités du cumul emploi-retraite de droit commun et des conditions de son contrôle apparaît donc nécessaire. La Cour formule les recommandations suivantes :

21. *simplifier la réglementation du cumul emploi-retraite de droit commun en prévoyant l'écêtement des pensions servies par les régimes de base à hauteur de tout ou partie des revenus d'activité tant que l'assuré n'a pas atteint l'âge d'obtention automatique du taux plein (ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles) ;*
 22. *organiser l'automatisation du contrôle des revenus d'activité et de l'écêtement des pensions servies (ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles).*
-

Chapitre VIII

La fraude aux retraites

versées à l'étranger : des améliorations

à poursuivre pour mieux la prévenir

et la réduire

PRÉSENTATION

Les pensions de retraite, y compris les pensions de réversion, ne sont pas soumises à une condition de résidence en France, à l'exception de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (minimum vieillesse). Elles peuvent être versées à des résidents hors de France, français ou étrangers, sur des comptes bancaires en France ou à l'étranger.

L'enquête dont est issu le présent chapitre a été réalisée conformément à une demande de contrôle déposée sur la plateforme de participation citoyenne de la Cour. Elle porte sur le régime général et le régime complémentaire Agirc-Arrco³³⁶. Pour mener ses investigations, la Cour a mené des contrôles sur place en Espagne, au Maroc et en Algérie, pays à fort enjeu tant au niveau du nombre de pensionnés que du montant total de pensions versées. Des entretiens ont également été conduits à distance au Portugal.

Les pensions de retraite versées à l'étranger sont sujettes aux risques de fraude connus pour l'ensemble des pensions de retraite (utilisation frauduleuse ou falsification de documents d'identité ou de pièces justificatives, fraude relative aux comptes bancaires...). À cela s'ajoutent des risques spécifiques. Le principal est le décès non déclaré, ce qui conduit les caisses de retraite à demander chaque année, aux retraités résidant à l'étranger, la production d'un certificat d'existence. Les opérations d'identification des assurés nés à l'étranger peuvent également être l'objet de fraudes (fraude documentaire, usurpation d'identité), difficiles à détecter par les organismes de sécurité sociale. Enfin, les départs vers l'étranger non signalés sont un risque identifié mais difficilement maîtrisé, affectant l'allocation de solidarité aux personnes âgées, soumise à condition de résidence en France.

Face à ces risques, les régimes de retraite ont mis en place des moyens de maîtrise adaptés et différenciés selon les pays, qui restent toutefois à développer et à améliorer. L'importance des enjeux financiers, concentrés dans quelques pays, a conduit les régimes à mieux appréhender ces dernières années les risques de fraude dans le champ des retraites versées à l'étranger (I). Pour autant, les retraites versées à l'étranger ne constituent pas une catégorie spécifique dans la typologie des risques financiers, et des marges de progrès existent pour mieux prévenir, déceler et réprimer les fraudes (II).

³³⁶ Les régimes agricoles et spéciaux en sont exclus.

Chiffres-clés

- Nombre de pensionnés percevant des retraites hors de France : 1,1 million pour le régime général ; 0,9 million pour le régime complémentaire des salariés, soit 7 % du nombre de retraités de ces régimes.
- Montant des retraites versées à des résidents hors de France : 3,9 Md€ pour le régime général ; 2 Md€ pour le régime complémentaire des salariés, soit 2,7 % des retraites versées par ces régimes.
- 77 % des retraités résidant à l'étranger se concentrent dans six pays : Algérie, Portugal, Espagne, Italie, Maroc, Belgique par ordre d'importance, soit 839 999 pensionnés pour le régime général et 653 843 pour le régime complémentaire.
- Parmi les retraités recevant des pensions des régimes français et résidant à l'étranger, 11 % sont nés en France.
- Montant des indus sur les pensions de retraite versées à des personnes résidant à l'étranger : 43 M€ en 2021, soit 28 % des indus de la branche vieillesse alors que ces pensions représentent moins de 3 % des prestations légales versées ; pour l'Agirc-Arrco, 21,5 M€, soit 10 % du montant total des indus.

I - Des enjeux concentrés dans quelques pays, des risques de fraude mieux appréhendés

Les pensions versées par des régimes de retraite français à des résidents à l'étranger représentent des dépenses significatives, concentrées dans quelques pays (A). Elles sont exposées à des risques de fraude, dont certains sont spécifiques au fait de résider à l'étranger (B). Depuis le dernier rapport de la Cour en 2017, les régimes déploient des moyens leur permettant de mieux maîtriser ces risques, en particulier, celui du décès non déclaré (C).

A - Des montants significatifs concentrés géographiquement

Très concentrées dans quelques pays, les pensions de retraite versées à l'étranger sont moins élevées qu'en France et bénéficient à des personnes plus âgées.

1 - Des retraités à l'étranger moins nombreux, recevant des pensions moins élevées qu'en France

Fin 2022, 7,2 % des retraités du régime général (soit 1,1 million de personnes) et 6,1 % des bénéficiaires d'une retraite complémentaire (853 000 personnes) résidaient dans un pays étranger. Les pensions perçues à l'étranger, d'un montant total de 5,9 Md€, représentent pour chacun des deux régimes 2,7 % du total des prestations qu'ils ont versées en 2022.

En 2022, alors que le nombre de retraités résidant en France augmentait de 1,3 %, celui de ceux résidant à l'étranger diminuait d'autant (1,3 %, soit 15 000 personnes). Amorcée en 2013 pour les deux régimes, cette baisse devrait se poursuivre jusqu'en 2029, du fait de la diminution du nombre de pensions servies³³⁷, reflet d'une installation plus pérenne des étrangers en France à l'issue de leur période d'activité.

Selon la Cnav, à partir de 2030, le nombre de retraités résidant à l'étranger devrait toutefois repartir à la hausse et revenir, à terme, à une proportion équivalente à celle constatée en 2023.

³³⁷ Près de – 91 500 retraités en Algérie, - 35 500 en Espagne et – 23 700 en Italie ces dix dernières années.

**La difficile consolidation du nombre de bénéficiaires
à l'étranger des régimes général et complémentaire**

Les données statistiques produites par la caisse nationale d'assurance vieillesse (Cnav) ne peuvent être aisément consolidées avec celles de l'Agirc-Arrco. La Cnav comptabilise le nombre de pensions de droit propre et de réversion versées à l'étranger au 31 décembre de chaque année. Ce nombre, arrêté à une date donnée pour le régime général, ne peut être consolidé avec les données de l'Agirc-Arrco, exprimées en flux. L'Agirc-Arrco considère l'ensemble de ses allocataires résidant à l'étranger, présents ou sortis (y compris les décès) au cours de l'exercice, et ayant reçu au moins un paiement au cours de la période, sans précision sur les droits cumulés.

Les données issues du Centre des liaisons européennes et internationales de sécurité sociale (Cleiss)³³⁸ diffèrent de celles de ces deux organismes en raison de doubles comptabilisations de poly-pensionnés.

Enfin, les changements de périmètres des régimes introduisent des ruptures dans les séries statistiques³³⁹.

La baisse des montants de pensions versées à l'étranger est moins prononcée que celle des pensionnés du fait des revalorisations annuelles et du niveau de la pension moyenne des nouveaux retraités, plus élevé que celle des retraités qui décèdent.

Les retraités résidant à l'étranger perçoivent, en moyenne, une pension égale à 35 % de celle des résidents en France. La pension moyenne du régime de base est de 300 € par mois et celle de retraite complémentaire de 193 € (839 € et 453 € pour les pensionnés en France). Cet écart se constate pour les pensions de droit propre et pour les pensions de réversion des deux régimes.

2 - Une population plus âgée, concentrée dans quelques pays

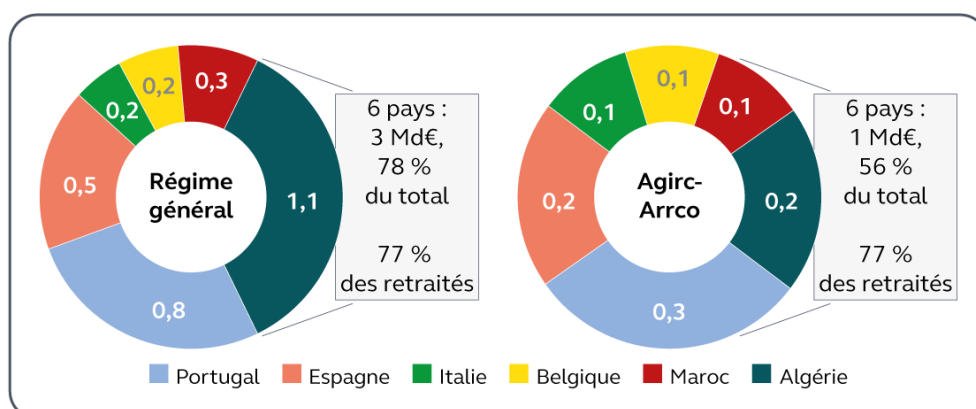
Parmi les retraités résidant à l'étranger, près de la moitié vit en Europe, en majorité au Portugal, en Espagne, en Italie et en Belgique. 40 % vivent en Afrique du Nord : Algérie (31 %), Maroc (6 %) et Tunisie (3 %).

³³⁸ Le Cleiss est un établissement public qui assure la collecte des données statistiques et financières auprès des organismes français de protection sociale relatives aux transferts de prestations vers ou en provenance de l'étranger dans le cadre des accords internationaux de sécurité sociale.

³³⁹ Le regroupement de l'Agirc et de l'Arrco en 2018, l'intégration du régime social des indépendants au régime général en 2020, l'élargissement de la collecte statistique aux données des régimes des trois fonctions publiques et de l'Ircantec en 2021 et 2022.

Les trois quarts des retraités percevant une pension française résident dans six pays, et représentent chaque année 3 Md€ de dépenses de retraite de base et 1 Md€ de retraite complémentaire.

Graphique n° 26 : répartition des retraites versées à l'étranger dans les six premiers pays de résidence en 2022 (en Md€)



Source : Cour des comptes à partir des données des régimes

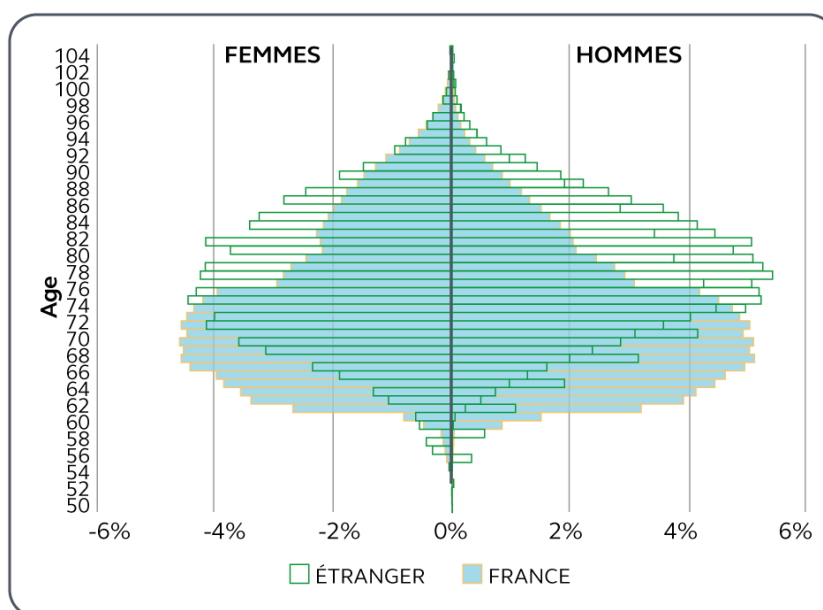
Les retraités résidant à l'étranger composent une population plus âgée que celle de ceux résidant en France (au sein du régime général, 78,6 ans contre 74,5 ans). Les retraités de 60 à 69 ans sont en effet, en proportion, moins nombreux à l'étranger qu'en France. Un rééquilibrage se fait à partir de 70 ans, en raison de départs plus tardifs du territoire français. Un écart existe également pour les retraités de 80 à 89 ans, proportionnellement plus nombreux à l'étranger qu'en France³⁴⁰. Enfin, les résidents à l'étranger comptent 2 445 centenaires³⁴¹ soit 0,23 % du total, un taux supérieur à celui constaté pour les retraités du régime général résidant en France (0,19 %)³⁴².

³⁴⁰ Cette classe d'âge est surreprésentée car les étrangers ayant travaillé en France après la seconde guerre mondiale et jusque dans les années 60, aujourd'hui retraités, sont plus nombreux que les cohortes suivantes et les droits pour réversion acquis le sont généralement à des assurés ayant déjà un certain âge.

³⁴¹ Ces 2 445 centenaires ont perçu 10 M€ en 2022.

³⁴² L'absence de classe creuse liée à la première guerre mondiale contribue à cet écart : la plupart des retraités résidant à l'étranger sont également nés à l'étranger, dans des zones dans lesquelles la baisse de la fécondité liée à la première guerre mondiale a été moins marquée.

**Graphique n° 27 : pyramide des âges au 31 décembre 2022
des retraités du régime général selon leur résidence**



Source : Cnav

B - Des risques de fautes et de fraudes spécifiques aux prestations versées à l'étranger

Les pensions de retraite versées à l'étranger sont sujettes aux risques de fraude³⁴³ affectant l'ensemble des retraites, comme l'utilisation frauduleuse ou le détournement d'un relevé d'identité bancaire, l'utilisation de faux documents ou la fausse déclaration de ressources. Certains sont néanmoins spécifiques ou plus élevés.

Le principal risque de fraude est l'omission de la déclaration du décès³⁴⁴ ou la falsification des preuves d'existence (actes d'état-civil ou certificats d'existence) adressées aux régimes de retraites.

³⁴³ Dans une demande de prestation par un assuré, la fraude se distingue de la faute par son caractère intentionnel qui doit être démontré.

³⁴⁴ Les régimes considèrent qu'une déclaration intervenant plus de six mois après le décès est de nature à présumer une fraude.

Un deuxième risque tient à l'identification des assurés nés à l'étranger, qui composent, pour le régime général, 89 % des retraités ne résidant pas en France à l'âge de la retraite. Pour les titulaires de droits propres, des déclarations approximatives ou incomplètes peuvent être faites par les employeurs³⁴⁵. Pour les demandes de pensions de réversion, des veuves qui n'ont jamais résidé en France font l'objet d'une première inscription à la sécurité sociale française.

Les fraudes à l'identification sont constituées par l'usurpation de l'identité d'autres assurés pour capter leurs droits à la retraite. Des contrôles poussés sont menés lors de l'attribution initiale des droits, les usurpations d'identité étant ensuite complexes à détecter à l'étranger en l'absence de compétence hors du territoire français pour convoquer les assurés.

**Des immatriculations majoritairement certifiées,
une sécurisation à poursuivre**

Le demandeur né à l'étranger doit faire l'objet d'une immatriculation dite « certifiée », à savoir disposer d'un numéro d'identification (NIR)³⁴⁶. Ce numéro est délivré au terme d'un contrôle effectué par les organismes de sécurité sociale puis par le service administratif national d'immatriculation des assurés (Sandia)³⁴⁷, géré par la Cnav et seul habilité à certifier l'identification d'une personne née à l'étranger.

Le Sandia estime que son stock d'immatriculations est certifié à 95 %. En 2023, il a traité plus de 59 000 demandes de mise à jour et de certification d'état civil, dont 10 % concernaient des fusions de NIR d'assurés identifiés sous plusieurs numéros, et 2 % des créations de NIR (homonymie, erreurs de saisie etc.).

Un audit de la direction centrale de la police aux frontières, entrepris en 2022 sur un échantillon représentatif de 2 500 immatriculations réalisées par le Sandia entre 2019 et 2022, a montré que 2,27 % des immatriculations contrôlées s'appuyaient sur des documents ne remplissant pas les conditions d'authenticité. Ces dossiers concernaient principalement des assurés nés au Maroc (22 %) et en Algérie (14 %) alors que ces pays ne représentaient respectivement que 6 % et 4 % de l'échantillon.

³⁴⁵ Les assurés hispanophones, par exemple, ont fréquemment vu leurs noms ou prénoms francisés ou tronqués du fait de l'immatriculation effectuée par leurs employeurs successifs et/ou des pratiques de l'état-civil en France jusqu'à la fin des années 1980.

³⁴⁶ Le NIR est l'identifiant unique des personnes inscrites au répertoire national d'identification des personnes physiques.

³⁴⁷ Dans le répertoire national d'identification des personnes physiques, l'Insee délègue au Sandia les personnes nées hors de France et dans certains territoires et collectivités d'Outre-Mer (Wallis et Futuna, Nouvelle Calédonie, terres australes et antarctiques françaises).

Le dernier risque est lié à la résidence ou à un départ et une installation à l'étranger non signalés aux caisses d'assurance retraite et de la santé au travail (Carsat)³⁴⁸. Il concerne une prestation en particulier, l'allocation de solidarité aux personnes âgées, soumise à une condition de résidence en France. Il représente une part importante des préjudices détectés par la branche vieillesse (cf. *infra*). Même pour les prestations sans condition de résidence, les retraités qui ne signalent pas leur départ échappent aux circuits de contrôle de l'existence.

C - Des améliorations notables dans l'appréhension du risque de décès non déclaré

Par rapport aux constats faits lors de son dernier contrôle en 2017³⁴⁹, la Cour relève des progrès certains. Les échanges de données informatisés sur les états civils entre la France et des pays européens, inexistantes avant 2020, se sont rapidement développés (1). Les certificats d'existence et leur contrôle sont mutualisés entre les régimes, ce qui permet une plus grande coordination entre eux (2). Des contrôles renforcés, exigeant la présence physique de l'assuré, complètent ces moyens de maîtrise du risque (3).

1 - Des échanges de données informatisés d'état civil entre les pays sécurisant le contrôle de l'existence des pensionnés

Des échanges de données informatisés d'état civil entre les organismes de protection et de sécurité sociale de la France et des autres pays européens ont été progressivement mis en place dans le cadre du dispositif de mutualisation des contrôles d'existence, piloté par le groupement d'intérêt public (GIP) Union Retraite³⁵⁰, et du système national de gestion des identifiants (SNGI³⁵¹), dont la Cnav

³⁴⁸ Les Carsat sont les organismes du réseau de la branche vieillesse du régime général de la sécurité sociale.

³⁴⁹ Cour des comptes, *Les retraites versées à des résidents à l'étranger : des risques spécifiques insuffisamment pris en compte, des outils à adapter*, rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, chapitre XIII, septembre 2017.

³⁵⁰ Créé par la loi n° 2014-40 du 20 janvier 2014, il réunit les organismes de retraite obligatoire, de base et complémentaire.

³⁵¹ Créé en 1988 par la Cnav, le SNGI est le référentiel des identités pour les besoins des organismes de la protection sociale. Il traite les états civils et le numéro d'inscription au répertoire des personnes physiques (NIR), plus connu sous le nom de numéro de sécurité sociale, pour les ayants droit des organismes de sécurité sociale.

est l'opérateur. Ils prennent la forme d'envois mensuels de fichiers normés et sécurisés³⁵², avec un haut niveau de fiabilité, sur les décès.

Mis en place à partir de 2021, ces échanges mutualisés couvraient en 2023 près de 50 % des pensions versées à l'étranger par le régime général et 45 % de celles versées par l'Agirc-Arrco. Ils sont opérationnels pour sept pays européens³⁵³.

2 - Des certificats d'existence dorénavant mutualisés entre plusieurs régimes et mieux contrôlés

La législation prévoit que les retraités ou leurs ayants droit résidant à l'étranger doivent justifier de leur existence une fois par an pour continuer à percevoir leur pension de retraite³⁵⁴. Les pensionnés reconnus par les échanges informatisés de données ne sont plus tenus d'effectuer cette démarche.

Depuis novembre 2019, sauf exception, le dispositif de contrôle d'existence, auparavant mis en œuvre par chaque régime de retraite de base et complémentaire, est mutualisé³⁵⁵ : un assuré qui perçoit plusieurs pensions n'a à réaliser cette démarche qu'une seule fois. Le GIP Union Retraite³⁵⁶ gère ce processus. La relation avec les assurés continue de relever de la compétence exclusive des régimes de retraite.

Dès lors que le certificat d'existence n'est pas transmis par un pensionné, le versement de sa pension est suspendu au bout de deux mois, jusqu'à la réception des justificatifs attendus. 87,2 % des certificats d'existence ont été retournés à trois mois et 94,2 % à douze mois en 2023.

Le GIP Union Retraite opère, dans un premier temps, un traitement de lecture optique des certificats d'existence puis, dans un deuxième temps, des contrôles manuels exhaustifs aléatoires, ou quand la lecture optique

³⁵² La normalisation des fichiers limite considérablement les rejets. Les flux de données sont chiffrés pour s'assurer que les informations ne peuvent être lues par une personne ou une entité malveillante.

³⁵³ Par ordre d'importance des retraités y résidant : l'Espagne, la Belgique, l'Allemagne, le Portugal, la Suisse et le Luxembourg. Depuis octobre 2024, les échanges mutualisés couvrent aussi le Danemark.

³⁵⁴ En France, les décès sont centralisés par l'Insee, ce qui explique qu'aucun certificat ne soit demandé aux retraités.

³⁵⁵ Le service des retraites des fonctionnaires de l'État, des magistrats et des militaires devrait être raccordé en 2025.

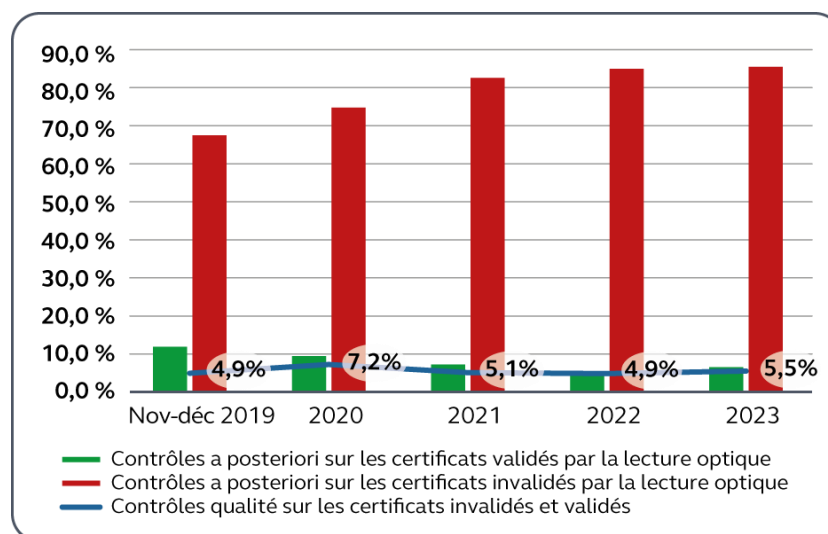
³⁵⁶ Créé par la loi n° 2014-40 du 20 janvier 2014, il réunit les organismes de retraite obligatoire, de base et complémentaire.

relève des incohérences, ou pour les certificats non-normés³⁵⁷. Des contrôles-qualité sur les contrôles réalisés par les agents complètent ce dispositif de maîtrise des risques.

Les certificats d'existence peuvent être facilement reproduits ou imités et offrent peu de garantie de sécurité. L'autorité locale compétente³⁵⁸ pour leur validation peut être victime ou complice d'une intention de frauder ou ne pas exiger la présence physique de l'assuré et valider ainsi le certificat sans être informée de son décès. La Cour ne dispose pas, par année, des suites données par les régimes à ces contrôles.

De fin 2019 au 31 décembre 2023, les résultats des contrôles aléatoires mettent en évidence une réduction des taux de non-conformité sur les certificats validés par la reconnaissance optique (11,9 % en 2019 et 6,5 % en 2023), qui se situent toutefois encore à un niveau élevé.

Graphique n° 28 : part des non conformités identifiées par les contrôles sur les certificats d'existence par typologie de contrôles



Source : Cour des comptes d'après les données de la Cnav

³⁵⁷ Les certificats non normés ne sont pas adressés aux assurés par le GIP Union Retraite et ne comportent pas de code-barre permettant d'identifier l'assuré.

³⁵⁸ Les autorités compétentes pour compléter et signer les certificats d'existence varient selon les pays (mairies, préfectures, consulats, etc.). La liste est établie et mise à jour chaque année par le ministère chargé des solidarités et le ministère chargé des affaires étrangères.

L'extrapolation des non-conformités constatées en moyenne sur les certificats d'existence reconnus par le traitement optique aux pensions versées par le régime général et par l'Agirc-Arrco entre 2020 et 2023 – en excluant les retraites versées dans les pays procédant à des échanges de données informatisés – conduit à une estimation du risque de paiement à tort de 200 M€, dont 130 M€ pour le régime général et 70 M€ pour le régime complémentaire.

Ces contrôles ne permettent pas de disposer des résultats par pays, ni par motif de rejet, ce qui limite la capacité à adapter aux risques les actions de lutte contre la fraude et les fautes. La Cour a néanmoins pu obtenir les résultats des contrôles aléatoires par pays sur un mois donné. Pour ce mois particulier, s'agissant des pays ne faisant pas l'objet d'échanges de données informatiques, le taux de non-conformité était de 3 % pour l'Algérie, de 7 % pour l'Italie et pour le Maroc avec, respectivement, 628, 168 et 186 certificats examinés.

L'obtention et l'analyse de résultats de contrôle par pays et zones de risques permettraient d'affiner les risques et de compléter les contrôles aléatoires par des contrôles ciblés, en veillant à les articuler avec les contrôles sur place (cf. *infra*). La mise en œuvre de visioconférences pourrait être expérimentée dans ce cadre, en lien avec la mise en place de la reconnaissance biométrique (cf. II).

3 - La convocation périodique des assurés : un dispositif sécurisant à condition d'être correctement réalisé

En l'absence d'échange informatisé des données de décès, la vérification de la présence de l'assuré demeure la modalité la plus fiable pour certifier son existence³⁵⁹. Ces contrôles sont confiés aux consulats³⁶⁰ lorsque les pays comptent peu d'assurés ou lorsque les autorités locales ne présentent pas toutes les garanties nécessaires. Ils peuvent être confiés à des partenaires locaux (caisse de retraite, établissement bancaire)³⁶¹ lorsque les assurés à contrôler sont nombreux et ne peuvent être accueillis par le réseau consulaire français présent dans le pays. Faute de se présenter dans les délais requis, l'assuré est informé de la suspension du versement

³⁵⁹ Lors de la convocation, un contrôle de cohérence est effectué entre l'aspect de la personne, la photo et l'âge figurant sur les pièces d'état civil produites, permettant d'affirmer qu'il s'agit du même individu.

³⁶⁰ En Algérie, la Cnav expérimente son propre dispositif au sein du consulat de France à Alger ciblant des assurés âgés de plus de 90 ans relevant du régime général.

³⁶¹ Depuis 2020, le GIP Union retraite, la Cnav et l'Agirc-Arrco ont, chacun, mené une expérimentation, en Algérie ou au Maroc.

de sa pension. Les modalités de convocation n'ont toutefois pas toutes les mêmes exigences : la possibilité de se faire représenter, généralement exclue pour les contrôles consulaires³⁶², est autorisée par les partenaires locaux sur présentation d'un certificat médical ou par une procuration au profit d'un tiers, ce qui constitue une faiblesse du dispositif.

Des expérimentations de convocation des assurés ont été menées en Algérie et au Maroc entre 2020 et 2023.

Des expérimentations aux résultats probants

Le cumul des contrôles consulaires et partenariaux réalisés entre 2020 et 2023 aura permis de convoquer 2 500 retraités au Maroc et 4 000 en Algérie, soit moins de 3 % des résidents percevant une retraite française au Maroc et à peine plus d'1 % de ceux résidant en Algérie.

Les régimes affichent l'ambition de contrôler sur place l'ensemble des retraités les plus âgés³⁶³. Ils ont fait le choix, pour cela, de s'appuyer sur leurs partenaires locaux, qui disposent d'un réseau d'implantations. En 2024, 11 % des retraités résidant au Maroc devraient être annuellement convoqués, dont 80 % par le partenaire local. À compter de 2025, en Algérie, 16 % des retraités seraient annuellement convoqués, dont 97 % par un partenaire bancaire algérien, prestataire de la fédération Agirc-Arrco. Cette dernière prévoit de convoquer par ce biais 60 000 retraités par an, ce qui permettra de contrôler l'ensemble des retraités résidant en Algérie en six ans.

Selon les résultats des expérimentations, en moyenne près de 40 % des assurés convoqués ne se présentent pas dans les délais et voient leurs pensions suspendues par les différents régimes. Dans les mois qui suivent, ce taux décroît pour atteindre, en moyenne, entre 20 et 25 % d'assurés dont les versements restent suspendus.

³⁶² Pour ses contrôles au consulat de France à Alger, la Cnav admettait jusqu'en 2023 une preuve d'existence par l'envoi d'une photographie prise le jour même de la convocation. Devant l'afflux de demandes, cette procédure a été suspendue. Seuls, les consulats au Maroc et en Turquie ont admis que des usagers se fassent représenter sur présentation d'un certificat médical.

³⁶³ La convention d'objectifs et de gestion de la Cnav pour la période 2023-2027 prévoit « d'interroger sur place tous les 3 ans l'intégralité des retraités de plus de 90 ans ». La feuille de route gouvernementale « Lutte contre toutes les fraudes aux finances publiques » (mai 2023) prévoit de contrôler l'ensemble des retraités de plus de 85 ans résidant dans un pays étranger sans échange d'état-civil avec la France d'ici 2027 (mesure n° 18).

Parmi les assurés qui ne se sont pas présentés, des décès non signalés avant et après le contrôle sont portés à la connaissance des régimes. Ils représentent entre 3 % et 22 % de l'échantillon convoqué. Le taux le plus élevé a été observé lors d'une opération de convocation systématique de tous les assurés de plus de 85 ans menée par la Cnav au consulat de France à Alger. Sur les 588 décès constatés, la moitié était antérieure à la date de convocation de l'assuré. Le préjudice pour la Cnav a été de 1 M€.

Toutefois, un biais affecte ces résultats : l'absence de suspension systématique des paiements lors des expérimentations. Les contrôles effectués au Maroc en 2022 et 2023 n'ont ainsi donné lieu à aucune suspension de paiement par la Cnav³⁶⁴, ce qui affaiblit la portée des contrôles et appelle une correction. L'arrêt des paiements aurait permis de mettre à jour davantage de situations de décès non déclarés et de réduire le préjudice financier résultant des versements correspondants.

À partir des informations qui lui ont été transmises, la Cour a comparé les coûts directs engagés pour ces expérimentations³⁶⁵ avec les montants de préjudices qu'elles ont permis de constater d'une part, en détectant des décès qui n'étaient pas signalés³⁶⁶, et les préjudices évités d'autre part, par la suspension des versements aux assurés ayant ignoré les convocations³⁶⁷. La comparaison de ces montants de préjudice, constatés ou évités, avec les coûts engagés pour mener ces opérations fait apparaître un bilan économique avantageux. Les expérimentations réalisées ont permis, pour un euro dépensé, de constater ou d'éviter entre 12 et 30 euros de préjudice. Toutefois, cette estimation ne prend pas en compte le coût de la mobilisation des services administratifs en amont et en aval des contrôles.

Une dernière modalité consiste en des contrôles sur pièces renforcés. Depuis fin 2023, des contrôles de ce type³⁶⁸ sont menés auprès des retraités résidant en Turquie, en Algérie, au Maroc et, prochainement, en Tunisie. Déjà expérimentés en 2022, ces contrôles, effectués par des agents formés

³⁶⁴ La convention relative à l'expérimentation n'ayant pas été signée par toutes les parties, la Cnav ne souhaitait pas procéder aux suspensions de paiement.

³⁶⁵ Rémunération des partenaires locaux ou des agents effectuant ces contrôles.

³⁶⁶ Pour les décès découverts à l'occasion de ces convocations, le préjudice constaté correspond aux mensualités versées à tort entre la date du décès et celle à laquelle les régimes l'ont appris et ont procédé à l'arrêt des versements.

³⁶⁷ Le préjudice évité correspond aux mensualités qui n'ont pas été versées depuis la date de suspension de la pension jusqu'à fin mai 2024.

³⁶⁸ L'assuré est tenu d'adresser, par correspondance et sous trois mois, des pièces justificatives de son identité et de son existence (certificat d'existence, pièce d'identité en cours de validité, original de l'acte de naissance avec mentions marginales datant de moins de trois mois). Passé ce délai, la pension est suspendue.

à la fraude documentaire, avaient permis de détecter des décès³⁶⁹ non déclarés dans les mêmes proportions que les contrôles sur place, soit entre 2 % et 5 % des échantillons contrôlés. La Cour estime que ces contrôles, limités à l'analyse de documents scannés, peuvent se révéler utiles à condition d'être confiés à des agents spécialistes de la fraude documentaire et devraient être concentrés sur les pays où les convocations physiques d'assurés sont moins nombreuses du fait d'un réseau consulaire dont les moyens sont limités (Turquie, Tunisie).

II - Des améliorations indispensables pour mieux prévenir et déceler les fraudes

Il est indispensable de poursuivre les efforts engagés depuis le dernier rapport de la Cour de 2017. Améliorer la prévention et la lutte contre la fraude nécessite, au préalable, d'estimer celle-ci (A). Les contrôles pourraient être mieux coordonnés en développant des échanges entre administrations et des échanges de données informatisés d'état civil avec les organismes sociaux étrangers (B). Le recouvrement des sommes indûment versées pourrait être amélioré, comme la sanction des fraudes (C).

A - Estimer la fraude et évaluer les préjudices relatifs aux pensions de retraite versées à l'étranger

Les moyens de lutte contre la fraude concernent l'ensemble des pensions de retraite, qu'elles soient ou non versées à l'étranger. Aucun des régimes n'évalue la fraude sur ce segment de pensions.

1 - Des contrôles qui, sauf exception, ne sont pas consacrés exclusivement aux pensions de retraite versées à l'étranger

La stratégie de lutte contre la fraude de la branche vieillesse et de l'Agirc-Arrco repose principalement sur des contrôles *a posteriori*, à partir de l'exploitation de données issues de requêtes et de signalements. Elle s'applique à l'ensemble des pensions de retraite, versées ou non à l'étranger, à l'exception du risque de décès non déclaré, qui fait l'objet de moyens de maîtrise des risques spécifiques (cf. *supra*).

³⁶⁹ Tous postérieurs à la dernière preuve de vie, ces décès remontaient à moins de six mois et conformément aux instructions internes des régimes, l'absence de leur déclaration auprès des régimes n'a pas été retenue comme frauduleuse.

L’outil de restitution de la lutte contre la fraude de l’Agirc-Arrco ne délivre pas d’information spécifique sur les fraudes et fautes relatives aux retraites versées à l’étranger. Celui de la Cnav le permet seulement depuis 2023. L’Agirc-Arrco n’a donc pas pu fournir le nombre de contrôles ni chiffrer les préjudices subis et évités relatifs aux seules pensions de retraite versées à l’étranger.

Pour la branche vieillesse du régime général, en 2023, 373 dossiers contrôlés ont concerné des prestations servies à l’étranger, soit seulement un peu plus de 5 % du total des contrôles. Comme les autres dossiers contrôlés, ils sont sélectionnés parmi les dossiers les plus porteurs de risques. 36 % ont conduit à identifier des préjudices pour la sécurité sociale à hauteur de 5,8 M€³⁷⁰ et des indus, soit des montants versés à tort aux assurés, à hauteur de 1,4 M€. La part des fraudes représente 63 %, celle des fautes 37 %³⁷¹.

2 - Une absence d’évaluation de la fraude sur les pensions versées à l’étranger

La Cnav réalise une estimation de la fraude sur l’ensemble des pensions qu’elle verse mais ne l’évalue pas sur le segment de celles versées à l’étranger³⁷². L’Agirc-Arrco ne réalise pas d’estimation statistique des fraudes et fautes potentielles. Malgré les biais de sélection et les limites affectant les résultats des contrôles sur place, la Cour a essayé d’estimer la fraude dans trois pays accueillant un nombre important de pensionnés (Algérie, Maroc, Espagne) à partir de données fournies par le régime général et le régime complémentaire Agirc-Arrco.

³⁷⁰ Les préjudices subis et évités correspondent aux fautes et fraudes décelées par les organismes. Seuls les préjudices subis font l’objet d’une constatation d’indu, les caisses ayant versé des prestations à tort.

³⁷¹ Pour l’ensemble des dossiers de la branche vieillesse contrôlés en 2023 (comprenant les 373 dossiers portant sur les seules prestations servies à l’étranger), 48,4 % ont conduit à identifier des préjudices. La part des fraudes est de 24,5 % et celles des fautes de 75,5 %.

³⁷² En 2022, à partir d’un échantillon aléatoire de 2 000 pensions, la Cnav a évalué le préjudice annuel des fraudes ou fautes à 0,2 Md€ pour l’ensemble des pensions de retraite. Seize cas de fraude avaient été décelés sur les 2 000 pensions contrôlées, dont quatre concernaient des étrangers (une fraude à l’existence et trois pensions soumises à condition de résidence en France versées à l’étranger).

Une estimation de la fraude dans les trois pays expertisés par la Cour

En Algérie, les contrôles exigeant la présence physique des pensionnés montrent que, parmi les pensionnés d'une classe d'âge donnée dont 10 % ont été convoqués, les décès constatés n'avaient pas été déclarés à la Cnav dans près d'un cas sur deux (44 %). En appliquant ce taux de non déclaration de décès au taux de mortalité de chaque classe d'âge qui compose la population des retraités résidant en Algérie, la Cour estime que le montant de fautes ou fraudes atteint 38 M€ pour le régime général³⁷³. Par ailleurs, des assurés ne se sont jamais présentés à la convocation³⁷⁴. En retenant l'hypothèse majorante qu'ils sont tous décédés sans que leur décès ait été déclaré et en appliquant cette hypothèse à l'ensemble de la population pensionnée résidente en Algérie selon leur âge, le montant de l'estimation peut être majoré de 42 M€. Dès lors, l'estimation totale pour ce pays atteint un montant compris entre 40 et 80 M€.

Pour le Maroc, le même raisonnement conduit à une estimation du montant des fautes et fraudes au décès de l'ordre de 12 M€ (8 M€ pour le régime général et 3,5 M€ pour l'Agirc-Arrco).

En Espagne, la Cour n'a pu procéder à une estimation, de tels contrôles n'étant pas mis en œuvre. Néanmoins, le risque de fraude est réduit par la présence d'échanges de données d'état-civil avec ce pays.

La Cnav, en accord avec la direction de la sécurité sociale, considère qu'une évaluation spécifique de la fraude aux retraites versées à l'étranger supposerait la construction d'un échantillon important, qu'elle juge disproportionné par rapport aux enjeux. Il serait néanmoins possible de procéder à une telle évaluation tous les cinq ans ou d'amender l'échantillon de l'évaluation annuelle pour qu'il contienne un échantillon représentatif des pensions de retraite versées à l'étranger.

B - Développer, mutualiser et accélérer les échanges avec les autres pays et les partenaires administratifs

Même si la situation s'est nettement améliorée ces dernières années, des marges de progrès résident dans le développement volontariste des partenariats entre les organismes sociaux et les pays, l'investissement dans l'identification biométrique et l'élargissement du périmètre et de la qualité des contrôles.

³⁷³ Le contrôle de l'existence ne concernait que les pensionnés du régime général et non l'Agirc-Arrco.

³⁷⁴ 27 % des plus de 90 ans et 2 % des moins de 90 ans.

1 - Des partenariats à étendre pour mieux détecter les départs non signalés à l'étranger

En plus d'être soumise à des conditions de ressources, l'allocation de solidarité aux personnes âgées est une prestation sujette à une condition de résidence en France durant l'année civile de versement de la prestation³⁷⁵. Pour l'ensemble des organismes de sécurité sociale, le départ à l'étranger est difficilement traçable et le risque de non-déclaration pour continuer à percevoir la prestation est insuffisamment sécurisé.

De 2019 à 2022, les résultats des contrôles de lutte contre la fraude dans la branche vieillesse dans leur ensemble ont révélé que plus d'un quart des fraudes décelées (227 sur 894 dossiers) concernait le non-respect des conditions de résidence en France ou des départs définitifs à l'étranger non signalés.

Des échanges accrus entre les organismes de sécurité sociale et les administrations de l'État permettraient de réduire ces deux types de fraude. Les changements d'adresse à l'étranger ne sont pas systématiquement signalés. Aucune base de données des entrées et des sorties du territoire, temporaires ou définitives n'existe. Autoriser les organismes de protection sociale à consulter le registre national des Français établis à l'étranger, tenu par le ministère chargé des affaires étrangères, permettrait d'augmenter la connaissance des départs par les organismes, même si l'inscription, non obligatoire, concerne les seuls Français et ne garantit donc pas de connaître exhaustivement les flux.

Selon la direction de la sécurité sociale, l'accès à l'administration numérique pour les étrangers en France, qui recense notamment les titres de séjour demandés en ligne, devrait être généralisé en 2025 et permettre à terme de mieux déceler les fraudes. Cette évolution permettra aux organismes de sécurité sociale d'accéder aux titres de séjour et aux pièces justificatives détenus par les préfectures et de mieux gérer les droits liés à une condition de régularité de la résidence. En attendant, l'exploitation et la mutualisation systématique des résultats des contrôles entre organismes de sécurité sociale sur les départs permettraient de réduire le risque de changement d'adresse non déclaré.

Dans la gestion courante des dossiers d'allocation de solidarité aux personnes âgées, les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail (Carsat) envoient au bénéficiaire, un an après l'attribution de l'allocation, un questionnaire de déclaration des ressources, de la situation familiale et de la résidence. Ce formulaire n'est ensuite plus envoyé régulièrement

³⁷⁵ La condition de résidence en France est de neuf mois depuis le 1^{er} septembre 2023, contre six précédemment.

alors qu'il permet de mettre à jour la situation des pensionnés, de rectifier des erreurs ou de déceler des indus³⁷⁶. Il pourrait être demandé que le volet résidence soit complété annuellement, en attendant l'exploitation du dispositif de ressources mensuelles qui devrait faciliter les contrôles³⁷⁷.

2 - Des échanges de données informatisés à développer et à optimiser

L'extension des échanges de données informatisés à tous les pays européens, mais également à ceux dont les flux financiers sont les plus importants (Algérie, Maroc...), permettrait de diminuer le risque de non déclaration ou de déclaration tardive des décès. Selon la Cnav, les échanges seront mutualisés prochainement avec l'Italie, la Pologne et l'Autriche. Hors Union européenne, des projets sont en cours avec Israël et avec le Royaume Uni.

Leur mise en œuvre est tributaire des relations diplomatiques et des intérêts mutuels des différentes parties concernées : un pays étranger versant peu de retraites à ses nationaux résidant en France sera moins enclin à développer de tels échanges. Il convient toutefois de poursuivre la couverture des pays de résidence (notamment au Maghreb) pour fiabiliser le versement des pensions par les régimes français³⁷⁸.

Allemagne : une large couverture géographique des échanges bilatéraux d'information de décès

Comme en France, l'Allemagne dispense ses pensionnés résidant à l'étranger de l'envoi annuel d'un certificat d'existence lorsque celle-ci est vérifiée par des échanges de données informatisées d'état civil. L'Allemagne procède aujourd'hui à ces échanges avec 22 États étrangers (contre sept pour la France) couvrant plus de 68 % de ses résidents hors du territoire allemand (contre près de 50 % pour la France). Six autres pays sont actuellement en phase de test, dont deux dans lesquels les pensions versées par la France sont significatives : le Canada³⁷⁹ et la Turquie. L'Allemagne n'a pas d'accord avec l'Algérie ni avec le Maroc.

³⁷⁶ La Carsat d'Aquitaine n'envoie plus, ensuite, ce formulaire. La Cnav Île-de-France le fait à des fréquences variables.

³⁷⁷ Cour des comptes, *La lutte contre la fraude aux prestations sociales*, rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, chapitre VII, mai 2023.

³⁷⁸ Une convention de coopération a été signée avec les organismes de retraite de Tunisie dans la perspective du lancement d'échanges de données informatisées, dont le prérequis est la compatibilité avec les outils de la Cnav.

³⁷⁹ Dont la province du Québec, qui en matière d'état civil, jouit d'une compétence pour conclure des accords bilatéraux avec d'autres pays ou entités internationales.

Les données d'identification et d'état civil ne coïncident pas entre les régimes de retraite français et étrangers, ce qui explique que les assurés ne soient pas tous reconnus par ces échanges. En 2023, les échanges dématérialisés mutualisés dans le cadre du GIP Union Retraite ont permis d'identifier en moyenne 72 % des assurés et ayants droit par les pays contractants partenaires. Ce taux s'est inscrit dans une échelle de 64,2 % (Portugal) à 88,7 % (Suisse).

Tableau n° 26 : pourcentage d'assurés identifiés par les échanges mutualisés de données informatisées sur les décès en 2023

<i>Pays</i>	<i>Mise en service des échanges</i>	<i>Nombre d'assurés interrogés</i>	<i>Nombre d'assurés identifiés</i>	<i>Taux d'identification</i>
<i>Luxembourg</i>	31/01/2021	5 448	4 167	76,5 %
<i>Allemagne</i>	28/02/2021	53 250	39 673	74,5 %
<i>Suisse</i>	31/03/2021	24 586	21 807	88,7 %
<i>Belgique</i>	31/05/2021	58 137	49 556	85,2 %
<i>Espagne</i>	30/09/2022	260 614	176 976	67,9 %
<i>Portugal</i>	30/09/2023	33 145	21 258	64,2 %
Total		435 180	313 437	72,0 %

Source : Cour des comptes d'après le GIP Union Retraite

L'amélioration des taux d'identification est nécessaire pour accroître la fiabilisation des données d'état civil, la qualité des services rendus aux pensionnés et la performance du système. Elle implique une meilleure convergence des données entre les pays³⁸⁰ et, notamment, l'élimination des numéros d'identification en doublon au répertoire des personnes physiques (NIR).

La France doit par ailleurs veiller à la pérennité de l'infrastructure hébergeant les échanges (plateforme Testa) gérée par la Commission européenne, qui n'est pas garantie à moyen terme.

³⁸⁰ Des divergences sont constatées dans les règles d'identification appliquées et dans les différences de valeurs accordées aux critères d'identité transmis. Par exemple, la France attribue une valeur forte au nom de naissance lors du processus d'identification, qui est peu utilisé par les partenaires. L'Allemagne accorde une valeur forte à l'adresse de résidence, qui ne fait pas partie en France des informations constitutives de l'identité.

3 - Des échanges entre partenaires sociaux et administratifs à faciliter et étendre

Des rapprochements sont réalisés annuellement par les Carsat entre les données de la branche vieillesse et de la direction générale des finances publiques (DGFIP) afin d'identifier les différences entre les ressources perçues et les revenus déclarés, mais aussi de cibler les sorties du territoire français. La Cnav ne connaît pas le nombre de fautes ni de fraudes identifiées grâce à ces rapprochements³⁸¹.

S'agissant des bénéficiaires de l'allocation de solidarité, l'arrêt des soins médicaux prodigués à des personnes âgées est un autre moyen d'identifier le départ à l'étranger d'assurés âgés. Les Carsat peuvent interroger les caisses d'assurance maladie sur des dossiers individuels mais pas sur l'ensemble des pensionnés afin d'identifier d'éventuelles atypies. L'outil de détection des fraudes de la branche vieillesse n'est en effet pas alimenté par des flux en provenance de la Cnam pour l'ensemble des assurés.

La direction de la sécurité sociale considère qu'il n'y a pas d'obstacle juridique à l'obtention d'informations de soins dans le ressort de l'ensemble des caisses primaires d'assurance maladie³⁸², dès lors que les rapprochements au niveau national s'opèrent dans le respect des principes et règles de la loi du 6 janvier 1978, dite informatique et libertés, et du règlement général sur la protection des données. Toutefois, selon cette même direction, les agents de la Cnav devraient obtenir au préalable une habilitation de la Cnam pour accéder aux données de santé. Un premier contrôle pourrait être réalisé par la Cnav à partir de la base d'ouverture des droits aux soins de santé³⁸³.

Contrairement aux branches du régime général, l'Agirc-Arrco ne bénéficie pas du droit de communication, qui permet d'obtenir, sans que lui soit opposé le secret professionnel, les documents et informations utiles à la lutte contre la fraude. Des accords prévoient néanmoins la communication d'informations entre l'Agirc-Arrco et ses partenaires, dont la Cnav. Il conviendrait d'asseoir leur base légale.

³⁸¹ La Cnav le justifie par le fait qu'ils ne constituent qu'un faisceau d'indices ne servant pas, à eux seuls, à lancer les contrôles de lutte contre la fraude.

³⁸² Recommandation faite par la Cour dans sa communication à la commission des affaires sociales du Sénat de septembre 2020 intitulée *La lutte contre les fraudes aux prestations sociales – Des progrès trop lents, un changement d'échelle indispensable*.

³⁸³ Cette base retrace les demandes d'ouverture et de clôture des droits par les États étrangers à la suite du décès du pensionné ou en raison d'un retour en France.

4 - Renforcer la collaboration entre les régimes en aval des contrôles sur place

À partir de 2024-2025, les régimes ont prévu d'intensifier leurs contrôles sur place et sur pièces en Algérie, au Maroc, en Turquie et en Tunisie³⁸⁴. Les résultats seront partagés³⁸⁵ et les suspensions de paiement aux assurés n'ayant pu satisfaire aux contrôles seront, pour la plupart des régimes, automatisées dans leurs systèmes d'information. Ce changement d'échelle justifierait une coordination plus poussée entre les régimes à différents niveaux.

Les nombreuses suspensions de paiement consécutives à l'intensification des contrôles³⁸⁶, désormais automatisés, vont susciter une hausse des réclamations d'assurés. Elle affectera l'ensemble des canaux et devra être préparée et anticipée afin que les circuits existants ne soient pas embolisés, notamment ceux des Carsat, dont les agents ne sont pas tous informés de ces contrôles.

Les procédures de réouverture des droits aux assurés ne sont pas arrêtées. Les organismes affirment qu'aucune remise en paiement ne pourra intervenir sans que l'assuré ait satisfait à un nouveau contrôle physique. Toutefois aucun processus, protocole d'accord ou développement informatique ne traduit cette obligation de reconvoque.

Au Maroc, les assurés qui n'ont pas répondu à la convocation dans les trois mois et dont la pension est suspendue, auront la possibilité de se présenter au guichet du partenaire local pour prouver leur existence jusqu'à un an après la date de la convocation. Le dispositif prévu en Algérie, moins souple, ne garantit pas la reconvoque systématique des assurés qui réclament le rétablissement de leur pension alors qu'ils n'ont pas honoré la première demande de convocation. La décision de reconvoquer un assuré est laissée à la discrétion de l'Agirc-Arrco, seul titulaire du marché avec le partenaire bancaire effectuant les contrôles sur place³⁸⁷, sans consultation des autres régimes. L'Agirc-Arrco n'envisage pas de reconvoquer systématiquement les assurés non venus lors de la première convocation et sollicitera d'eux le

³⁸⁴ Algérie : 50 000 convocations d'assurés en 2025 puis 60 000 convocations annuelles à compter de 2026 ; Maroc : 8 000 convocations annuelles dès 2024 ; Turquie : 800 contrôles sur pièces et sur place à partir de 2024 ; Tunisie : 2 000 contrôles sur pièces en 2025.

³⁸⁵ Si un assuré ne s'est pas présenté, une notification d'existence non vérifiée est inscrite dans la base de mutualisation des contrôles d'existence et adressée à tous les régimes.

³⁸⁶ En retenant le taux moyen de non présentation issu des expérimentations, la Cour estime que 17 000 retraités verraient leurs pensions suspendues en 2025, dont 15 000 en Algérie.

³⁸⁷ Le marché prévoit que la prestation de convocation au guichet de la banque algérienne est facturée à l'unité à l'Agirc-Arrco.

renvoi de pièces justificatives pour attester leur existence. L'intensification à venir des contrôles et des réclamations pourrait conduire à ce que le versement de leurs pensions aux assurés soit remis en place par les régimes sans concertation et selon des procédures moins exigeantes de vérification de leur existence.

5 - Développer la biométrie et mieux articuler les contrôles entre eux

Le législateur a décidé de développer la reconnaissance faciale biométrique³⁸⁸ pour limiter le risque de décès non déclaré. Ce dispositif repose sur une application permettant de vérifier l'authenticité du titre d'identité biométrique, l'existence effective de la personne et la concordance entre la photographie et le visage du retraité. Disponible depuis septembre 2024 et destiné aux retraités volontaires, détenteurs d'une carte d'identité ou d'un passeport biométrique, il devrait permettre de faciliter les démarches des assurés et de réduire le nombre d'envois de certificats d'existence et les coûts associés.

Fin 2024, dans une première phase, sur près de 300 000 pensionnés appelés à transmettre leur certificat de vie³⁸⁹, 44 805 ont utilisé l'application mais un peu moins de 20 000 certificats ont été téléchargés, majoritairement par des Français (48,9 %) et des Algériens (13,8 %) avec une concentration de personnes de moins de 85 ans. Les plus forts taux de connexion ont été constatés en Algérie (19,7 %) et en Espagne (11,3 %).

Bien que facultatif, le recours à la biométrie sera un complément aux contrôles physiques d'existence. Le recours à la visioconférence pourrait être également expérimenté par le GIP Union Retraite quand les personnes sont hospitalisées et dans l'impossibilité de se déplacer, de parler ou de réagir.

Comme les contrôles d'existence seront, pour l'essentiel, confiés à des tiers dès 2025, le choix d'externaliser les contrôles commande d'en contrôler rigoureusement l'exécution. Les partenaires, au même titre qu'une autorité locale, peuvent être complices ou victimes d'une intention de frauder et les régimes devront réaliser des audits réguliers de leurs prestataires en charge de ces contrôles³⁹⁰.

³⁸⁸ L'article 104 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2021 et le décret n° 2023-688 du 28 juillet 2023 ont autorisé le GIP Union Retraite à créer un traitement de données à caractère personnel, dénommé contrôle dématérialisé de l'existence, utilisant un système de reconnaissance faciale statique et dynamique.

³⁸⁹ Parmi un million d'assurés éligibles, ayant une date de naissance valide avec le jour, le mois et l'année de naissance.

³⁹⁰ Les conventions et marchés de prestations encadrant la délégation de ses contrôles d'existence prévoient toutes la possibilité de conduire des audits et des contrôles.

Les prochains contrôles physiques d'existence au guichet des banques en Algérie, menés pour le compte de l'Agirc-Arrco, justifieraient le partage d'indicateurs de suivi et de pilotage avec les autres régimes. Ces indicateurs devraient concerner notamment le nombre d'assurés représentés par des tiers, ainsi que les remises en paiement selon les procédures utilisées (nouvelle convocation, envoi de pièces justificatives etc.). La coordination pourrait être plus poussée entre les dispositifs de contrôle de la Cnav d'une part et de l'Agirc-Arrco d'autre part. Les contrôles réalisés au consulat de France à Alger, de meilleure qualité que ceux du réseau des agences bancaires, pourraient être spécialisés sur les dossiers signalés ou ceux pour lesquels une remise en paiement est demandée après une longue période de suspension.

C - Identifier et mieux recouvrer les montants versés à tort par les régimes, réviser les sanctions

Pour rendre plus effective la lutte contre la fraude, il faut mieux appréhender et recouvrer les indus et mieux sanctionner les fraudeurs.

1 - Des incertitudes sur le montant et le recouvrement des restes à recouvrer au titre des pensions de retraite versées à l'étranger

Les indus sont des montants versés à tort aux assurés. Quand cela est possible, ils sont récupérés par des retenues sur les prestations versées. Les outils qui les gèrent à la branche vieillesse et à l'Agirc-Arrco ne distinguent pas, à tous les stades du processus de recouvrement et par pays, les indus relatifs aux pensions versées à l'étranger des autres indus. Ceux-ci ne font donc pas l'objet d'un pilotage spécifique. En particulier, les remises accordées et les admissions en non-valeur des créances irrécouvrables ne sont pas connues.

À la demande de la Cour, la Cnav a procédé à des retraitements informatiques pour établir le montant des indus relatifs aux pensions de retraite versées à des personnes résidant à l'étranger constatés en 2021 et leur taux de recouvrement à 24 mois. En 2021, ces indus s'élevaient à 43 M€, dont 1 M€ d'indus frauduleux, et représentaient 28 % des indus de la branche vieillesse alors que leur part dans les pensions versées par la branche est inférieure à 3 %. Les indus constatés après le décès de l'assuré sont majoritaires.

Le taux de recouvrement à 24 mois des indus sur les pensions versées à des résidents à l'étranger atteignait 88 % en 2021. Il était supérieur de 14 points à celui des indus relatifs aux pensions versées en

France. À l'inverse, pour les indus frauduleux, le taux de recouvrement relatif aux pensions versées à l'étranger n'était que de 2 %, soit six points de moins que pour les pensions versées en France.

Les modalités du recouvrement à l'étranger peuvent expliquer les bons taux de recouvrement constatés. En effet, la branche vieillesse a partiellement délégué le recouvrement amiable des indus sur les pensions de retraite versées à l'étranger quand l'assuré est décédé. Deux banques sont tenues, dans le cadre d'un marché public, de reverser les fonds aux organismes. Elles sont incitées financièrement à mettre en œuvre tous les moyens pour récupérer activement les sommes en jeu.

En 2023, le taux de recouvrement de l'une des deux banques (76 %) était supérieur de sept points à celui de l'autre en Europe, le taux étant encore supérieur hors Europe (81 %). Ces écarts devraient être analysés par la Cnav.

À l'Agirc-Arrco, les indus relatifs aux résidents hors de France au 31 décembre 2023 s'élevaient à 21,5 M€ et représentaient 8,4 % du total des indus en nombre et 10 % en montant. Le montant des indus frauduleux hors de France n'est pas disponible.

Les institutions de retraite complémentaires Malakoff Médéric et PRO BTP ont expérimenté pour l'Agirc-Arrco une délégation du recouvrement amiable sur les indus au décès hors d'Europe proche de celle retenue par la branche vieillesse. Les résultats en 2024³⁹¹ font apparaître, pour Malakoff Médéric, une augmentation de 30 points du taux de recouvrement brut (qui atteint 80 %) et de 7 points du taux de recouvrement net des frais liés au recouvrement (55 %). Les résultats sont plus contrastés pour Pro BTP, le taux de recouvrement brut (76 %) est en hausse de 20 points mais le taux de recouvrement net (51 %) baisse de 2 points. L'Agirc-Arrco a choisi de pérenniser ce dispositif et de le déployer progressivement aux autres institutions de retraite complémentaires jusqu'en octobre 2025.

Une entraide internationale est prévue pour recouvrer les créances de sécurité sociale à l'étranger avec la plupart des pays d'Europe. Concrètement, un État peut demander à un organisme étranger compétent, au moyen d'une demande standardisée, de compenser une créance avec des prestations étrangères, voire de procéder à son recouvrement forcé. En 2024, la procédure ne concernait que le régime agricole et était peu mise en œuvre. Pour la branche vieillesse, elle était toutefois en cours de finalisation.

³⁹¹ Année complète pour l'expérimentation.

Pour les pays hors d'Europe, la France n'est pas dotée de formulaires électroniques permettant la mise en œuvre de l'entraide. Elle supposerait, en outre, au préalable de signer un avenant aux conventions internationales. Une analyse du bénéfice attendu sur le recouvrement pourrait être réalisée pour les pays à fort enjeu.

2 - Des sanctions à renforcer, des dépôts de plainte rares

Les directeurs de Carsat ont l'obligation de déposer une plainte avec constitution de partie civile dès lors que les préjudices constatés au titre des fraudes dépassent quatre fois le montant du plafond mensuel de la sécurité sociale³⁹². La stratégie de la branche vieillesse est de réserver la voie pénale aux situations frauduleuses les plus graves et de privilégier le recours aux sanctions administratives (pénalités, avertissements), plus faciles à mettre en œuvre car la preuve de l'intention de frauder des assurés n'est pas requise.

Le suivi national de la Cnav ne distingue ni les sanctions, ni les dépôts de plaintes relatifs aux pensions de retraite versées à l'étranger. À la demande de la Cour, la Cnav a procédé à leur recensement auprès des Carsat. En 2023, un avertissement et dix-huit pénalités pour fraude ont été prononcés par seulement quatre des six caisses répondantes, pour un montant de 13 226 euros³⁹³. 56 % des dossiers avec faute ou fraude n'ont pas fait l'objet d'une suite contentieuse. Le montant moyen des pénalités est hétérogène, allant de 719 à 1 131 euros, ce qui est très inférieur à ce que la législation autorise. Les dépôts de plainte sont rares et ne sont pas systématiquement effectués par les Carsat même quand le seuil légal est atteint³⁹⁴.

L'Agirc-Arrco ne prévoit pas de sanctions administratives à l'encontre des pensionnés³⁹⁵ mais requiert des institutions de retraite complémentaire des dépôts de plainte pour toute fraude supérieure ou égale à 10 000 €. La fédération Agirc-Arrco ne connaît pas le nombre de plaintes déposées par les institutions de retraite complémentaire et n'intervient que lorsque le préjudice concerne plusieurs d'entre elles, en tant que représentante du régime. Malakoff Médéric n'a déposé aucune plainte en 2023 dans le cadre de la lutte contre la fraude tandis que Pro BTP en a déposé trois, dont une seule concerne des pensions de retraite versées à l'étranger.

³⁹² Article D. 114-5 du code de la sécurité sociale. Le seuil est de 15 456 € en 2024.

³⁹³ Contre 22 pénalités dont une pour faute et 21 pour fraude en 2019 pour un montant total de 11 600 € prononcés par trois Carsat.

³⁹⁴ La Cnav indique que les probabilités qu'une telle plainte prospère à l'étranger sont trop faibles pour la déposer.

³⁹⁵ Accord National Interprofessionnel du 17 novembre 2017.

Le bénéfice coût-avantages de la mise en place de sanctions administratives par les institutions de retraite complémentaires devrait être étudié. Envisagée par les partenaires sociaux dès 2017, elle nécessiterait, selon l'Agirc-Arrco, une évolution de la législation.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Depuis 2017, des progrès ont été constatés dans la maîtrise du risque lié à la non déclaration de décès d'un retraité. Les échanges de données informatisées entre la France et plusieurs pays européens permettent de fiabiliser une partie des données relatives aux décès mais doivent être élargis à des pays à fort enjeu. Les contrôles sur les certificats d'existence et ceux menés sur place auprès des assurés constituent une avancée qu'il conviendra de consolider par une augmentation du nombre de contrôles, une meilleure articulation entre les différents moyens de maîtrise des risques et un meilleur pilotage des résultats et des suites à leur donner.

Malgré des enjeux significatifs, les fraudes ne font toujours pas l'objet d'une estimation par les régimes, non plus que le niveau d'erreurs affectant les pensions versées à des résidents à l'étranger. La lutte contre la fraude nécessite d'accroître les collaborations et les échanges entre les partenaires administratifs, et d'améliorer les outils de gestion. Elle nécessite également de mieux recouvrer les indus et de sanctionner plus fermement les fraudes.

La Cour formule les recommandations suivantes :

23. *estimer la fraude aux pensions de retraite versées à l'étranger et adapter le système d'information afin que les régimes puissent identifier les pensions de retraite versées à l'étranger ainsi que les fraudes afférentes (ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles, Caisse nationale d'assurance vieillesse, Agirc-Arrco) ;*
 24. *renforcer les partenariats entre le régime général et le régime complémentaire pour mieux détecter les fraudes aux pensions de retraite versées à l'étranger et accélérer le développement des échanges de données informatisés avec les pays à fort enjeu (ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles, Caisse nationale d'assurance vieillesse, Agirc-Arrco) ;*
 25. *renforcer les contrôles anti-fraude dans les pays sans échanges de données informatisés sur les décès, en privilégiant la présence physique de la personne contrôlée (groupement d'intérêt public Union Retraite, Caisse nationale d'assurance vieillesse, Agirc-Arrco) ;*
 26. *améliorer l'outil de gestion des créances afin de pouvoir suivre les indus par millésime, par pays ainsi que par catégories de prestations et le raccorder à l'outil de gestion des fraudes (Caisse nationale d'assurance vieillesse, Agirc-Arrco).*
-

Chapitre IX

La gestion des indus par les caisses de sécurité sociale du régime général : une détection à renforcer, un recouvrement à optimiser

PRÉSENTATION

Un indu est un montant remboursé ou versé à tort par une caisse de sécurité sociale à un assuré, un professionnel de santé, un hôpital public ou une clinique privée. Les indus sont le résultat d'erreurs, d'omissions, de fausses déclarations ou de fraudes de la part du bénéficiaire, les fraudes se définissant comme des erreurs intentionnelles. Les indus peuvent aussi résulter d'erreurs des caisses de sécurité sociale pendant l'exploitation de documents reçus ou le calcul des droits. Ils sont détectés, c'est-à-dire décelés par les organismes, lors des contrôles ou à l'occasion d'une déclaration ou d'un envoi de documents par les assurés, professionnels et établissements de santé, ou par des partenaires des organismes.

Les indus, frauduleux ou non, doivent être constatés, notifiés aux intéressés et recouvrés par les caisses de sécurité sociale. Le périmètre de l'enquête couvre les branches famille, vieillesse, maladie et accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP) du régime général. Il inclut les prestations extralégales d'action sociale et les prestations versées pour le compte de tiers par la branche famille comme le revenu de solidarité active, la prime d'activité, les aides au logement ou l'allocation aux adultes handicapés.

Le montant des indus détectés en 2023 a atteint 10,3 Md€ pour les prestations versées par les quatre branches du régime général. Compte tenu des limites du contrôle interne et des systèmes d'information, une part importante n'est toutefois jamais détectée par les organismes de sécurité sociale. Elle est estimée à 8,6 Md€. L'ensemble (18,9 Md€) représente près de 5 % des prestations.

La détection et le recouvrement des indus sont donc des impératifs d'efficacité économique et de justice sociale. La Cour a examiné les moyens mis en œuvre par les caisses de sécurité sociale³⁹⁶ pour atteindre cet objectif.

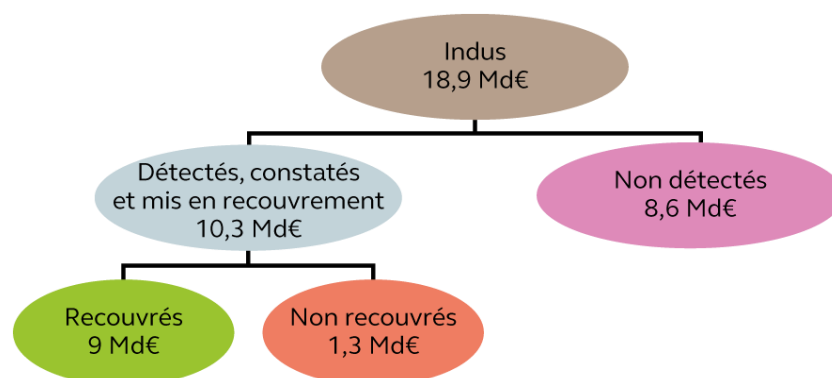
Les indus sont élevés, non systématiquement détectés et recouvrés, ce qui représente un enjeu significatif pour le régime général de la sécurité sociale (I). Des actions sont nécessaires pour réduire leur volume et pour améliorer leur recouvrement (II).

³⁹⁶ Déjà examinés dans le cadre d'une précédente enquête (Cour des comptes, « Les litiges des particuliers et des entreprises avec les organismes du régime général de sécurité sociale », rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, chapitre XI, mai 2023), les litiges portés devant les juridictions administratives ou judiciaires sont exclus du champ de ce chapitre.

Chiffres-clés 2023

La Cour estime l'ensemble des indus apparus au cours de l'exercice 2023 à 18,9 Md€. Une partie est détectée par les caisses, mise en recouvrement (10,3 Md€) et recouvrée à hauteur de 9 Md€. Une autre partie, non décelée, est estimée à partir des indicateurs de contrôle interne³⁹⁷ à 8,6 Md€.

Schéma n° 5 : flux des indus décelés et non décelés par les caisses en 2023



Source : Cour des comptes d'après les données des caisses nationales

Les indus qui restent à recouvrer, pour l'exercice en cours (1,3 Md€) et pour les exercices précédents (2,6 Md€), représentent 3,9 Md€ fin 2023, dont 2,1 Md€ pour la branche famille, 1,3 Md€ pour les branches maladie et AT-MP et 0,5 Md€ pour la branche vieillesse.

Les indus frauduleux comptabilisés par les caisses, qui correspondent aux préjudices subis, s'élèvent à 0,7 Md€ soit 7 % des indus détectés, constatés, et mis en recouvrement³⁹⁸. La proportion des indus frauduleux est nettement plus élevée dans les indus qui restent à recouvrer (30 % en moyenne, 54 % pour les branches maladie et AT-MP, 18 % pour la branche vieillesse, 20 % pour la branche famille), en raison des difficultés de leur recouvrement.

L'estimation des indus non détectés (8,6 Md€) ne distingue pas les risques par types d'indus (frauduleux ou non frauduleux) et ne permet d'approcher que très partiellement la part des indus frauduleux. Ceux-ci ont pu être approchés par une autre méthode entre 8,2 et 8,9 Md€ (cf. *infra*).

³⁹⁷ Les indus et rappels non-décelés par les organismes sont mesurés par les indicateurs de risques financiers résiduels après contrôle interne sur un échantillon qui est ensuite extrapolé.

³⁹⁸ À ce montant s'ajoute 0,4 Md€ d'indus évités, décelés et non comptabilisés.

I - Des indus élevés, non systématiquement détectés ni recouvrés

L'enjeu financier de la gestion des indus couvre les procédures mises en œuvre pour recouvrer les indus notifiés et l'identification statistique par le contrôle interne des indus non détectés par les branches.

Les indus constatés au cours d'un exercice sont, en général, correctement recouvrés grâce aux retenues légales d'office. Une partie passe toutefois en perte, la procédure de gestion des indus comportant des limites. Une part significative des indus n'est, en outre, jamais détectée. Enfin, les indus frauduleux sont plus difficilement recouvrables.

A - Des indus importants recouvrés majoritairement grâce aux retenues et aux échéanciers

Les indus décelés annuellement par les organismes sont élevés et leur recouvrement s'effectue principalement par des retenues sur les prestations ou par des échéanciers.

1 - Des indus en grande partie recouvrés au cours de l'exercice de leur constatation

Les indus enregistrés au cours de l'exercice résultent des contrôles opérés par les caisses sur les versements, le plus souvent *a posteriori*. Leur masse illustre les effets de la complexité de la réglementation, qui fait dépendre la liquidation³⁹⁹ des prestations d'éléments déclarés par les bénéficiaires. L'amélioration de la qualité de la liquidation doit permettre d'améliorer le paiement à bon droit des prestations.

³⁹⁹ La liquidation correspond à la vérification des droits et au calcul des prestations avant le paiement.

**Tableau n° 27 : indus mis en recouvrement et remboursés en 2023
(en Md€)**

Branche	Prestations versées (flux)	Au cours de l'exercice (flux)		Au 31 décembre (stock)	
		Indus mis en recouvrement	Indus recouvrés	Restes à recouvrer (valeur brute)	Restes à recouvrer (valeur nette)
Maladie / AT-MP	135	6,2	5,7	1,3	0,5
Famille	91	3,8	3,1	2,1	1,9
Vieillesse	150	0,3*	0,2**	0,5	0,3
TOTAL	385	10,3	9,0	3,9	2,7

Note : les montants de la branche maladie ne comprennent ni les participations et franchises, ni les recours contre tiers, ni les facturations des hôpitaux

** Indus constatés dans l'année à défaut de disposer des indus mis en recouvrement.*

***Montant correspondant au recouvrement annuel sur 12 mois des indus constatés en 2023 par la branche vieillesse.*

Source : Cour des comptes d'après les données des caisses nationales

Le montant total des indus décelés par les caisses et mis en recouvrement au cours de l'exercice 2023 s'est élevé à 10,3 Md€. Il reste modéré, allant de 0,2 % des prestations versées par la branche vieillesse à 4,5 % pour les branches maladie et AT-MP. L'essentiel des indus constatés est recouvré au cours du même exercice (environ 9 Md€ en 2023, soit près de 90 %).

Les indus décelés, mis en recouvrement mais non récupérés, constituent les restes à recouvrer. À fin 2023, au titre de l'exercice et des exercices antérieurs, ils s'élèvent en valeur brute à 3,9 Md€. Les indus prescrits ou risquant de ne pas être recouvrés font l'objet de dépréciations comptables. En valeur nette de ces dépréciations, les indus s'élèvent à 2,7 Md€ à fin 2023.

2 - Les retenues et échéanciers : des mécanismes efficaces de récupération des indus

Toutes les branches peuvent mettre en place des retenues d'office sur les prestations à venir afin de récupérer de façon échelonnée les sommes qui leur sont dues par les assurés ainsi que par les professionnels et établissements de santé. Dans les branches famille et maladie, les retenues sont paramétrées dans les systèmes d'information et tiennent

compte de la situation financière des assurés. Elles le sont aussi dans la branche vieillesse mais, pour chaque indu⁴⁰⁰, les agents doivent faire des opérations manuelles chronophages.

Ces mécanismes permettent de recouvrer une grande partie des indus notifiés : 78 % dans la branche famille, 93 % dans la branche maladie⁴⁰¹. La quotité saisissable⁴⁰² constitue en principe une limite, sauf lorsque les caisses obtiennent l'accord des assurés pour aller au-delà, à leur détriment.

Pour faciliter le recouvrement, les caisses peuvent proposer ou accorder des paiements échelonnés ou échéanciers. Elles peuvent accepter des délais de remboursement supérieurs à ceux qu'elles ont proposés.

La Cour a relevé des pratiques hétérogènes entre les branches et au sein d'un même réseau. Les délais accordés peuvent dépasser ceux prévus par la réglementation⁴⁰³. Il conviendrait que les caisses appliquent la réglementation ou que celle-ci évolue pour permettre l'octroi de délais de paiement plus longs. Les textes légaux et réglementaires pour la branche famille devraient par ailleurs être mis en cohérence avec ceux applicables aux autres branches. Enfin, les contrôles ou supervisions menés sur les échéanciers sont hétérogènes et d'une efficacité contrastée entre les branches et organismes. Ils pourraient être améliorés.

B - Des procédures de recouvrement à améliorer

Quand ils sont définis, les objectifs fixés aux branches en matière de recouvrement d'indus ne sont pas comparables. Les résultats, bien qu'atteints dans l'ensemble, ne le sont pas par toutes les caisses locales. Les pertes en l'absence de recouvrement sont significatives.

1 - Des objectifs non comparables et des résultats différenciés

Les conventions d'objectifs et de gestion conclues entre l'État et les branches du régime général ne définissent pas d'indicateurs de recouvrement communs, ce qui ne permet pas une comparaison des performances des

⁴⁰⁰ Dès lors que les assurés ne sont pas exonérés ou ne font pas l'objet d'une remise de dette automatique du fait d'erreur de la caisse ou de la précarité financière des assurés.

⁴⁰¹ Cette donnée n'est pas disponible dans la branche vieillesse du fait des insuffisances de son système d'information.

⁴⁰² Part des rémunérations pouvant être saisie. La législation prévoit de laisser à un assuré le bénéfice d'une somme au moins égale au montant mensuel du revenu de solidarité active prévu pour un allocataire seul.

⁴⁰³ Douze mois pour les branches vieillesse et maladie selon l'art. L 133-4-1 du code de la sécurité sociale. L'art. L 553-2 du même code ne prévoit pas de délai pour la branche famille.

branches. Avant 2023, la branche vieillesse n'avait même aucun indicateur. Depuis 2023, elle a mis en place un indicateur unique⁴⁰⁴ qui ne distingue pas, contrairement aux deux autres branches, les indus courants et les indus frauduleux.

**Tableau n° 28 : résultats des indicateurs sur le recouvrement
des indus courants à 24 mois de 2019 à 2023**

Branche	COG 2018-2022				COG 2023-2027		
	Résultat		Cible	Atteinte cible	Cible	Résultat	Atteinte cible
	2019	2022	2022	2022	2023	2023	2023
Maladie	99 %	99 %	99 %	Oui	96 %	98 %	Oui
Famille	88,0 %	88,0 %	86,6 %	Oui	86,6 %	88,8 %	Oui
Vieillesse*	N/A	N/A	N/A	N/A	75 %	79 %	Oui

(*) Pour la branche vieillesse, indicateur commun aux indus courants et frauduleux.
Source : Cour des comptes à partir des COG et des données des caisses nationales

Dans la branche maladie⁴⁰⁵, le taux de recouvrement à 24 mois des indus courants a dépassé 98 % en 2023 pour une cible à 96 %. Six caisses n'atteignent pas l'objectif. Dans la branche famille, l'objectif de recouvrement à 24 mois des indus courants a été atteint chaque année depuis 2019. En 2023, il s'est établi à 88,8 % pour une cible de 86,6 %, en amélioration de 0,8 point par rapport à 2022. Les résultats par CAF sont hétérogènes (de 79,5 % à 92 %), 70 CAF sur 101 atteignant l'objectif. Dans la branche vieillesse, l'objectif a été fixé à 75 % en 2023, taux nettement plus bas car incluant les indus frauduleux. Il est dépassé (79 %), avec une performance des caisses fortement différenciée, allant de 63 % à 92 %.

Les différences constatées entre les caisses locales illustrent l'existence de marges de progrès. Les pratiques des caisses les plus efficaces pourraient être généralisées et les objectifs globaux relevés. Il conviendrait de mettre en place des indicateurs de mesure de la qualité du recouvrement, notamment des délais de mise en œuvre.

⁴⁰⁴ Il exclut les indus sur les travailleurs indépendants.

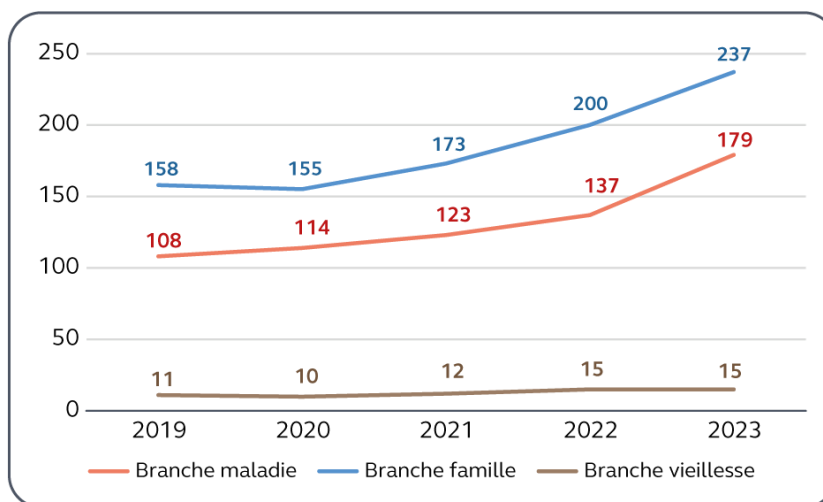
⁴⁰⁵ Hors participations, franchises et recours contre tiers.

2 - Des pertes d'indus en forte croissance

Plusieurs mécanismes peuvent conduire à l'extinction d'un indu non recouvré : son faible montant (annulation), son effacement consécutif à la reconnaissance d'une situation de surendettement du débiteur, la reconnaissance de la situation économique et sociale du débiteur de bonne foi (remise de dette) ou l'incapacité de la caisse à le recouvrer en totalité dans les délais légaux (prescription). S'ajoute à ses modalités d'extinction des indus, l'admission en non-valeur, mesure administrative d'apurement budgétaire et comptable des créances estimées irrécouvrables.

En 2023, les pertes d'indus ont atteint 179 M€ pour la branche maladie, en augmentation de 66 % par rapport à 2019, et 237 M€ pour la branche famille (+ 50 %). Les résultats, d'apparence mieux contenus, dans la branche vieillesse (15 M€, en hausse de 30 %), reflètent un contrôle de la Cnav plus distant sur ces données et une gestion moins rigoureuse dans les caisses locales⁴⁰⁶.

Graphique n° 29 : pertes annuelles d'indus par branche de 2019 à 2023 (en M€)



Note : les données de la branche vieillesse n'incluent pas l'allocation de solidarité pour les personnes âgées.

Source : Cour des comptes à partir des données des caisses nationales

⁴⁰⁶ Une des caisses visitées a indiqué ne pas avoir pu traiter ses admissions en non-valeur tous les ans, faute de personnel.

En revenant à un niveau de pertes similaires à celui de 2019, les gains pour le régime général seraient de plus de 100 M€ par an.

Les dispositifs d’extinction des indus sont légalement encadrés. Toutefois leur mise en œuvre est marquée par une forte hétérogénéité entre les branches et des pratiques locales parfois non conformes à la législation (cf. *infra*). En revanche, la Cour n’a pas relevé d’anomalies dans la constatation des annulations par décision de justice ou par les organismes ni dans les effacements de dette ordonnés par les commissions de surendettement.

3 - Un cadre juridique des remises de dette à harmoniser entre les branches et à mieux respecter

S’agissant des remises de dette, la législation⁴⁰⁷ donne aux caisses la possibilité de réduire le montant de l’indu pour le seul motif de précarité du débiteur⁴⁰⁸. Les dossiers de remises de dettes sont soumis, pour décision, à la commission de recours amiable, émanation du conseil d’administration de la caisse.

Les modalités d’évaluation de la précarité du demandeur d’une remise ne sont pas identiques selon les branches : la Cnaf et la Cnav ont mis en place des barèmes nationaux différents⁴⁰⁹ et la Cnam n’en a pas déterminé. Sur l’échantillon de caisses visitées, la Cour a relevé des cas de mise en œuvre irrégulière : deux caisses ont fixé des conditions de rejet systématique des demandes de remise⁴¹⁰.

Un cadre juridique unique pourrait être appliqué au régime des remises de dette sous la forme d’un barème commun aux branches, fondé sur une appréciation de la précarité mieux définie. Cette simplification rendrait moins utile l’organisation des commissions de recours amiable, qui est coûteuse et chronophage. Leur pouvoir de décision pourrait être transmis aux directeurs et directeurs comptable et financier des caisses, qui en rendraient compte au conseil d’administration.

⁴⁰⁷ Art. L 256-4 du code de la sécurité sociale pour les prestations de la branche maladie, Art. L 553-2 pour les prestations de la branche famille, Art. L 262-42 du code de l’action sociale et des familles pour les revenus de solidarité active.

⁴⁰⁸ Pour les prestations de retraite et d’invalidité, la loi prévoit que l’erreur de la caisse peut conduire à une remise de dette automatique.

⁴⁰⁹ Un barème national indicatif aide les caisses locales à déterminer la remise pouvant être appliquée en raison des revenus et charges du foyer du demandeur.

⁴¹⁰ Pour la première, aucune remise de dette n’est acceptée dès lors qu’une contrainte a été adressée à l’assuré ; la deuxième exclut les recours contre tiers lorsque des assurés victimes d’accident se retournent contre le tiers responsable du dommage à fin de remboursement des prestations sociales qu’il a reçues.

4 - Des admissions en non-valeur des indus reflétant les limites des pratiques de recouvrement

L'admission en non-valeur des indus des prestations sociales correspond à une perte sur créances irrécouvrables. Les admissions en non-valeur doivent répondre à des conditions légales⁴¹¹ et à l'un des cinq motifs suivants : insolvabilité, disparition du débiteur, décès, insuffisance d'actif saisissable et liquidation judiciaire, indu de faible montant. Les contrôles de la Cour ont permis de s'assurer du correct respect de ces conditions dans les caisses visitées.

Toutefois, des marges de progrès sont identifiées. Le nombre des admissions en non-valeur pour insolvabilité⁴¹² diminuerait si la précarité était mieux prise en compte dans les phases amont du recouvrement, en examinant notamment une possible remise de dette. Cela éviterait des actions de recouvrement à faible chance de réussite et limiterait les coûts.

Les admissions en non-valeur pour cause de décès s'expliquent par les difficultés des caisses à identifier l'ensemble des héritiers ainsi que leur quote-part respective dans la succession. Le recouvrement pourrait être amélioré par une meilleure utilisation du droit de communication des caisses envers les notaires pour les successions qu'ils gèrent et par une consultation systématique de la base des successions vacantes.

5 - Des règles de prescription de l'indu et de l'action en recouvrement à mieux maîtriser

La prescription légale éteint l'indu résultant de l'inaction de la caisse après un délai défini qui varie selon la nature des indus⁴¹³. Les règles complexes de suspension et d'interruption doivent être maîtrisées par les caisses locales afin d'identifier de manière fiable le terme au-delà duquel elles ne pourront plus engager d'actions de recouvrement et devront mettre fin à la retenue automatique sur flux de prestations ou de paiement. Nonobstant, elles peuvent continuer à inviter le débiteur à rembourser de lui-même l'indu.

⁴¹¹ Art. L.133-3 alinéa 2 et Art. D.133-3-2 du code de la sécurité sociale : elle est prononcée par décision conjointe du directeur et du directeur comptable et financier et doit concerner une créance de plus d'un an.

⁴¹² Dans la branche famille, qui est la seule à disposer de la répartition des ANV, le premier motif est l'insolvabilité de l'assuré (47 %) pour la période de 2019 à 2023.

⁴¹³ Art. 2219 du code civil. Hors indus nés de fraude ou de fausses déclarations, les actions en recouvrement des caisses envers les particuliers se prescrivent en deux ans, contre trois ans pour celles envers les professionnels et établissements de santé. Le délai est porté à cinq ans pour les indus en cas de décès ou pour les franchises et participations forfaitaires.

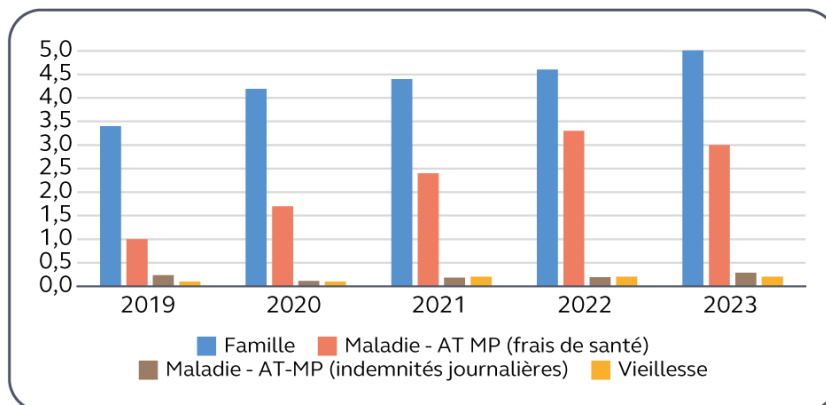
La Cour a relevé une maîtrise insuffisante de ces règles, mal compensée par les outils informatiques de recouvrement. Selon les pratiques observées, les branches tendent à considérer que tout acte de gestion a valeur interruptive, ce qui ne correspond pas à l'état du droit. L'absence de constatation de la prescription légale dans le système d'information engendre à tort des recouvrements par retenues sur des créances prescrites. Enfin, des créances prescrites sont admises à tort en non-valeur.

Les caisses nationales devraient engager ou renforcer leurs formations et les contrôles de la bonne application des règles par les organismes. Les tutelles pourraient, en outre, mettre à jour la circulaire interministérielle du 12 juillet 2010 qui précise ces règles.

C - Une masse importante d'indus non détectés

Une partie des indus liés à des erreurs ou à des fraudes n'est jamais détectée par les caisses de sécurité sociale. Une estimation est réalisée chaque année par le biais d'indicateurs de risques financiers résiduels après contrôle interne⁴¹⁴.

Graphique n° 30 : évolution des indicateurs de montants d'indus non détectés par branche (En Md€, 2019-2023)



Note : Les données correspondent aux indicateurs suivants : famille - erreurs sur les données déclarées ; maladie - AT-MP (frais de santé) : indus de versement sur frais de santé ; maladie - AT-MP (indemnités journalières) : erreurs sur indemnités journalières et vieillesse : incidences financières des erreurs.
Source : Cour des comptes à partir des données des caisses nationales

⁴¹⁴ Ces indicateurs reposent sur la vérification approfondie d'un échantillon représentatif d'opérations comptabilisées durant l'exercice. Les contrôles réalisés permettent d'établir la fréquence des erreurs de portée financière et un taux d'incidence financière des erreurs. Par extrapolation, on estime le montant global des erreurs de portée financière, calculé en appliquant ce taux d'incidence financière à l'ensemble des prestations versées.

Chaque branche a ses propres indicateurs en fonction des caractéristiques des prestations qu'elle verse.

Pour la branche famille⁴¹⁵, il est estimé que 5,2 Md€ d'indus de l'exercice 2023 ne seront jamais détectés selon l'estimation faite vingt-quatre mois après la liquidation. Le revenu de solidarité active et la prime d'activité engendrent le plus d'erreurs non détectées. Pour la branche vieillesse, les indus liés aux erreurs de liquidation affectant les pensions de retraite sont estimés à 0,2 Md€ en 2023. Pour les branches maladie et AT-MP, la fréquence des erreurs résiduelles permet d'estimer un montant d'indus de 2,9 Md€ sur les frais de santé et de 0,3 Md€ pour les indemnités journalières.

Au total, les indus estimés, non identifiés, s'élèvent à plus de 8,6 Md€, ce qui a conduit la Cour à émettre des réserves sur les comptes des branches ou à refuser de les certifier⁴¹⁶.

D - Les indus frauduleux, une détection à renforcer, un recouvrement difficile

Les indus frauduleux sont plus complexes à identifier, à évaluer et à recouvrer que les indus courants.

1 - Des progrès dans l'identification et l'évaluation des indus frauduleux à fortement amplifier

Malgré des progrès depuis 2019, les indus frauduleux⁴¹⁷ comptabilisés, d'un montant de 0,7 Md€, sont nettement moins élevés que leur montant estimé par les branches et la Cour⁴¹⁸, compris entre 8,2 et 8,9 Md€. L'importance de cet écart et les différences de performance constatées entre les caisses en matière de détection invitent à rehausser les objectifs de lutte contre les fraudes des branches.

⁴¹⁵ Par exemple, la branche famille distingue les indus issus de données déclaratives erronées de ceux issus d'un traitement erroné par ses propres caisses. Seul le résultat de l'indicateur sur les données déclarées mesurant les indus non identifiés vingt-quatre mois après leur liquidation est retenu.

⁴¹⁶ Cour des comptes, rapports de certification des comptes du régime général de sécurité sociale, publiés chaque année en mai.

⁴¹⁷ La notion d'indus frauduleux recouvre dans le chapitre les indus fautifs. Une fraude est un acte intentionnel entraînant un préjudice pour l'organisme ayant versé les prestations. Une faute occasionne aussi un préjudice, mais l'intentionnalité n'est pas démontrée.

⁴¹⁸ Cour des comptes, *rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, chapitre VII, mai 2023.

Pour la branche maladie, un rehaussement de l'objectif au tiers des montants estimés le porterait à 1,5 Md€ par an. L'atteinte de l'objectif impliquerait une augmentation des moyens alloués à cette lutte.

**Tableau n° 29 : écart entre les indus frauduleux* estimés
et ceux mis en recouvrement en 2023 (en Md€)**

Branches	Montant estimé	Montant détecté (préjudices subis)	Montant mis en recouvrement (flux)	Restes à recouvrer (stock)
Maladie	3,8 à 4,5***	0,3	0,2	0,7
Famille	4,2	0,4	0,2**	0,4
Vieillesse	0,2 (en 2022)	0,03	0,03	0,1
TOTAL	8,2 à 8,9	0,7	0,4	1,3

* Les indus fautifs sont inclus dans les indus frauduleux.

** Montant reconstitué par la Cour.

*** L'estimation de la fraude par la Cnam est partielle et concerne 30 % des dépenses de la branche maladie. Le montant correspond à l'application, par la Cour, d'une règle de trois aux montants déjà estimés.

Source : données provenant des caisses nationales et du rapport sur l'application des lois de financement de la Sécurité sociale de mai 2023, chapitre VII et des caisses nationales.

En outre, dans les branches famille et maladie, les indus frauduleux sont minorés car ils sont constatés sur des durées de deux ou trois ans, inférieures à la prescription légale⁴¹⁹ compte tenu des limites des systèmes d'information. Il n'a pas été possible de mesurer l'économie qui correspondrait à la mise en œuvre de procédures de recouvrement d'indus pour toutes les périodes non prescrites.

Les montants moyens individuels d'indus frauduleux sont généralement plus élevés que ceux d'indus courants. Dans la branche famille, ce montant est de 7 981€ en 2023 contre 542 € toutes natures confondues. Dans la branche maladie, il en va de quelques centaines d'euros à plusieurs millions d'euros pour un centre de santé. Le montant des sommes à recouvrer est aussi affecté par les majorations et pénalités financières prévues en cas de fraude et les délais liés à la résolution des plaintes portées devant les juridictions pénales.

⁴¹⁹ En cas de fraude ou de fausse déclaration, toute action en restitution d'un indu de prestations, engagée dans le délai de cinq ans à compter de la découverte de celle-ci, permet à la caisse de recouvrer la totalité de l'indu se rapportant à des prestations payées au cours des vingt ans ayant précédé l'action (Cour de cassation, Assemblée plénière, 17 mai 2023, n° 20-20.559).

En plus des pénalités, dans la branche maladie, les Cnam peuvent décider de sanctionner la fraude commise par un professionnel de santé en le déconventionnant, ce qui conduit à l'exclure du droit à remboursement de ses actes.

2 - Un recouvrement des indus frauduleux détectés plus difficile et encore faible

Par nature, les indus frauduleux sont plus difficiles à recouvrer que les indus courants en raison de leur montant individuel plus élevé et parce qu'une partie des assurés ou professionnels de santé fraudeurs organisent leur disparition ou leur insolvabilité. Les délais de recouvrement sont aussi beaucoup plus longs, ce qui augmente le risque d'interruption du remboursement des sommes dues.

Dans la branche famille, le mécanisme des retenues d'office sur les prestations est majoré en cas de fraude⁴²⁰. Le taux de recouvrement par ce biais est de 56,5 % en 2023, contre 77,5 % pour les indus courants.

Les organismes peuvent accepter des échéanciers en cas de fraude. Dans la branche vieillesse, bien que le paiement d'un indu frauduleux soit demandé en une seule fois, les organismes peuvent accepter la mise en place de versements échelonnés si les assurés rencontrent des difficultés de paiement, ce qui les place dans une situation similaire à celle des assurés non fraudeurs.

Conformément à la loi, aucune remise de dette n'est autorisée par les branches pour les indus frauduleux. La part des admissions en non-valeur des indus frauduleux n'est pas disponible dans les branches.

Face à la difficulté de recouvrer des indus frauduleux, les objectifs de recouvrement fixés aux branches dans le cadre de leur convention d'objectifs et de gestion sont moins élevés que pour les indus courants. Les taux de recouvrement observés sont également nettement plus bas.

Dans la branche maladie, les objectifs n'ont pas été atteints de 2020 à 2022 et les résultats du recouvrement se sont dégradés de façon constante, passant de 60 % à 49 %. En 2023, l'objectif est atteint mais reste bas (55 %) malgré un taux de recouvrement calculé dorénavant sur une année supplémentaire⁴²¹. 30 caisses n'ont pas atteint l'objectif.

⁴²⁰ Cette majoration, conduisant à une retenue mensuelle plus importante que celle appliquée à un assuré non fraudeur, est prévue par la législation. Elle est doublée en cas de récidive.

⁴²¹ Tenir compte d'une année supplémentaire entraîne *de facto* un meilleur taux de recouvrement.

Dans la branche famille, l'objectif national est atteint chaque année depuis 2019 mais l'indicateur a changé en 2023⁴²². En 2023, les résultats du nouvel indicateur oscillent selon les CAF entre 54 % et 96 %, révélant une hétérogénéité encore plus forte pour les indus frauduleux que pour les autres indus. À périmètre constant, les résultats du recouvrement se dégradent entre 2022 et 2023. Le taux de recouvrement, en retenant le nouvel indicateur, passe de 80 % à 78 %.

II - Des actions nécessaires pour réduire le volume des indus et améliorer leur recouvrement

Pour réduire les indus identifiés et estimés, dont le niveau est trop élevé, les caisses de sécurité sociale devraient mieux identifier leurs causes, renforcer leurs actions de prévention et améliorer le recouvrement. Une attention particulière est à porter aux indus frauduleux.

A - Mieux identifier les causes d'indus pour définir une stratégie d'actions plus efficace

Le contrôle interne constitue un bon moyen pour analyser et comprendre les causes d'indus d'une branche. Celles-ci sont toutefois insuffisamment analysées par les caisses nationales.

1 - Des causes d'indus différentes selon les branches, non systématiquement identifiées

La branche vieillesse est la plus avancée dans l'analyse des causes d'erreurs. Les résultats de l'indicateur de risque financier résiduel, après contrôle d'un échantillon d'opérations, montrent qu'en moyenne, près de 35 % des erreurs sont génératrices d'indus et 65 % de rappels⁴²³.

Pour les pensions de droits propres (49 % des anomalies en montant), 24 % des anomalies sont liées au calcul de la pension et 6 % aux

⁴²² Les créances de RSA, transférées aux conseils départementaux au bout de trois mois, en sont désormais exclues.

⁴²³ Les rappels correspondent aux montants remboursés par les caisses aux bénéficiaires de prestations.

taux appliqués pour la CSG et la CRDS⁴²⁴. Les anomalies sur les pensions de réversion (29 % des anomalies en montant) ont trait à 72 % à l'absence ou à la saisie erronée d'un avantage viager, ou à une erreur sur les revenus d'activité ou de remplacement. Les ressources sont aussi le principal motif d'erreur pour l'allocation de solidarité aux personnes âgées (minimum vieillesse), laquelle représente 22% des anomalies en montant.

La Cnam a recensé les dix principales causes ou familles d'anomalies à partir des résultats de ses indicateurs de risque financier résiduel. Pour les prestations en nature, elles sont, en nombre, la non-conformité des données de facturation au référentiel national des transporteurs et les surfacturations kilométriques et en montant, les facturations incomplètes ou illisibles et les erreurs de saisie interne. Pour les prestations en espèces, les pièces justificatives non conformes ou absentes représentent les deux principales anomalies en nombre et en montant, suivies par les erreurs dans les revenus de référence pour le calcul de l'indemnité journalière.

Dans la branche famille, les causes d'indus ne sont pas exhaustivement identifiées et recensées.

2 - Des travaux d'analyse complémentaire à conduire

Dans la branche maladie, le recensement des principales causes d'anomalies a permis de mettre en œuvre de nouveaux contrôles pour les prestations en nature. Des travaux d'analyse complémentaires sont à conduire pour les prestations en espèce.

Dans la branche famille, la Cnaf prévoit une exploitation exhaustive des rapports de contrôle pour 2025, ce qui devrait permettre d'identifier les causes et la fréquence des erreurs faites par les allocataires et d'en tirer des enseignements pour améliorer la prévention des indus.

Dans la branche vieillesse, chaque année, les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail (Carsat) établissent un plan qualité et de production, dans lequel elles définissent des actions pour prévenir leurs erreurs. Ce plan fait l'objet d'un échange avec la Cnav mais la réalisation des plans d'actions n'est pas contrôlée.

⁴²⁴ Le solde est constitué des erreurs sur la reconstitution de carrière, qui sont plutôt à l'origine de rappels.

B - Mieux prévenir la constitution d'indus

La prévention des indus nécessite d'améliorer les outils *ad hoc*, de renforcer et mieux cibler les contrôles avant paiement, et de développer les actions préventives à l'égard des assurés et des professionnels de santé.

1 - Améliorer les outils

Dans toutes les branches, une part importante des indus est liée à la mauvaise prise en compte des ressources des assurés, par exemple en cas de décalage entre la date de survenance d'un changement de situation et sa déclaration par l'assuré. Le développement des échanges de données entre les organismes et le recours à des tiers pour obtenir des informations fiables constituent des chantiers de progrès qu'illustre la mise en place du dispositif « ressources mensuelles »⁴²⁵.

Dans la branche famille, une expérimentation en cours depuis octobre 2024 dans cinq CAF vise à utiliser les données de ce dispositif pour pré-remplir les données de ressources et calculer la prime d'activité et le revenu de solidarité active, comme cela est déjà le cas pour les allocations logement. Généralisée à l'ensemble du réseau en mars 2025, elle devrait sécuriser le calcul des prestations et simplifier les formalités déclaratives des assurés. Les résultats provisoires ne permettent pas à ce stade d'estimer les volumes d'indus qui seraient évités.

La branche vieillesse prévoit d'utiliser ce dispositif à compter de 2025 pour la liquidation de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (minimum vieillesse) et des pensions de réversion en recourant à des formulaires avec des ressources pré-remplies. La branche maladie utilise les données de salaire du dispositif « ressources mensuelles » pour les indemnités journalières et la complémentaire santé solidaire.

Le nombre d'indus liés aux erreurs des caisses et des assurés devrait ainsi être réduit. Toutefois, certaines données, source d'erreurs, ne sont pas encore exploitées par les organismes, comme les situations professionnelles, ou ne figurent pas encore dans le dispositif⁴²⁶.

⁴²⁵ Ce dispositif permet aux organismes sociaux d'acquérir en temps réel une grande partie des données de ressources des assurés auprès de tiers de confiance : employeurs (déclaration sociale nominative) et organismes sociaux qui versent des prestations (dispositif de prélèvement à la source pour les revenus autres).

⁴²⁶ Pensions alimentaires, revenus des travailleurs indépendants, revenus perçus à l'étranger, pensions et rentes versées par des organismes privés de prévoyance, etc.

2 - Renforcer les contrôles avant paiement

Après avoir largement développé les contrôles *a posteriori*, toutes les branches mettent en place des contrôles *a priori* avant paiement, dont certains sont ciblés sur les prestations présentant le plus de risque d'indus. Leurs résultats sont hétérogènes et leur nombre devrait augmenter.

Dans la branche famille, les contrôles avant paiement sur les prestations les plus à risque ont permis d'éviter 84 M€ d'indus en 2023 (69 M€ en 2019). Par ailleurs, les contrôles liés à l'analyse des données de masse ont détecté 67 M€ d'indus (49 M€ en 2019). Entre 2019 à 2023, le nombre de contrôles *a priori* et *a posteriori* réalisés par les directions comptables et financières de la branche a baissé de 4 % mais leur rendement financier a crû de 30 % ⁴²⁷. Ces résultats montrent l'intérêt de l'amélioration du ciblage mais ne justifient pas la réduction du nombre des contrôles. Ils sont aussi à relativiser au regard de la forte hausse des indus non identifiés estimés par les indicateurs de risques financiers résiduels.

Pour la branche maladie, les contrôles *a priori* sur les assurés, les professionnels et établissements de santé ont permis d'éviter, en 2023 57 M€ d'indus (36 M€ en 2021). Ce montant en hausse ne rend pas compte des différences de situations selon les catégories de débiteurs, ce qui confirme la nécessité de mieux cibler les contrôles.

⁴²⁷ Données issues du plan de contrôle interne diffusé en 2024, annexe 4 du bilan 2023. On peut relever que, parmi tous les contrôles réalisés par les directions et financières de la branche, les contrôles « métier » ont augmenté de 4 % entre 2019 et 2023, la baisse ayant porté sur les contrôles « données entrantes ».

**Des contrôles sur les professionnels et établissements de santé
en cours de déploiement, à rendre plus efficaces**

La Cnam développe depuis 2021 des contrôles automatisés sur la facturation des professionnels de santé avec un outil déployé par la Mutualité sociale agricole (projet Meteor). Une première étape, déployée dans 60 caisses fin 2024 et généralisée en mars 2025, applique automatiquement aux flux de remboursement des pharmaciens les taux de prise en charge des médicaments, évitant le recours abusif à l'exonération du ticket modérateur. La Cnam a prévu d'étendre ce dispositif, avec différents types de contrôles à préciser, à l'ensemble des professionnels de santé sans avoir encore établi de calendrier.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 avait instauré l'obligation, pour les établissements de santé publics et privés non lucratifs, d'une facturation individuelle et directe de leur activité à l'assurance maladie obligatoire, comme cela est déjà le cas pour les cliniques privées à but lucratif. Cette obligation n'a été généralisée que pour les actes et consultations externes, hors séjours hospitaliers. Pour ces derniers, qui représentent les volumes de dépenses et de factures les plus importants, ce dispositif n'est pas mis en place⁴²⁸, alors qu'il permettrait de prévenir les indus.

Dans la branche vieillesse, les contrôles *a priori* sur le recouvrement sont ciblés sur les indus (et rappels) les plus à risque. Le bilan national présente le nombre de dossiers contrôlés et en erreur et les taux de contrôle et d'erreur mais il ne fournit pas le montant des indus et rappels associés. Il conviendrait que l'impact financier des contrôles (indus ou rappels) *a priori* et *a posteriori* soit identifié pour apprécier l'efficacité financière des contrôles. Par ailleurs, les objectifs fixés par la Cnav ne sont pas respectés par toutes les caisses, y compris pour les dossiers devant être contrôlés à 100 %.

3 - Développer les mutualisations entre caisses

La mutualisation du recouvrement des indus entre caisses locales n'est pas appliquée dans les branches maladie⁴²⁹ et vieillesse, alors qu'elle permet d'améliorer le recouvrement : chaque caisse locale prend en charge ses propres indus, quel que soit le lieu de résidence de l'assuré ou du bénéficiaire de prestations.

⁴²⁸ Il est utilisé dans un seul hôpital.

⁴²⁹ La convention d'objectifs et de gestion entre l'État et la Cnam prévoyait une expérimentation sur la centralisation du recouvrement des participations liées à la complémentaire santé solidaire en 2024, non encore mise en œuvre.

À l'inverse, dans la branche famille, lorsqu'un bénéficiaire change de département, les créances doivent être transférées de la caisse qui les a constatées à celle de son nouveau domicile. Cependant, au titre de sa mission de certification des comptes, la Cour a déjà relevé que des délais de traitement importants nuisent à l'efficacité du recouvrement et à la maîtrise des risques de prescription. Lors de ses déplacements dans les CAF, la Cour a pu constater l'existence de retards voire d'absences de transmission de créances d'une caisse à l'autre.

La branche famille a mis en place un dispositif national de télérecouvrement qui s'organise autour de la CAF de la Haute-Marne, pilote au niveau national, et de 13 CAF pivots œuvrant pour 57 autres CAF adhérentes. Ce dispositif vise à homogénéiser les pratiques pour rendre le télérecouvrement plus efficace, avec la systématisation d'un appel par la CAF du débiteur dès la notification de l'indu. La CAF de Haute-Marne indique un taux de promesses de paiement de 69 % et un taux d'efficacité avec rappel de 80 %. Grâce à cette pratique, les montants récupérés sont plus importants et le sont plus rapidement que dans le cadre d'une procédure de recouvrement classique. La charge contentieuse est diminuée.

4 - Renforcer les actions préventives

Les branches mettent en place des actions de communication nationales auprès de publics ciblés ou de leurs partenaires⁴³⁰, dont les effets ne sont pas tous connus ou contrôlés.

Le programme de prévention des indus de la branche famille prévoit ainsi que chaque CAF réalise au moins trois actions définies nationalement : des envois de mails ciblés, par exemple sur les nouveaux autoentrepreneurs ou sur les bénéficiaires du revenu de solidarité active ou de l'allocation adulte handicapé, afin de les informer sur les bonnes pratiques de déclaration, des campagnes visant à inciter des allocataires ciblés à mettre à jour leur situation afin d'éviter la constatation d'indus, des actions complémentaires vers des assurés, des partenaires ou des salariés⁴³¹.

La Cnaf ne contrôle pas la qualité et la correcte mise en œuvre de ces actions mais en fait un bilan fondé sur la déclaration des CAF. Ces dernières ont déclaré avoir mis en œuvre 438 actions préventives pour sensibiliser et informer les allocataires. Leurs effets n'ont pas été évalués.

⁴³⁰ Associations, mairies, autres organismes de sécurité sociale, etc.

⁴³¹ Ateliers de sensibilisation, formations, campagnes d'appels.

La branche maladie met en place des campagnes d'information et d'accompagnement pédagogique des professionnels de santé⁴³². Depuis 2021, elle propose aux infirmiers libéraux un accompagnement dans les premiers mois de leur exercice, prenant la forme d'un rendez-vous puis de contrôles de leur facturation au bout de trois mois puis de douze mois. Ce rendez-vous a été accepté par 79 % des infirmiers en 2023.

En 2022, sur les 1 215 infirmiers ayant fait l'objet d'un tel contrôle, la moitié a amélioré son taux d'anomalie mais l'autre moitié l'a dégradé, ce qui montre les limites de l'accompagnement. La récurrence élevée de l'anomalie de certains actes a incité la Cnam à revoir sa stratégie : hausse du nombre de factures contrôlées, contrôles avant paiement à trois mois dès le début de la facturation, renforcement de l'accompagnement pour les 25 % de professionnels faisant le plus d'anomalies à 12 mois.

Cet accompagnement, utile malgré ses limites, devrait être étendu aux masseurs kinésithérapeutes en 2025, puis aux médecins.

D'autres outils sont déployés ou en cours de déploiement, comme un système de facturation en ligne pour les transporteurs sanitaires ou la sécurisation du formulaire *Cerfa* utilisé pour les arrêts de travail papier.

La branche vieillesse⁴³³ est plus en retrait. Les bonnes pratiques méritent d'être amplifiées, compte tenu de l'enjeu pour les citoyens.

C - Améliorer le recouvrement

L'amélioration du recouvrement implique de rénover les outils de gestion et de pilotage des créances dans les branches, de développer et mieux suivre les partenariats utiles au recouvrement, et de faciliter les compensations de créances entre entités publiques. La mobilisation de moyens humains suffisants est nécessaire.

⁴³² Par exemple en 2024, envoi d'un courrier rappelant les règles de cotation aux masseurs-kinésithérapeutes qui présentaient une surcotation d'actes spécifiques et échange avec les Cnam pour les 10 % les plus éloignés du respect des règles.

⁴³³ En juin 2024, la branche vieillesse a mené une campagne nationale par le biais de messages électroniques pour sensibiliser certains assurés sur le besoin de signaler leur changement de situation. Les effets en sont difficilement mesurables : pour 119 681 messages adressés à des bénéficiaires de pensions de réversion, 81 169 assurés l'ont ouvert et 12 375 ont cliqué sur le lien ; s'agissant de l'ASPA, 340 600 messages ont été envoyés mais aucun bilan n'a été communiqué à la Cour.

1 - Une rénovation des outils de gestion et de pilotage des créances

Les outils de gestion des créances des branches comportent des limites fonctionnelles qui nuisent, à des degrés divers, au pilotage des organismes, à la constatation et au recouvrement des indus.

La Cnav et la Cnam n'ont pas été en mesure de transmettre, par année, les montants remboursés directement par les assurés, professionnels et établissements de santé, ou par les commissaires de justice, ni les montants remboursés par le biais des retenues ou des compensations. Les pertes liées au recouvrement n'ont pas été différenciées selon leur nature (créances admises en non-valeur, remises sur les indus, abandons...) ou par typologie d'indus. Les outils ne permettent pas de fournir, par typologie d'indus, les restes à recouvrer par millésimes⁴³⁴ de créances. Les écarts constatés avec les états financiers n'ont pas été justifiés.

Dans la branche vieillesse, les Carsat et la caisse nationale doivent procéder à de nombreux traitements manuels, notamment pour obtenir des données de recouvrement par millésimes de créances ou pour distinguer les indus relatifs à des prestations versées hors de France⁴³⁵. Une partie des actions de recouvrement n'est pas automatisée dans le système d'information, comme le passage du recouvrement amiable d'une créance à son recouvrement forcé ou l'établissement des contraintes⁴³⁶, ce qui est facteur d'erreur et d'oubli. Le tableau de bord de gestion récemment conçu par la Cnav est issu de la computation manuelle de données remontées par les caisses tous les six mois, empêchant un pilotage proactif des recouvrements.

La Cnam ne dispose pas d'un tableau de bord lui permettant de piloter les actions menées par les Cnam dans le domaine du recouvrement. Le réseau a engagé le déploiement d'un nouvel outil national de gestion des créances, dénommé *Sucre*. En 2024, 43 caisses en étaient pourvues, les autres continuant toujours à utiliser les anciens outils⁴³⁷. Il n'a pas été prévu que la Cnam dispose par ce biais d'un tableau de bord⁴³⁸. Enfin, le nouvel outil doit être amélioré afin notamment de sécuriser la prescription des créances et améliorer leur suivi.

⁴³⁴ Années de la créance dans le système d'information.

⁴³⁵ Chapitre VIII du présent rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale 2025, sur « la fraude aux retraites versées à l'étranger : des améliorations à poursuivre pour mieux la prévenir et la réduire ».

⁴³⁶ Procédures coercitives unilatérales visant à mettre en œuvre des procédures d'exécution forcée, comme des saisies.

⁴³⁷ Une Cnam n'utilise aucun outil de gestion des créances.

⁴³⁸ La Cnam a indiqué qu'un complément serait apporté à cette application à l'issue de sa diffusion dans les Cnam pour améliorer le pilotage national.

Dans la branche famille, les outils de gestion des créances présentent des limites fonctionnelles ou fragilités de nature à affecter la mise en œuvre des actions de recouvrement. Leur rénovation est prévue par la Cnaf mais sur plusieurs années. La Cnaf et les CAF disposent d'un tableau de bord national dressant des données utiles sur les créances mais cet outil ne fournit pas d'informations en temps réel sur les traitements en cours par unité de production ni sur les stocks à traiter en fonction de l'organisation que la caisse a choisie en matière de recouvrement. Il ne fait pas non plus de lien avec les objectifs fixés. Selon la Cnaf, la livraison d'un nouveau tableau de bord est prévue en 2025.

2 - Développer les partenariats et les accès à des bases utiles au recouvrement

Depuis la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019, un indu constitué au titre d'un organisme de sécurité sociale peut être récupéré sur les prestations versées par un autre organisme⁴³⁹. Ce mécanisme est de plus en plus utilisé mais les créances compensées restent faibles et le suivi interbranches perfectible en l'absence d'outil commun de mesure. Dans la branche famille, seul le nombre de demandes de compensation à d'autres organismes est disponible (996 demandes en 2023) mais pas le montant en jeu ni les organismes concernés. La Cnaf dispose en revanche du nombre et du montant des demandes de compensations reçues des autres réseaux⁴⁴⁰. En 2023, la branche vieillesse a demandé 74 compensations pour 0,3 M€ et a reçu 230 demandes de compensations pour 0,6 M€. La branche maladie dispose du suivi des seules demandes qui ont effectivement été recouvrées. En 2023, sur 16 965 de ces demandes (8 M€), 1,8 M€ a été recouvré⁴⁴¹.

La mise en place d'un dispositif similaire avec d'autres entités publiques devrait être étudiée. En cas de décès, un mécanisme de compensation pourrait être mis en œuvre entre les Carsat et la Caisse des dépôts et consignations pour récupérer les pensions de retraite versées à tort sur les comptes bancaires ou sur les contrats d'assurance vie inactifs. Cela pourrait nécessiter toutefois des dispositions législatives, la loi n° 2014-617 du 13 juin 2014 dite Eckert prévoyant que la récupération de ces montants se fasse au profit des seuls ayant-droits ou bénéficiaires d'assurance-vie.

⁴³⁹ Sous réserve que l'assuré ne conteste pas le caractère indu et n'opte pas pour le remboursement en un ou plusieurs versements dans les douze mois au plus.

⁴⁴⁰ 12 126 créances pour 10,3 M€ en 2023, contre 8 511 créances pour 6,9 M€ en 2022.

⁴⁴¹ Le suivi est incomplet, 6 organismes n'ayant pas transmis leur suivi à la Cnam.

Les organismes confient une partie de leur recouvrement à des commissaires de justice. Les indicateurs de performance de ces partenaires ne sont pas définis ou le sont insuffisamment par les caisses nationales. Dans les caisses visitées, leur performance ne fait pas l'objet d'un suivi régulier, qui permettrait d'augmenter le recouvrement.

Les caisses visitées, sauf la CAF du Val d'Oise, n'ont pas de portails informatiques communs avec les commissaires de justice retraçant l'état actualisé des créances et les actions menées. Leur mise en place devrait être étudiée quand un nombre élevé d'indus est transféré : elle permet d'opérer un pilotage resserré, d'identifier des actions infructueuses sur des dossiers et de faire évoluer positivement les pratiques.

Enfin, la consultation du fichier national des comptes bancaires et assimilés (Ficoba), actuellement non autorisée pour le recouvrement des indus courants, permettrait de déterminer la possession d'un compte bancaire en France et de faire des interrogations ciblées des banques, adaptées en cas de non-réponse de l'assuré.

3 - Un effectif important chargé du recouvrement, à mieux mobiliser

3 800 agents travaillent au recouvrement des indus dans les branches maladie, famille et vieillesse, pour un coût annuel estimé à 274 M€.

Dans la branche vieillesse, leur nombre a augmenté de 20 % entre 2018 et 2022⁴⁴². Dans la branche maladie, l'effectif est resté stable jusqu'en 2022 et a baissé de 5 % en 2023, à 2 385 équivalents temps plein. La Cnam explique cette réduction par des retards de recrutement. Au sein de la branche famille, la baisse a été de 5 % entre 2019 et 2023, soit une quinzaine de postes en moins chaque année sur un effectif légèrement supérieur à 1 000 personnes.

Les caisses se heurtent à une même difficulté à recruter et à former, la technicité de gestion d'un dossier de recouvrement étant complexe. En l'absence de formation initiale, des formations spécifiques sont dispensées à l'initiative des caisses, notamment sur les fréquentes évolutions de processus. Une Carsat visitée n'a en a toutefois offert aucune depuis 2018. La branche maladie expérimente de nouvelles formations pour atteindre plus facilement les objectifs de sa convention d'objectifs et de gestion mais elles ne seront déployées qu'en 2025.

⁴⁴² La chute de 29 % constatée depuis est due à une nouvelle méthode de comptabilisation.

La Cnam et la Cnav doivent veiller à renforcer les formations sur le recouvrement au sein de leur réseau.

4 - Les franchises et participations : un recouvrement partiellement repris fin 2023, des pertes certaines à venir

Les participations et franchises forfaitaires représentent la contribution des assurés au système de santé. Elles s'appliquent à certains actes médicaux ou paramédicaux, ou lors de l'achat de boîtes de médicaments⁴⁴³. Elles ne constituent pas des indus car elles n'ont pas été versées à tort par les caisses aux assurés mais elles constituent des créances que les Cnam ont envers eux. Elles sont déduites automatiquement des remboursements effectués pour les assurés ne bénéficiant pas du tiers payant. Si les frais de santé de l'assuré sont pris en charge en tiers payant et que ce dernier ne perçoit pas de remboursement, il doit s'acquitter des montants dus auprès de sa Cnam qui lui adresse à cet effet un avis des sommes à payer. Les Cnam ont jusqu'à cinq ans pour recouvrer les participations et franchises et éviter la prescription de leurs créances. Passé ce délai, elles sont annulées.

La Cnam a suspendu le recouvrement des participations et franchises en mars 2020 et ne l'a que partiellement repris à partir de septembre 2023. En outre, elle a limité, en dehors de toute disposition l'y autorisant⁴⁴⁴, le recouvrement aux sommes à payer comprises entre 50 et 100 € en 2023 puis entre 50 et 200 € en 2024. Cela conduit à exclusion de l'envoi des avis des sommes à payer une part non négligeable de redevables ou bien à reporter sur un autre exercice plusieurs années de participations et franchises restant dues, ce qui augmente le risque de non recouvrement. Une partie des créances sera donc annulée. En 2023 et 2024, 4,4 millions d'avis des sommes à payer ont été adressés pour un montant de 190,2 M€, ce qui a permis de recouvrer 57 M€ sur la période de septembre 2023 à novembre 2024. 49,2 M€ ont été recouverts en sus par le biais de retenues.

Le montant des participations et franchises restant à recouvrer s'élève à 1,5 Md€ fin décembre 2024. Compte tenu du délai de prescription des créances et de la reprise partielle de leur recouvrement, la Cnam a

⁴⁴³ Une participation forfaitaire de 2 € s'applique aux consultations ou actes réalisés par un médecin ou spécialiste, actes de radiologie et analyses de biologie médicale, sauf exceptions. Une franchise s'applique également sur les boîtes de médicaments et les actes paramédicaux (1 €) et les transports sanitaires (4 €). Ces participations et franchises forfaitaires sont plafonnées à hauteur de 50 € par assuré par année civile.

⁴⁴⁴ L'article D 160-7 du code de la sécurité sociale prévoit précisément que la caisse ne peut abandonner la mise en recouvrement de la participation forfaitaire et de la franchise.

comptabilisé une dépréciation de 0,9 Md€ de leur montant dans les comptes de l'exercice 2024, illustrant la non recouvrabilité élevée d'une partie de ces créances et la perte induite pour la branche maladie.

Reprendre le recouvrement pour l'ensemble des franchises et participations devrait rapporter entre 0,5 Md€ et 1 Md€ à la branche, en fonction du niveau des annulations et dépréciations de ces créances.

D - Une lutte contre les indus frauduleux en progrès mais à améliorer

Les résultats des branches en matière de lutte contre la fraude sont en progrès depuis 2019, ce qui permet de constater davantage d'indus mais la Cour a relevé des marges d'amélioration dans un récent rapport⁴⁴⁵.

Dans la branche maladie, le résultat de la lutte contre la fraude a atteint 467 M€ en 2023, en progrès de 48 % par rapport à 2022. Il reste toutefois très en-deçà de la fraude estimée (cf. *supra*). Dans la branche famille, le résultat est de 375 M€ en 2023 (351 M€ en 2022) mais 20 % du réseau porte plus de la moitié de cette performance. Dans la branche vieillesse, une proportion grandissante d'irrégularités à caractère potentiellement frauduleux ou fautif est détectée. L'extension du ciblage aux anciens travailleurs indépendants est dorénavant analysée par les caisses.

Ces résultats pourraient être améliorés par la pleine exploitation par toutes les caisses des listes de dossiers potentiellement frauduleux mises à leur disposition par la Cnav et par l'accroissement du recours à l'analyse des données de masse et à l'intelligence artificielle.

Dans les branches maladie et famille, les indus frauduleux sont constatés et mis en recouvrement sur des périodes plus courtes que celles permises par la prescription légale en raison de l'absence de conservation, dans le système d'information, des données ou pièces justificatives pour la durée correspondante.

⁴⁴⁵ Cour des comptes, « La lutte contre les fraudes aux prestations sociales », *rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale* chapitre VII, 2023.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Les indus reflètent la difficulté des caisses à assurer, dès la première liquidation, le paiement à bon droit des prestations. Lorsqu'ils sont décelés, ils sont majoritairement recouvrés grâce à des retenues légales d'office sur les prestations ou sur les échéanciers. Il n'en va pas de même pour les indus frauduleux, qui sont plus élevés, plus difficiles et plus longs à recouvrer.

La réduction des indus implique de mieux identifier et prévenir leurs causes et d'améliorer leur recouvrement. Cela passe par la mise à disposition de nouveaux outils et par une mobilisation des caisses locales pour généraliser les meilleures pratiques. Ramener à leur niveau de 2019 le montant des pertes liées à l'extinction d'indus non recouvrés apporterait un gain de plus de 100 M€. La mise en recouvrement exhaustive des franchises et des participations forfaitaires permettrait de récupérer entre 0,5 et 1 Md€ chaque année. Des mesures ponctuelles législatives et réglementaires peuvent permettre de rehausser les objectifs de recouvrement. Enfin, la mise en œuvre d'objectifs rehaussés de lutte contre les fraudes de la branche maladie apporterait un gain de 1,5 Md€.

La Cour formule ainsi les quatre recommandations suivantes :

- 27. doter chaque branche d'un outil intégré de gestion permettant la constatation des indus sur toute la durée légale de la prescription et leur recouvrement à tous les stades de la procédure (ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles, caisses nationales d'assurance maladie, d'assurance vieillesse et des allocations familiales) ;*
 - 28. fixer à chaque branche des objectifs plus ambitieux de détection et de performance du recouvrement des indus (ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles, caisses nationales d'assurance maladie, d'assurance vieillesse et des allocations familiales).*
 - 29. refondre le régime des remises de dette en un cadre juridique unique, incluant un barème commun aux branches et placer ce dispositif sous la responsabilité des directeurs et directeurs comptables et financiers des caisses (ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles).*
 - 30. mettre en recouvrement l'ensemble des participations et franchises dues par les assurés de la branche maladie (ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles, caisse nationale d'assurance maladie).*
-

Troisième partie

**Services financés par la sécurité
sociale : une qualité et une efficacité
à renforcer**

Chapitre X

Une branche autonomie aux leviers insuffisants pour faire face à des enjeux démographiques cruciaux

PRÉSENTATION

Quinze ans après la création de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), la loi⁴⁴⁶ a créé en 2020 une nouvelle branche de la sécurité sociale, chargée du risque de perte d'autonomie pour les personnes en situation de handicap et pour les personnes âgées. La mise en œuvre de cette branche a été rendue effective par la conclusion avec l'Etat en avril 2022 d'une nouvelle convention d'objectifs et de gestion couvrant les années 2022 à 2026.

Cette inclusion dans le champ de la sécurité sociale implique d'en respecter les grands principes : l'égalité d'accès aux prestations, la solidarité nationale, un équilibre financier pérenne.

Trois ans après l'achèvement de l'édifice juridique de la réforme, la Cour a souhaité présenter les grandes lignes d'un premier bilan. Celui-ci n'a pas pour ambition de traiter l'ensemble des problématiques, souvent distinctes, des personnes en situation de handicap et des personnes âgées en risque de perte d'autonomie.

La Cour analyse, d'une part, la portée des changements déjà intervenus dans la structuration de la branche par rapport aux objectifs fixés, d'autre part, les conséquences des évolutions démographiques que la France subira à partir de 2030 avec l'entrée dans le grand âge des générations nombreuses de l'après-guerre. Pour la branche autonomie, le devoir de solidarité va changer d'échelle et des réponses claires devront être rapidement apportées sur son organisation et sur ses pouvoirs.

Un nouveau risque et une nouvelle branche de sécurité sociale ont été reconnus, mais cette création à forte portée symbolique a encore des effets limités (I). Face aux mutations démographiques qui s'annoncent, et à leurs conséquences pour les finances publiques, des clarifications et des choix sont nécessaires à court terme (II).

⁴⁴⁶ Par deux lois du 7 août 2020, l'une organique n°2020-991, l'autre ordinaire n°2020-992, relatives à la dette sociale et à l'autonomie.

Chiffres-clés

L'effort national en faveur du soutien à l'autonomie (projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2025, annexe 7⁴⁴⁷) :

- 90 Md€, dont 62 % financés par la sécurité sociale (dont les 2/3 par la branche, qui finance ainsi 41 % de l'effort total), 23 % par l'État et 14 % par les départements.

Charges de la branche autonomie : 42,6 Md€ en loi de financement de la sécurité sociale pour 2025, dont :

- 78 % (33,3 Md€) pour financer les établissements et services médico-sociaux pour les personnes âgées (17,6 Md€) et celles en situation de handicap (15,7 Md€).
- 18 % (7,7 Md€) pour le cofinancement de l'allocation personnalisée d'autonomie et de la prestation de compensation du handicap, et le financement d'autres prestations comme l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé ou l'allocation journalière du proche aidant.

Produits de la branche autonomie : 41,9 Md€ (loi de financement de la sécurité sociale pour 2025), dont :

- 37,3 Md€ de contribution sociale généralisée, 2,5 Md€ de contribution de solidarité pour l'autonomie, 1,0 Md€ de contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie, 0,9 Md€ de taxe sur les salaires.

Offre d'accompagnement (fichier national des établissements sanitaires et sociaux au 31 décembre 2024) :

- pour personnes âgées : 902 000 places en établissements et services médico-sociaux dont 68 % dans des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), 129 000 places en services de soins à domicile, 119 500 places en résidence autonomie,
- pour personnes en situation de handicap : 542 000 places en établissements et services médico-sociaux dont 361 000 pour adultes et 181 000 pour enfants.

Bénéficiaires de prestations au 31 décembre 2023 (direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques) :

- 1,37 million de bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (820 000 à domicile, 550 000 en établissements), 464 000 de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé, 407 000 de la prestation de compensation du handicap, quelques milliers par an pour l'allocation journalière du proche aidant.

⁴⁴⁷ L'effort national en faveur du soutien à l'autonomie est l'estimation annuelle de l'ensemble des dépenses publiques à destination des personnes âgées en perte d'autonomie et des personnes en situation de handicap émanant de la sécurité sociale (dont la branche autonomie), de l'État et des départements. Elle est publiée depuis l'exercice 2021 en annexe du projet de loi de financement de la sécurité sociale.

I - La reconnaissance d'un risque, une branche aux réalisations encore limitées

La reconnaissance, longtemps annoncée mais plusieurs fois différée, d'un cinquième risque de sécurité sociale a été finalement décidée en réaction à la crise sanitaire. La nouvelle branche est atypique, avec des missions et des objectifs ambitieux. Son bilan est aujourd'hui peu satisfaisant. Encore en construction, elle doit composer avec un jeu d'acteurs complexe et dispose de peu de leviers de pilotage.

A - Une évolution majeure

La reconnaissance d'un nouveau risque de sécurité sociale a conduit à créer une branche atypique au sein du régime général.

1 - Un risque identifié de longue date, une branche récente

La reconnaissance d'un risque de perte d'autonomie incluant les sujets du handicap et du vieillissement a été consacrée par la loi du 30 juin 2004 créant la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), établissement public *sui generis* de l'État, créé après la canicule de l'été 2003 et les défauts de prise en charge sanitaire qu'elle avait révélés. La CNSA a été transformée par les lois de 2020 et la loi de financement de la sécurité sociale pour 2021 en caisse nationale de sécurité sociale.

Risque et branche, sécurité sociale et aide sociale

Le risque de perte d'autonomie ne correspond à aucun des risques identifiés dans les comptes de la protection sociale⁴⁴⁸. Il inclut certains droits individualisés (allocation personnalisée d'autonomie, prestation de compensation du handicap) relevant de l'aide sociale et de la compétence des départements. En devenant des prestations de la branche autonomie, entrant dans le champ de la sécurité sociale, ces droits auraient vocation à être les mêmes pour tous, sous réserve des conditions d'éligibilité définies et de l'application éventuelle d'un barème national.

⁴⁴⁸ Ces risques sont la maladie, l'invalidité, le décès, les accidents du travail et maladies professionnelles, la vieillesse, la famille dans le périmètre de la sécurité sociale ; la pauvreté, le logement et le chômage, hors de ce périmètre.

Les branches du régime général, listées à l'article L. 200-2 du code de la sécurité sociale, sont des regroupements comptables et financiers. Leurs prévisions de recettes et leurs objectifs de dépenses sont votés en loi de financement de la sécurité sociale pour les risques qu'elles gèrent. Les comptes de la branche autonomie se confondent avec ceux de la CNSA.

La prise en compte de ce nouveau risque dans une cinquième branche de la sécurité sociale a fait débat. Comme pour la création de la CNSA, une crise sanitaire en est à l'origine. La branche a été créée par amendement parlementaire aux lois du 7 août 2020, puis traduite dans la LFSS pour 2021 après remise d'un rapport de préfiguration⁴⁴⁹. L'exposé des motifs de l'article 16 du projet de loi en décrit les ambitions : « assurer une meilleure équité territoriale dans l'accès aux droits, améliorer l'offre d'accompagnement à destination de ces publics et renforcer les politiques transversales du handicap et du grand âge ».

2 - Une caisse de sécurité sociale singulière

Les caisses nationales du régime général sont administrées par des conseils paritaires, avec un commissaire du Gouvernement. La CNSA a conservé un conseil beaucoup plus étoffé, héritage de la période 2004-2020, incluant des représentants des associations, des départements et de l'État. La tutelle de la caisse est assurée, outre par les directions de la sécurité sociale et du budget, par la direction générale de la cohésion sociale.

Sans réseau local, la branche n'a pas de relation directe avec les bénéficiaires de ses financements. Elle ne gère pas de prestations mais contribue, en tout ou partie, à les financer. La gestion des dotations aux établissements relève des agences régionales de santé et celle des prestations individuelles ressort des départements, hormis pour l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé et l'allocation journalière du proche aidant, versées par les caisses d'allocations familiales et de mutualité sociale agricole.

Son périmètre est plus limité qu'envisagé en préfiguration. Seul le financement de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé a été transféré de la branche famille. L'allocation aux adultes handicapés reste financée par l'État. La branche assure ainsi 41 % de l'effort national de soutien à l'autonomie.

⁴⁴⁹ Laurent Vachey, *La branche autonomie : périmètre, gouvernance et financement*, septembre 2020.

Les dotations de la branche aux établissements et services médico-sociaux figurent dans la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) sous la forme de deux sous-objectifs de l'objectif national de dépenses de l'assurance maladie (Ondam), pour les personnes âgées et pour les personnes handicapées⁴⁵⁰.

La CNSA contribue aux dépenses des départements pour l'allocation personnalisée d'autonomie (APA)⁴⁵¹ et pour la prestation de compensation du handicap (PCH)⁴⁵². Elle répartit entre les départements des concours dans le cadre d'une enveloppe fermée non corrélée à leurs dépenses. La part de sa contribution aux dépenses d'allocation personnalisée d'autonomie varie, selon les départements⁴⁵³, entre 16 % et plus de 50 %, 43 % en moyenne.

La branche est financée principalement par une fraction de la contribution sociale généralisée, et dispose de deux ressources spécifiques, la contribution de solidarité pour l'autonomie (CSA) et la contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie (CASA)⁴⁵⁴. Le financement prépondérant par la CSG illustre le caractère universel des prestations financées par la branche : le droit à la couverture du risque ne dépend pas d'un statut ou d'une activité professionnels.

3 - Une meilleure information du Parlement, un recentrage des missions

Les dispositions organiques relatives aux LFSS déterminent dorénavant les prévisions de recettes et les objectifs de dépenses de la branche. Le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) comprend une annexe spécifique décrivant les dépenses de la branche et l'effort national de soutien à l'autonomie. Les réalisations sont soumises à l'approbation du Parlement dans le projet de loi d'approbation des comptes

⁴⁵⁰ Le maintien de ce rattachement a pour justification le fait que ces dotations ont pour objet de financer des dépenses de soin.

⁴⁵¹ L'APA est une aide financière destinée aux personnes âgées de 60 ans et plus en perte d'autonomie. Elle finance des services d'aide à domicile (« APA à domicile ») ou d'hébergement en établissement (« APA en établissement »).

⁴⁵² La PCH est une aide financière destinée aux personnes en situation de handicap en vue d'adapter leur environnement et d'améliorer leur quotidien (aide humaine, matériel, aménagement du logement, etc.). Les maisons départementales des personnes handicapées évaluent les besoins et attribuent la prestation.

⁴⁵³ Une péréquation tenant compte des écarts de richesse entre départements est appliquée, modifiant le taux de couverture des dépenses d'APA par la CNSA selon les départements.

⁴⁵⁴ La CSA (0,3 % des salaires bruts), versée par les employeurs, est la contrepartie de la « journée de solidarité » travaillée mais non payée. La CASA, créée par la LFSS pour 2013, est prélevée au même taux sur certains avantages de vieillesse et d'invalidité.

de la sécurité sociale auquel est annexé un rapport d'évaluation⁴⁵⁵. La certification des comptes, auparavant confiée à des commissaires aux comptes, relève désormais de la Cour des comptes⁴⁵⁶. Enfin, la CNSA a publié, en février 2025, un premier rapport de branche. L'information du public et du Parlement a ainsi été renforcée.

Les missions de la CNSA (art. L. 223-5 du code de la sécurité sociale) ont été réduites de quatorze à sept et sont désormais comparables à celles des autres caisses nationales de sécurité sociale. Toutefois, les missions « *d'égalité de traitement des demandes de droits et de prestations* » et de « *répartition équitable sur le territoire national* » lui sont propres et résultent des compétences des départements en matière de financement de l'allocation personnalisée d'autonomie et de la prestation compensatoire du handicap.

La loi du 8 avril 2024⁴⁵⁷ lui a confié, au bénéfice des départements, une « *mission nationale d'accompagnement, de conseil et d'audit* » afin de déployer des outils de contrôle interne et de maîtrise des risques et de garantir la qualité du service. Le décret d'application n'a pas encore été publié.

La convention pluriannuelle d'objectifs et de gestion signée avec l'État en 2022 assigne trois objectifs à la CNSA : garantir la qualité de service et l'accès aux droits des personnes en perte d'autonomie, soutenir l'adaptation de l'offre aux besoins des publics, structurer et outiller la nouvelle branche pour piloter le risque autonomie.

B - Un premier bilan peu satisfaisant

L'intégration à la sécurité sociale devait se traduire par une meilleure planification et utilisation des moyens. Malgré une forte progression des dépenses, les résultats sont parcellaires.

⁴⁵⁵ Les rapports d'évaluation des politiques de sécurité sociale visent à apprécier les résultats de ces politiques au regard des objectifs qui leur sont assignés.

⁴⁵⁶ Cf. Cour des comptes, *Certification des comptes du régime général de sécurité sociale*, mai 2025, et, dans le présent rapport, l'avis de la Cour sur la cohérence des tableaux d'équilibre et du tableau de situation patrimoniale de la sécurité sociale.

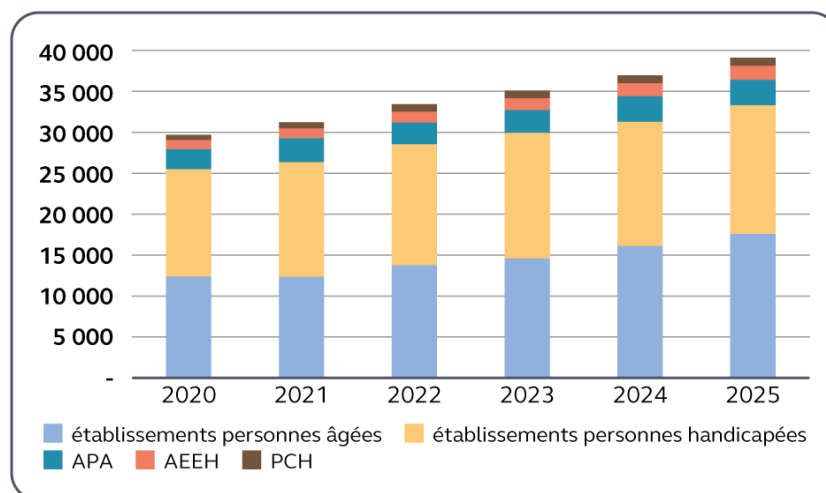
⁴⁵⁷ Loi n° 2024-217 du 8 avril 2024 portant mesures pour bâtir la société du bien vieillir et de l'autonomie.

1 - Une forte progression des dépenses

Les dépenses totales de la CNSA, qui s'identifient avec celles de la branche, ont augmenté de 6,9 % par an entre 2020 et 2025 (3,8% par an hors inflation), et devraient atteindre 42,6 Md€ 2025 selon la LFSS.

Les dépenses relatives aux établissements sont passées de 25,5 Md€ en 2020 à 33,3 Md€ en 2025, les revalorisations salariales (4,7 Md€ depuis 2020) expliquant l'essentiel de la hausse⁴⁵⁸. La prestation de compensation du handicap et l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé augmentent respectivement de 9,0 % et de 8,2 % par an en raison de la croissance du nombre des bénéficiaires. Pour l'allocation personnalisée d'autonomie, la progression totale entre 2020 et 2023 (+11,6 %) tient plutôt à l'augmentation de la dépense moyenne par bénéficiaire. Sur la période, les dépenses prises en charge par la CNSA ont été plus dynamiques (+19,1 %) que celles des départements (+ 6,5 %) pour cette allocation⁴⁵⁹ : la part financée par la CNSA a augmenté de trois points et atteint 43 % en 2023.

Graphique n° 31 : principales dépenses de la branche autonomie (M€ courants)



Source : Cour des comptes d'après comptes 2020 à 2024 et LFSS 2025

⁴⁵⁸ Revalorisations notamment issues du Ségur de la santé et de ses extensions ainsi que de la revalorisation du point d'indice de la fonction publique.

⁴⁵⁹ La participation de la CNSA à ces dépenses est corrélée à ses recettes, qui ont augmenté sur la période. La contribution de la CNSA a donc davantage progressé que celle des départements.

Dans un contexte où le taux d'occupation des places en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) a diminué (passant de 93 % en 2019 à 88 % en 2023), le nombre de places n'a augmenté que de 2 % (+ 14 000).

Les agences régionales de santé (ARS), chargées d'exécuter annuellement les crédits pour les établissements, peinent à déployer les actions de transformation de l'offre. En 2022 et en 2023, 1 Md€ de crédits délégués n'ont pu être exécutés conformément à leur objet, soit le double des montants d'avant la crise sanitaire. Ils ont été utilisés en fin d'exercice par les ARS pour soutenir des établissements en difficulté⁴⁶⁰, financer des aides à l'investissement ou des dépenses de personnel non pérennes.

Le niveau élevé de ces réallocations s'explique notamment par le fait que les grands plans nationaux font l'objet d'instructions parfois tardivement publiées quant à l'emploi de leurs crédits. Au-delà d'un contrôle plus resserré des besoins de trésorerie des ARS⁴⁶¹, il conviendrait de renforcer l'articulation et la convergence de l'utilisation de ces crédits avec les plans d'aide à l'investissement mobilisés au niveau national.

2 - Un contrôle interne et une lutte anti-fraude insuffisants

Les réalisations de la CNSA en matière de contrôle interne et de lutte contre la fraude sont analysées chaque année par la Cour dans le cadre de la certification des comptes de la branche.

Les actions de contrôle interne de la CNSA sur les financements attribués, rendues obligatoires par le code de la sécurité sociale (art. D. 114-4-6 et suivants), sont insuffisantes. Les dotations aux établissements, réparties par les ARS *via* des arrêtés de tarification, sont versées par les caisses primaires d'assurance maladie. Ces dernières ne vérifient pas l'exactitude des calculs des ARS au regard notamment de l'activité, déclarée et réelle, des établissements. La CNSA ne dispose pas d'informations suffisantes sur les contrôles réalisés par les ARS pour prévenir les erreurs et les fraudes éventuelles. L'insuffisance des contrôles et les risques d'erreurs concernent également le calcul des concours versés aux départements et le versement de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé.

⁴⁶⁰ En LFSS pour 2025, un fonds de soutien de 300 M€ a été voté et sera alloué aux établissements en difficultés par des commissions locales, mises en place depuis septembre 2023, réunissant le directeur général de l'ARS, le président du département, les services de la direction régionale des finances publiques, des Urssaf, de l'assurance maladie et de la Banque des territoires.

⁴⁶¹ La CNSA et ses tutelles ont indiqué travailler à réduire les marges excédentaires de trésorerie des ARS et à envisager un éventuel réexamen de leurs dotations.

De premiers travaux de cartographie des risques ont été lancés en 2024, les actions concrètes de maîtrise des risques restant à engager. Pour la lutte contre la fraude, également obligatoire (art. L. 114-9 du code de la sécurité sociale), un plan d'action est annoncé par la CNSA en 2025.

3 - Des disparités territoriales persistantes

Déjà critiquées par la Cour⁴⁶², les disparités territoriales demeurent. En matière d'offre de places en établissement, le rapport d'évaluation précité annexé au projet de loi d'approbation des comptes de la sécurité sociale note une réduction des écarts pour les adultes en situation de handicap mais une croissance pour les enfants et pour les personnes âgées. Les disparités territoriales sont importantes, tant en ce qui concerne la répartition entre établissements et domicile que dans le statut des établissements (privés, publics, privés non lucratifs).

S'agissant des prestations individuelles, la dépense moyenne d'allocation personnalisée d'autonomie par bénéficiaire varie du simple au double selon les départements⁴⁶³ alors que la loi précise que cette allocation est « *définie dans des conditions identiques sur l'ensemble du territoire national* » (art. L. 232-1 du code de l'action sociale et des familles).

Les équipes médico-sociales de chaque département ont la responsabilité d'évaluer la perte d'autonomie de la personne et de définir un plan d'aide associé dont le coût sera couvert, en partie, par l'allocation⁴⁶⁴ en se fondant sur des indicateurs de perte d'autonomie.

Les indicateurs de la perte d'autonomie, grille AGGIR et GIR

La grille AGGIR (autonomie gérontologie groupe iso ressources⁴⁶⁵) sert à évaluer le degré de perte d'autonomie d'une personne en vue de l'attribution de l'allocation personnalisée d'autonomie.

Le GIR (groupe iso-ressources) correspond au degré de perte d'autonomie d'une personne âgée (six niveaux de GIR, de 1, perte d'autonomie la plus forte, à 6). Il est calculé à partir de l'évaluation faite par les équipes médico-sociales départementales, à l'aide de la grille AGGIR.

⁴⁶² Cour des comptes, *La CNSA : des missions mieux assurées, des progrès à poursuivre*, rapport public annuel, février 2018.

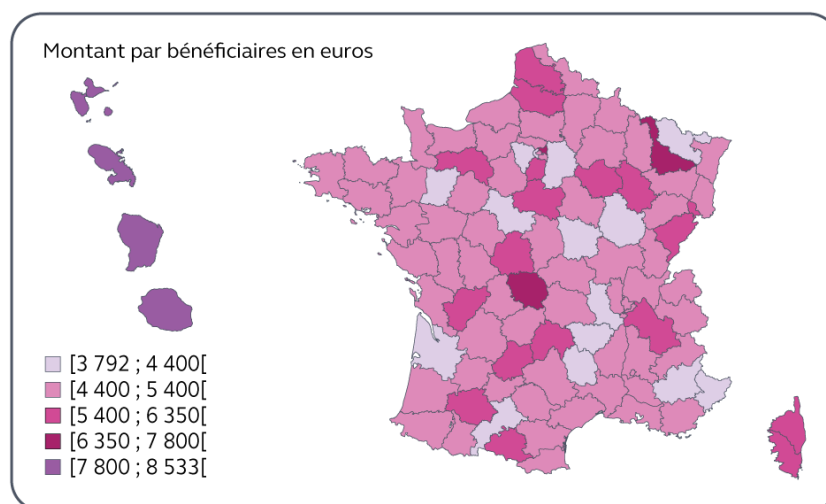
⁴⁶³ Son montant varie de 3 792 € à 8 533 € en 2022 pour une moyenne de 4 985 €.

⁴⁶⁴ L'allocation est attribuée selon des critères d'âge et de perte d'autonomie. Son montant dépend des ressources de la personne en perte d'autonomie.

⁴⁶⁵ Les personnes appartenant au même groupe iso ressources disposent de capacités fonctionnelles similaires pour accomplir les actes de la vie quotidienne.

Les écarts ont deux origines principales. D'une part, la valeur du point GIR n'est pas la même selon les départements et n'a pas suivi l'inflation dans nombre d'entre eux. D'autre part, les conditions de reconnaissance du GIR dont relèvent les personnes âgées qui sollicitent l'allocation sont hétérogènes entre les départements, voire en leur sein. Certains départements sont, en effet, davantage confrontés à la perte d'autonomie ou font face à des contraintes budgétaires. Ils peuvent être amenés à évaluer de manière restrictive le niveau des plans d'aide pour un même état de dépendance (nombre d'heures d'aide à domicile, présence ou non d'aides techniques).

Carte n° 3 : montant moyen d'allocation personnalisée d'autonomie par bénéficiaire en 2022



Source : Cour des comptes d'après données Drees – L'aide sociale aux personnes âgées ou handicapées, édition 2024

Des disparités de montant par bénéficiaire s'observent également pour la prestation de compensation du handicap.

4 - Des difficultés croissantes pour les Ehpad

La proportion des établissements déficitaires, tous statuts confondus, est passée de 26 % en 2020 à 59 % en 2023⁴⁶⁶. Ces déficits se concentrent sur les sections budgétaires dépendance et hébergement des

⁴⁶⁶ Données transmises par la direction générale de la cohésion sociale.

établissements. La progression des recettes n'a pas suivi celle des dépenses, amplifiée par le contexte inflationniste et des revalorisations salariales. La chute des taux d'occupation, en partie liée aux attentes des usagers⁴⁶⁷, pèse sur l'équilibre financier. En matière de ressources humaines, le secteur connaît des difficultés de recrutement et des tensions organisationnelles : les métiers du grand âge se caractérisent par une pénibilité importante, un absentéisme élevé, un *turnover* massif et un recours accru à l'intérim.

C - Un cadre actuel trop complexe

La complexité du financement des concours aux départements et aux établissements et la faiblesse des leviers pour transformer l'offre et orienter les usagers sont aggravées par l'insuffisance des systèmes d'information nécessaires pour le partage des données de tous les acteurs.

1 - Des concours aux départements devenus illisibles

Les concours financiers de la CNSA aux départements sont passés de trois à douze en quelques années. Outre la couverture des prestations, la CNSA finance des actions nouvelles, votées en LFSS, visant à structurer une offre d'accompagnement, notamment à domicile, qui relève essentiellement de l'action des départements.

Chaque concours financier obéit à sa propre logique de répartition. Devenus illisibles pour les départements, ils ne sont pas un levier d'animation des politiques territoriales pour la CNSA qui, par ailleurs, n'obtient pas en contrepartie des données suffisamment pertinentes et actualisées, pour objectiver les différences de traitement sur le territoire. Une réforme des concours est intervenue en LFSS pour 2025 (cf. *infra*).

2 - Un pilotage des Ehpad complexe et fragmenté

Le constat est ancien : l'autorisation, le financement et le contrôle des Ehpad sont fragmentés entre plusieurs acteurs, entraînant un défaut de coordination et un manque de visibilité pour les gestionnaires.

⁴⁶⁷ En 2023, selon le baromètre d'opinion de la Drees, 69 % des personnes âgées de plus de 65 ans estiment qu'il n'est pas envisageable pour elles de vivre à l'avenir dans un Ehpad contre 60 % en 2013.

La tarification des Ehpad, complexe et inefficace

Le financement des Ehpad repose sur trois sections tarifaires relevant de règles et de financeurs différents : (1) la section soins, à la charge de la branche autonomie, (2) la section dépendance, financée majoritairement par une prestation, l'allocation personnalisée d'autonomie en établissement, attribuée par les départements (avec un concours de la CNSA) complétée par une participation des résidents, (3) la section hébergement, financée par les résidents qui peuvent, s'ils y sont éligibles, percevoir l'aide sociale des départements.

Au-delà des coûts de gestion, cette tarification conduit à des sous-financements chroniques des dépenses relevant des sections hébergement et dépendance par les départements.

Dès 2019, le rapport Libault⁴⁶⁸ exposait trois scénarios d'évolution pour unifier le pilotage auprès d'un seul financeur, ARS ou département. Depuis, plusieurs rapports ont pris position dont deux en 2024, parus à quelques jours d'intervalle, proposant des solutions opposées. Le premier⁴⁶⁹ préconise de confier la tutelle et la tarification aux seules ARS « *car ces établissements ont vocation à être de plus en plus médicalisés* », le département se recentrant sur l'accompagnement à domicile. Le second⁴⁷⁰ propose à l'inverse d'unifier au niveau des départements la responsabilité en matière de grand âge.

Concernant le financement des Ehpad, une simplification a été prévue en LFSS pour 2024, comme préconisé par la Cour⁴⁷¹, avec la fusion des sections soins et dépendance pour les départements expérimentateurs. Ces départements, dont le nombre a été porté à 23 en LFSS pour 2025, doivent transférer au 1^{er} juillet 2025 la prise en charge des dépenses de dépendance à la branche autonomie en contrepartie d'une baisse des concours qu'elle leur verse et d'une reprise de recettes fiscales. L'annexe 9 du PLFSS pour 2025 a précisé que le transfert de charges n'est qu'en partie couvert par le transfert de ressources. Le surcoût en année pleine pour la sécurité sociale et le gain financier consécutif pour les départements sont estimés à 234 M€.

⁴⁶⁸ D. Libault, rapport de la concertation grand âge et autonomie, mars 2019.

⁴⁶⁹ É. Woerth, *Décentralisation : Le temps de la confiance*, mai 2024.

⁴⁷⁰ Boris Ravignon, *Coûts des normes et de l'enchevêtrement des compétences entre l'État et les collectivités : évaluation, constats et propositions*, mai 2024.

⁴⁷¹ Cour des comptes, *La prise en charge médicale des personnes âgées en Ehpad*, communication à la commission des affaires sociales du Sénat, février 2022.

De nouveaux contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens⁴⁷² ont été conclus entre certains établissements et les ARS pour fixer des objectifs de qualité et d'efficience, en contrepartie de perspectives pluriannuelles de financement. Cette réforme a pu avoir un effet structurant dans le champ du handicap, mais elle ne produit pas les effets escomptés dans le secteur des Ehpad, dont les problématiques d'équilibre financier viennent complexifier et ralentir la négociation de ces contrats. Ce contexte rend plus difficile l'élaboration d'une réflexion partagée par les ARS, les départements et les gestionnaires sur le renouvellement du modèle économique et qualitatif de l'Ehpad de demain.

L'adaptation de l'offre découle surtout des opportunités de financements résultant des nombreux appels à projets et à manifestation d'intérêt lancés par la branche : en 2023, jusqu'à quatorze stratégies nationales étaient déployées ou en cours de déploiement par les ARS.

Ces appels à projets se heurtent aux disparités des capacités des acteurs locaux à s'en saisir et peuvent conduire à des biais de sélection selon l'expertise des gestionnaires ou les ressources qu'ils peuvent y consacrer. Certains départements ne répondent pas aux appels à projets lancés par la CNSA ni ne les relaient, faute de ressources pour les instruire ou de temps pour délibérer dans les délais, alors même qu'ils peuvent accuser un retard dans leur taux d'équipement⁴⁷³. Dans ce contexte, les ARS peinent à exécuter tous les crédits délégués (cf. *supra*).

3 - Une orientation difficile des usagers

Malgré la création de portails d'information⁴⁷⁴, les usagers et leurs aidants doivent faire face à un nombre important d'interlocuteurs (caisses locales de sécurité sociale, maisons départementales des personnes handicapées, services départementaux, établissements sanitaires et médico-sociaux, etc.), travaillant de manière cloisonnée et occasionnant des ruptures de prise en charge.

Ce constat a conduit la CNSA à engager en 2024 la préfiguration d'un service public départemental de l'autonomie dans 18 départements.

⁴⁷² Tous les ESMS avaient l'obligation d'avoir conclu ces contrats avec les autorités ayant délivré leur autorisation au 1^{er} janvier 2017. Cette échéance a été reportée à fin 2022, puis fin 2024, puis fin 2026, aucune ARS n'ayant pu atteindre l'objectif malgré un rythme soutenu de négociation.

⁴⁷³ Les données transmises par la CNSA montrent notamment une moindre participation des départements ultra-marins, pourtant affectés par un sous-équipement en ESMS.

⁴⁷⁴ www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/; www.monparcourshandicap.gouv.fr/

Issu du rapport Libault de 2022 et de la loi du 8 avril 2024⁴⁷⁵, ce service public a vocation à mieux articuler l'action de l'ensemble des opérateurs dans chaque département, sans créer d'instance supplémentaire.

Dans le champ du handicap, le baromètre des maisons départementales des personnes handicapées présente l'intérêt de fournir aux usagers et aux opérateurs de la branche des indicateurs de qualité du service rendu, actualisés trimestriellement (satisfaction des usagers, délai de traitement des demandes etc.). Il révèle une forte hétérogénéité des délais de traitement des demandes des bénéficiaires. Il n'a pas d'équivalent dans le domaine du grand âge.

4 - Des systèmes d'information inaboutis

La CNSA recourt à un nombre important de systèmes d'information pour recenser les besoins et l'offre auprès de ses partenaires (ARS, départements ou établissements) et mesurer l'efficacité des actions menées. La mise en cohérence de ces outils multiples est complexe. La CNSA est dépendante de ses partenaires et ne dispose pas de moyens pour garantir une saisie régulière et complète des outils utilisés.

En 2015, la loi a prévu d'harmoniser les systèmes d'information⁴⁷⁶ pour rapprocher les processus métier des maisons départementales des personnes handicapées, faciliter la transmission d'informations à leurs partenaires et les relations avec les usagers. Les éditeurs de logiciels, propres à chaque maison départementale, devaient donc converger vers des spécifications arrêtées par la CNSA. Dix ans plus tard, certaines fonctionnalités sont déployées mais elles ne sont pas opérationnelles pour toutes les maisons départementales. Les mises à jour techniques et réglementaires induisent une forte charge de travail tant pour la CNSA que pour les équipes départementales. Les gains d'efficacité attendus pour les processus de travail n'ont donc pas été obtenus. Une évolution vers un système d'information national semble indispensable, ce qui suppose de doter la CNSA d'un mandat explicite en ce sens.

Compte tenu de ce précédent, le législateur a privilégié la voie d'un système d'information unique de gestion pour la remontée et le traitement des données départementales de l'allocation personnalisée d'autonomie (art. 49 de la LFSS pour 2022). Le projet initial, soumis à la direction

⁴⁷⁵ Dominique Libault, *Vers un service public territorial de l'autonomie*, mars 2022. Loi portant mesures pour bâtir la société du bien vieillir et de l'autonomie.

⁴⁷⁶ Art L. 247-2 du code de l'action sociale et des familles : « Les MDPH doivent utiliser un système d'information commun, conçu et mis en œuvre par la CNSA, interopérable avec les systèmes d'information des départements, ceux de la Caisse nationale d'allocations familiales et ceux de la CNSA, dans des conditions précisées par décret ».

interministérielle du numérique, avait suscité des réserves quant à sa dépendance excessive à l'égard de prestataires externes (de l'ordre de 80 %). Alors que plus de 10 M€ avaient déjà été dépensés pour le développement de cet outil, le projet, largement remanié, a reçu un avis conforme de la direction interministérielle du numérique en février 2025.

Les difficultés de déploiement de ces deux projets illustrent la complexité d'un pilotage de la branche par la donnée, pourtant identifié comme un objectif stratégique lors de sa création. Une consolidation pertinente des outils informatiques reste à accomplir par la CNSA, avec la validation de ses tutelles quant aux délais et moyens pour y parvenir. L'utilisation de ces outils devrait être opposable aux différents acteurs.

II - Face aux enjeux du vieillissement, des évolutions nécessaires

L'allongement de la durée de vie et l'arrivée des générations du *baby-boom* aux âges où la perte d'autonomie devient plus fréquente auront pour effet une augmentation sensible dès 2030 du nombre de personnes dépendantes. Toutefois, la dynamique des dépenses liées à la prise en charge à domicile ou en établissement reste conditionnée à des hypothèses rendant les trajectoires budgétaires incertaines. Dès à présent, il apparaît nécessaire de clarifier les besoins et la gouvernance, et d'améliorer le fonctionnement d'une branche encore en construction.

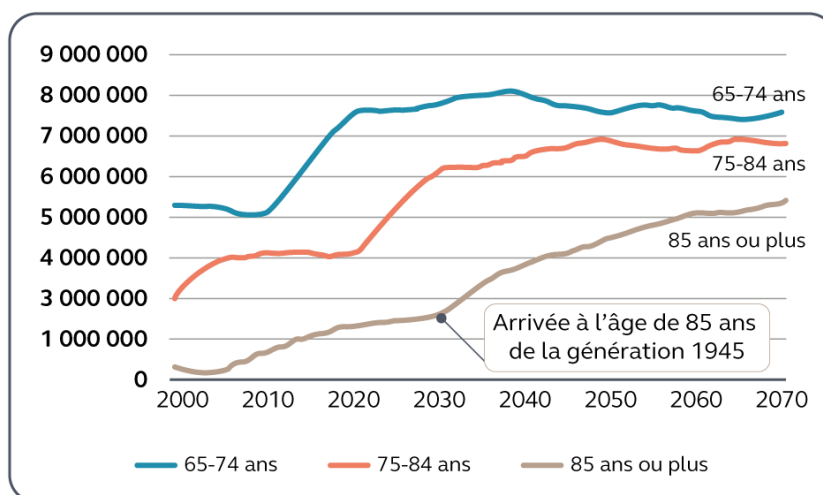
A - Une hausse future des dépenses à mieux évaluer

La branche ne dispose pas d'une projection des besoins, qui devraient fortement augmenter avec le vieillissement de la population, et de leur financement au-delà de 2030. La trajectoire définie par le Gouvernement jusqu'en 2028 repose sur une hypothèse forte de virage domiciliaire qui devra être confirmée.

1 - Une forte augmentation de la population exposée au risque de perte d'autonomie

La tranche des personnes âgées de 75 à 85 ans s'est accrue de 2 millions entre 2020 et 2025 pour atteindre 6,1 millions de personnes. Celles encore vivantes entre 2030 et 2040 auront alors entre 85 et 95 ans et seront, pour leur plus grande part, en perte d'autonomie.

Graphique n° 32 : population des 65 ans et plus en France



Source : Insee, estimations de population et scénario central des projections 2021-2070

En 2023, plus d'un tiers des personnes de plus de 85 ans était bénéficiaire de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA)⁴⁷⁷ et 21 % hébergées en Ehpad. L'âge moyen d'entrée en établissement se situe à 85,4 ans. Le niveau de dépendance des résidents en Ehpad s'accroît depuis 2011. En 2022, 54 % des résidents étaient très dépendants (GIR 1 et 2)⁴⁷⁸.

La prévention, l'allongement de la durée de vie en bonne santé et les progrès de la prise en charge des maladies neurodégénératives peuvent faire diminuer la prévalence de la perte d'autonomie, mais ne remettent pas en cause la progression tendancielle des dépenses de prise en charge dans les vingt à trente prochaines années.

⁴⁷⁷ Drees, *L'aide sociale aux personnes âgées ou handicapées*, novembre 2024.

⁴⁷⁸ Cour des comptes, *La prise en charge des personnes âgées en Ehpad*, février 2022.

Perte d'autonomie : des projections allant du simple au double

On estime entre 1,5 et 3 millions les personnes en perte d'autonomie à horizon 2030 selon la méthode d'estimation utilisée.

La première méthode retient une définition administrative de la dépendance en estimant le nombre de personnes dépendantes à partir du nombre de bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) : 1,55 million à horizon 2030 (+210 000 par rapport à 2023) et 1,8 million en 2040⁴⁷⁹. Cet indicateur, retenu pour la construction de la trajectoire budgétaire de la branche, présente des inconvénients : il ne tient pas compte du non recours à l'APA, ni des pertes d'autonomie survenues avant 60 ans (l'APA n'étant pas servie avant cet âge). Il n'intègre pas les défauts de la grille AGGIR ni la faible fréquence de révision des plans d'aides à domicile et des niveaux de dépendance en Ehpad⁴⁸⁰.

La seconde méthode s'appuie sur des données déclaratives de limitation d'autonomie issues d'enquêtes de la Drees⁴⁸¹. Elle conduit à un effectif de l'ordre du double : 3 millions de personnes en 2030, 3,5 millions en 2040.

2 - Une accélération à terme du coût de la dépendance

L'effet démographique le plus important débutera à partir de 2030, quand la génération née en 1945 atteindra 85 ans. Alors que cette inflexion est identifiée depuis de nombreuses années, la branche ne dispose pas d'outils de projection et d'analyse approfondies des besoins de financement à long terme.

De 2014 à 2023, l'effort national de soutien à l'autonomie à destination des personnes âgées en perte d'autonomie est passé de 1 % du PIB à 1,24 % pour atteindre 29,5 Md€. Les projections sont morcelées et peu actualisées. Les derniers résultats, en 2019⁴⁸², indiquaient que le coût de la dépendance passerait à 1,4 % du PIB en 2030, puis à 2,1 % en 2060.

⁴⁷⁹ Projections du modèle lieux de vie et autonomie (Livia) de la Drees, actualisé en 2024, reposant sur une hypothèse intermédiaire d'évolution de la dépendance qui partage le gain d'espérance de vie entre autonomie et état de dépendance en deux parts égales.

⁴⁸⁰ *Le soutien à l'autonomie des personnes âgées à horizon 2030*, Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge, 2018.

⁴⁸¹ *Vie Quotidienne et Santé* 2014 et *Care-Ménages* 2015.

⁴⁸² « Personnes âgées dépendantes : les dépenses de prise en charge pourraient doubler en part de PIB d'ici à 2060 », Romain Roussel, *Études et Résultats* de la Drees n°1032, octobre 2017. Projection actualisée dans le rapport Libault précité (2019).

*a) D'ici 2030, des dépenses en hausse non financées et une volonté
de développer la prise en charge à domicile*

Le Gouvernement estime qu'un fort virage domiciliaire permettra de répondre à l'essentiel de la progression des besoins à horizon 2030.

Un virage domiciliaire ambitieux à horizon 2030

Le virage domiciliaire est un objectif réaffirmé depuis plusieurs années, au cœur de la création de la cinquième branche, consistant à favoriser le plus longtemps possible le maintien des personnes âgées dépendantes à leur domicile ou dans un logement intermédiaire, plutôt qu'en Ehpad.

Le Gouvernement retient l'hypothèse d'un recul de la prise en charge en établissement d'ici à 2030, passant de 41 % à 37 %. Pour atteindre cet objectif, 85 % des nouveaux bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie d'ici à 2030 devraient être accompagnés à domicile. Une telle évolution suppose un renforcement et une structuration du secteur de l'accompagnement à domicile et des solutions d'habitat alternatifs d'ici à 2030. Elle pourrait se heurter toutefois au manque de professionnels dans le secteur de l'aide à domicile au niveau national et à la baisse prévisible du nombre d'aidants familiaux⁴⁸³.

La dernière trajectoire budgétaire publiée de la branche autonomie 2025-2028 intègre la création de 35 000 places en Ehpad à horizon 2030. 26 000 seraient obtenues en redéployant, selon des modalités non précisées, des places actuellement occupées par des résidents en perte d'autonomie légère (GIR 5 et 6)⁴⁸⁴ au profit de résidents relevant de GIR 1 à 4. Il n'y aurait que 9 000 créations réelles, soit moins de deux places par Ehpad existant. De tels redéploiements ou créations de places n'auraient pas d'impact sur les fortes disparités départementales observées.

L'hypothèse de virage domiciliaire retenue suppose, en outre, de renforcer fortement les capacités et la structuration du secteur de l'aide et du soin à domicile. S'agissant du soin, 25 000 places (et autant d'équivalents temps plein -ETP) seraient créées dans les services de soins infirmiers à domicile d'ici à 2030. L'objectif pour chaque place créée est d'accompagner jusqu'à sept personnes en perte d'autonomie à domicile.

⁴⁸³ Ce nombre devrait diminuer avec la baisse de la fécondité, l'augmentation des divorces, l'éloignement des aidants potentiels, etc. (Cf. Institut des politiques publiques, *Vieillir à domicile : disparités territoriales, enjeux et perspectives*, mars 2023).

⁴⁸⁴ Les personnes relevant des GIR 5 et 6, dont la perte d'autonomie est modérée, ne perçoivent pas l'allocation personnalisée d'autonomie.

Selon la direction de la sécurité sociale, ces mesures coûteraient 1,2 Md€ d'ici 2030, auquel s'ajouteraient 2,7 Md€ pour la création de 50 000 postes de personnel en Ehpad. La branche autonomie ne dispose pas des marges pour financer ces développements, son déficit prévisionnel passant de 0,7 Md€ en 2025 à 2,8 Md€ en 2028 selon la LFSS pour 2025.

La mise en œuvre du virage domiciliaire devra faire l'objet d'un suivi au cours des prochaines années pour éviter que les places en Ehpad ne deviennent insuffisantes à partir de 2030. L'accompagnement en établissement s'impose souvent comme le continuum d'une perte d'autonomie qui ne peut plus être prise en charge à domicile en raison de son coût et du reste à charge pour la personne dépendante.

b) À partir de 2030, des enjeux sociaux et financiers croissants

Malgré les enjeux démographiques affectant la branche à compter de 2030, il n'existe pas de projections structurées des besoins d'accompagnement et de financements sur la décennie 2030 – 2040. Or, deux postes augmenteraient sensiblement sur la période, les dépenses de prestations d'allocation personnalisée d'autonomie et le coût de la prise en charge en établissement.

Un doublement des dépenses d'allocation personnalisée d'autonomie d'ici 2040

À horizon 2040, le nombre de bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie devrait augmenter de 34 % par rapport à 2023 (+ 460 000). La dépense, de 6,8 Md€ en 2023, progresserait de 80 % à 100 %⁴⁸⁵. Cette estimation retient l'hypothèse la plus optimiste d'un fort virage domiciliaire, dans lequel l'accroissement du nombre de personnes âgées dépendantes concernerait exclusivement le domicile et les habitats alternatifs, le nombre d'entrées en Ehpad restant stable.

⁴⁸⁵ Perte d'autonomie des personnes âgées : quels besoins et quels coûts pour accompagner le virage domiciliaire ? Institut des politiques publiques, Pauline Mendras, novembre 2023. Une étude Insee de septembre 2013 confirme ces ordres de grandeur (*L'allocation personnalisée d'autonomie à horizon 2040*, Analyses n° 11).

À domicile, l'allocation personnalisée d'autonomie est utilisée à 90 % pour financer des services humains. Son augmentation tiendrait essentiellement à la hausse du nombre de professionnels du domicile et de leurs salaires. La probable baisse du nombre d'aidants familiaux pourrait conduire les allocataires à recourir à de l'aide professionnelle et à pleinement utiliser les plans d'aide qui leur sont notifiés⁴⁸⁶.

Dans le cadre actuel de l'organisation actuelle du financement de la prise en charge des personnes âgées, la hausse du coût de cette allocation pèserait essentiellement sur le budget des départements.

S'agissant des dépenses en établissements, la nature même de l'accompagnement en Ehpad évoluera et se concentrera sur les cas de dépendance les plus lourds et sur les personnes atteintes de troubles cognitifs. Déjà observée, cette tendance devrait s'accroître, nécessitant des taux d'encadrement plus élevés et des dépenses majorées liées aux forfaits soins et dépendance des résidents.

Même en considérant que les Ehpad accueilleraient en 2040 le même nombre de résidents qu'en 2020, ce qui supposerait une nouvelle accentuation du virage domiciliaire au-delà de 2030, le seul effet de l'augmentation du taux de dépendance des personnes accueillies nécessiterait une hausse d'effectifs de 61 000 ETP (+ 14 % pour un coût estimé de 3,3 Md€ sans tenir compte d'éventuelles revalorisations salariales), alors même que la faible attractivité du secteur est étayée par de nombreux rapports⁴⁸⁷. Cette spécialisation dans l'accueil de la grande dépendance conduira les établissements à se médicaliser davantage, impliquant, au-delà de la réalisation d'investissements, un changement de modèle⁴⁸⁸.

En retenant l'hypothèse d'un taux d'entrée en Ehpad se maintenant à 37 % entre 2030 et 2040, la Cour estime à 90 000 le nombre de places dans les établissements dont la création est nécessaire. Compte tenu de ces enjeux, notamment financiers, une projection par le Gouvernement des besoins au-delà de 2030 est nécessaire.

⁴⁸⁶ Aujourd'hui, 15 % des plans d'aides notifiés par les départements dans le cadre de l'APA sont, selon la Drees, sous-exécutés par les bénéficiaires (volonté de limiter son reste à charge, présence d'aide familiale, pénurie de professionnels etc.).

⁴⁸⁷ Rapports Libault, *op. cit.* (2019), El Khomri, *Plan de mobilisation nationale en faveur de l'attractivité des métiers du grand âge*, 2019, Bonnell et Ruffin, *Les métiers du lien*, 2020.

⁴⁸⁸ Cour des comptes, février 2022, *op. cit.*

3 - Une sous-estimation des besoins à la croisée des champs du grand âge et du handicap

Le déploiement des actions de la branche demeure cloisonné. La perméabilité entre les deux champs des personnes âgées et handicapées est faiblement prise en compte dans les indicateurs statistiques⁴⁸⁹ et dans les outils de projection utilisés pour répondre aux besoins en établissements et services médico-sociaux.

À titre d'exemple, la fréquence des maladies neurodégénératives augmente avec l'âge⁴⁹⁰. Les personnes qui en sont atteintes sont très majoritairement hébergées en établissement⁴⁹¹. Leur prise en charge est un défi pour la branche, au regard de son orientation domiciliaire. Plus largement, l'amélioration nette de l'espérance de vie des personnes en situation de handicap, conjuguée aux progrès en matière de repérage et de diagnostic, appelle une transformation de l'offre afin de prendre en charge dans de meilleures conditions les personnes handicapées vieillissantes.

Comme l'a souligné la Cour⁴⁹², l'augmentation du nombre de personnes en situation de handicap âgées de plus de 50 ans est un phénomène d'ampleur : le nombre de bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés de plus de 50 ans a augmenté de 55 % entre 2011 et 2019. La Cour a évalué à 1,2 Md€ le coût annuel de l'ouverture de 120 000 places à domicile, nécessaire pour couvrir les besoins et limiter les fréquentes ruptures d'accompagnement subies par les personnes handicapées vieillissantes. Pour autant, pour 10 000 entrées en établissement évitées, l'économie s'élèverait à 400 M€ par an.

⁴⁸⁹ Selon les données de l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé, la France compte 9,7 millions de personnes atteintes de limitations motrices et 3,5 millions de troubles psychiques, intellectuels ou cognitifs. Il n'est pas possible de distinguer dans les statistiques les personnes en situation de handicap vieillissantes parmi celles qui ont plus de 60 ans.

⁴⁹⁰ Plus d'un million de personnes sont touchées par la maladie d'Alzheimer et autres démences, 175 000 sont traitées pour la maladie de Parkinson, 2 300 nouveaux cas sont déclarés par an de maladies du motoneurone, dont la principale cause est la sclérose latérale amyotrophique selon Santé Publique France.

⁴⁹¹ La Drees estimait en 2016, qu'un tiers des personnes de 75 ans ou plus hébergées en établissement souffrait de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie assimilée, contre 4 % des personnes du même âge vivant à domicile.

⁴⁹² Cour des comptes, *L'accompagnement des personnes en situation de handicap vieillissantes*, septembre 2023.

L'imbrication des problématiques d'âge et de besoins des personnes en situation de handicap devra être mieux appréhendée par la branche. Or, la Drees ne dispose pas d'un outil de modélisation dans le domaine du handicap équivalent à *Livia* pour le grand âge.

B - Des transformations de la branche à mener

Pour affronter l'enjeu démographique, les préalables sont la définition précise des besoins et de leur évolution et la validation d'une trajectoire de financement. Dès à présent, la CNSA doit remplir pleinement ses missions. Un objectif plus ambitieux devrait être de tirer toutes les conséquences de la création de la branche en clarifiant les responsabilités respectives des départements, des ARS et de la CNSA.

1 - Une analyse approfondie des besoins et des conditions de leur financement à compter de 2030

La CNSA doit s'atteler en priorité à la fiabilisation des données qu'elle collecte et à leur exploitation pour évaluer l'efficience des financements déjà accordés. Ce préalable est nécessaire pour permettre la production d'une analyse plus poussée et prospective des besoins, de leur temporalité, des effets induits par les choix d'organisation ou de tarification envisagés, et de l'investissement à consentir dans la prévention et le repérage précoce des fragilités. Cette analyse devra reposer sur des hypothèses de répartition entre accueil en établissement et maintien à domicile, inclure des solutions intermédiaires (résidences autonomie) et viser à réduire les disparités territoriales. Elle devra s'accompagner d'une définition des besoins en formation, en prenant en compte la situation du marché du travail et les pénuries de personnel de certains territoires ou certaines spécialités. Ce préalable, permettant de déduire la trajectoire des ressources de la branche, serait à finaliser pour la prochaine convention d'objectifs et de gestion en 2027, ou en 2028 pour s'aligner sur le calendrier des autres caisses nationales du régime général.

En 2000, cinq ans avant que la première génération du *baby-boom* n'atteigne l'âge de la retraite, a été créé le conseil d'orientation des retraites, pour guider les pouvoirs publics dans les mesures à prendre pour les régimes de retraite. En 2025, cinq ans avant que cette même génération n'entre dans le grand âge, un besoin similaire existe pour l'autonomie. Une instance d'expertise autonome devrait être chargée d'établir une trajectoire des besoins et de leur financement, dans le cadre d'une loi de

programmation, prévue par la loi d'avril 2024. Les missions et les moyens du conseil de l'âge⁴⁹³ pourrait être renforcés dans cet objectif.

2 - Au minimum, mieux assurer les missions de la CNSA

La principale intervention de la CNSA est l'attribution de financements aux acteurs, départements ou établissements. En tant que gestionnaire du risque autonomie, la CNSA doit mieux contrôler la qualité et l'effectivité de ses dépenses et recueillir des données plus nombreuses et plus fiables pour mieux piloter.

a) Une gestion du risque à renforcer, des missions à prioriser

Le contrôle interne participe à la qualité de service et à l'équité du traitement dû aux usagers. Lorsqu'elle vérifie que les allocations et financements sont attribués conformément à la réglementation, la CNSA devrait intégrer les risques des activités et décisions prises par des parties prenantes nombreuses et hétérogènes. Toutefois, la Cour a émis d'importantes réserves sur la faiblesse du contrôle interne territorial au sein de la CNSA : l'effectif consacré à ce contrôle interne (quatre personnes prévues, deux postes pourvus en 2024) ne permet pas d'assurer un pilotage du risque auprès de tous les acteurs, ni d'assurer la mission d'accompagnement, de conseil et d'audit au bénéfice des départements et des maisons départementales des personnes handicapées que lui a confiée le législateur en 2024.

Une revue des missions au sein de la CNSA pourrait permettre de réallouer des personnels sur ses missions prioritaires et, dans certains domaines, de privilégier une action en subsidiarité et en partenariat avec les autres acteurs du champ de l'autonomie, notamment les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail, impliquées dans des actions de prévention auprès des publics en GIR 5 et 6. Le nombre d'appels à projets et à manifestation d'intérêt pilotés au niveau national pourrait être réduit.

L'animation par la CNSA du réseau des ARS et conseils départementaux, depuis fin 2022, s'appuyant sur un nouveau cadre de coopération visant à la conclusion de conventions tripartites, est réelle mais

⁴⁹³ Il est actuellement l'un des trois conseils spécialisés du Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge, placé auprès du Premier ministre et qui a pour missions « *d'animer le débat public et d'apporter aux pouvoirs publics une expertise prospective et transversale sur les questions liées (...) à l'avancée en âge, à l'adaptation de la société au vieillissement et à la bientraitance, dans une approche intergénérationnelle* » (art. L. 142-1 du code de l'action sociale et des familles).

peu évaluée et entraîne d'importants coûts de coordination et de suivi. Le cadre conventionnel avec les branches vieillesse, maladie et famille devrait être renforcé afin de progresser dans la gestion du risque, le contrôle interne, la lutte contre la fraude et la qualité comptable, au niveau national et local.

b) Un pilotage par la donnée qui doit évoluer, d'une logique d'offre à une logique de couverture des besoins

L'absence de réseau et d'un système d'information associé rendent la CNSA dépendante d'une collecte de données effectuée par ses partenaires via de nombreuses applications spécifiques. Utiles pour recenser l'état de l'offre à l'échelle départementale, ces opérations fragmentées impliquent des efforts importants de mise en cohérence de la part de la CNSA. Les données collectées sont axées sur l'offre et demeurent partielles. Les ARS, par exemple, ne fournissent des informations que sur les structures qu'elles cofinancent⁴⁹⁴, excluant le secteur non médicalisé de l'aide à domicile, pourtant essentiel dans le cadre du virage domiciliaire. Cette connaissance de l'offre repose trop peu sur les données et les besoins des usagers, faute d'outils pour effectuer de tels rapprochements.

La branche doit structurer un cadre de gouvernance des données des systèmes d'information et dresser l'état des lieux des indicateurs disponibles et nécessaires pour piloter la couverture efficiente des besoins par l'offre. Elle doit identifier les systèmes d'information à mobiliser afin d'élaborer une stratégie et une politique d'architecture et d'urbanisation⁴⁹⁵, indispensables au pilotage des politiques qui lui sont confiées.

Le recrutement en mars 2024 d'un responsable des données, le projet de déploiement d'un portail en *open data*, la définition d'une doctrine de partage des données vont dans le sens des engagements de la CNSA dans le cadre de son actuelle convention d'objectifs et de gestion.

c) Des concours qui doivent devenir plus exigeants

Les concours financiers aux départements ont été regroupés et simplifiés par la LFSS pour 2025⁴⁹⁶ pour un surcoût par rapport à l'ancien calcul estimé à 200 M€, en attendant une réforme d'ensemble envisagée pour 2026.

⁴⁹⁴ Les établissements médico-sociaux, les soins infirmiers à domicile.

⁴⁹⁵ L'urbanisation est une discipline d'ingénierie informatique visant à rendre le système d'information plus lisible, rationnel et efficace.

⁴⁹⁶ Il a été mis fin au plafonnement des concours de la CNSA en pourcentage de ses recettes. Le montant des concours 2025 est défini sur la base du taux de couverture des dépenses départementales constaté en 2024.

Le gain de visibilité qui en résulte pour les départements devrait avoir pour contrepartie l'engagement de communiquer à la CNSA en temps utile des données relatives aux titulaires de prestations, sans lesquelles elle ne peut identifier les disparités de traitement sur le territoire. Faute de respect de cet engagement, le taux de participation de la CNSA aux dépenses nouvelles devrait être minoré.

3 - Une stratégie ambitieuse : tirer parti de l'intégration de l'autonomie dans le champ de la sécurité sociale

En créant la branche, le législateur a souhaité inscrire le risque de perte d'autonomie dans le champ de la sécurité sociale. Pour en tirer les conséquences dans le secteur du grand âge, il serait justifié d'affirmer le rôle des ARS dans le pilotage des Ehpad et de redéfinir l'allocation personnalisée d'autonomie à domicile.

La création d'un réseau de caisses locales rattachées à la CNSA ajouterait de la complexité et des coûts pour un bénéfice non démontré mais la CNSA pourrait davantage s'appuyer sur les réseaux existants, en particulier sur les ARS. Celles-ci voient déjà leur rôle réaffirmé vis-à-vis des gestionnaires d'Ehpad en devenant dès 2025, dans près d'un quart des départements, l'interlocuteur unique pour le financement des budgets soins et dépendance de leurs établissements (cf. *supra*). Dans la crise financière actuelle des Ehpad, elles contribuent à sélectionner les opérateurs qui appellent un soutien et accompagnent leur retour à l'équilibre par des aides financées par la branche.

Dans la logique du principe du « financeur-décideur », le rôle de la branche pourrait être renforcé. Elle pourrait davantage s'appuyer sur les ARS, qui deviendraient des agences régionales de la santé et de l'autonomie (ARSA), pour réguler des établissements amenés à se médicaliser dans une logique d'efficience et de consolidation de l'offre. L'implication des départements resterait indispensable : ils demeureraient des interlocuteurs essentiels en tant que financeurs de l'aide sociale à l'hébergement des résidents en établissement et les garants, *via* les outils de planification existants⁴⁹⁷, d'un maillage territorial de l'offre médico-sociale incluant les services d'aide à domicile.

Avec le virage domiciliaire et l'augmentation du nombre de personnes dépendantes, le recours à l'allocation personnalisée d'autonomie à domicile

⁴⁹⁷ Comme les schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociaux prévus au L. 312-5 du code de l'action sociale et des familles ou dans le nouveau cadre de coopération mis en place par la CNSA.

est, par ailleurs, appelé à croître de manière significative. La branche devrait accompagner cette évolution, tout en affirmant l'intégration de cette allocation dans le champ de la sécurité sociale. Pour cela, il serait envisageable de distinguer, au sein des prestations actuellement couvertes (heures d'aide etc.), celles qui pourraient constituer un panier-socle financé par la CNSA dans le cadre de la solidarité nationale. Ce socle deviendrait une prestation de sécurité sociale répondant à un barème national établi en fonction du degré de perte d'autonomie, dont les tarifs seraient encadrés. Cette évolution serait cohérente avec les modalités actuelles d'octroi des aides apportées aux personnes non éligibles à l'allocation personnalisée d'autonomie par les services d'action sociale des caisses d'assurance retraite et de la santé au travail⁴⁹⁸, qui sont également individualisées avec un barème national.

Le principe de l'attribution de l'aide et la détermination du niveau de dépendance des personnes resteraient de la compétence des équipes médico-sociales départementales.

Le financement de ce panier-socle de prestations à définir pourrait être assuré par l'actuel concours financier de la CNSA aux départements. Au-delà de ces prestations financées par la CNSA, il demeurerait un reste à charge pour les personnes, que les départements pourraient atténuer dans une logique d'aide sociale ou en choisissant de solvabiliser un panier de prestations supérieur, en vertu du principe constitutionnel de libre administration. Les départements ne dépendraient plus d'un concours financier de la branche et conserveraient la maîtrise de leurs politiques d'aide sociale en fonction de leurs priorités et de leurs contraintes budgétaires. Leur compétence sur l'organisation des services d'aide à domicile ne serait pas modifiée.

Une telle évolution permettrait de clarifier le rôle de chaque acteur en assurant une plus grande équité territoriale de traitement, comme prévu par la loi.

⁴⁹⁸ L'aide sociale de la branche vieillesse intervient déjà auprès de personnes âgées fragiles mais non éligibles à l'allocation personnalisée d'autonomie (degrés de perte d'autonomie correspondant aux GIR 5 et 6).

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

La création de la cinquième branche de la sécurité sociale, consacrée à l'autonomie, est une réforme majeure mais inaboutie. L'intégration de la prise en charge des personnes âgées et handicapées à la sécurité sociale a enrichi l'information du Parlement et du public mais le premier bilan est peu satisfaisant pour l'usager, malgré la progression des ressources et des dépenses. Le contrôle de l'efficience de ces dernières reste insuffisant. L'objectif de réduction des inégalités territoriales n'a pas été atteint. Le cadre institutionnel reposant sur de multiples acteurs, dont les départements, n'a pas évolué. Les systèmes d'information ne permettent pas un pilotage effectif de la branche par la CNSA.

Or, face à une évolution démographique certaine, la branche ne dispose pas de projections fiables des besoins et de leur financement au-delà de 2030. Les hypothèses actuelles de trajectoire financière reposent sur une hypothèse ambitieuse de prise en charge majoritairement à domicile, qui devra être confirmée. Le délai jusqu'à la prochaine convention d'objectifs et de gestion de la CNSA, à partir de 2027 ou de 2028, doit permettre d'élaborer une stratégie, d'identifier les besoins, de disposer des moyens de pilotage nécessaires et de clarifier les responsabilités des multiples intervenants.

La Cour formule ainsi les recommandations suivantes au ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles et à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie :

31. à partir de projections démographiques et de scénarios de prise en charge associant les départements, préciser les besoins liés au grand âge après 2030 ; en déduire une trajectoire de financement ;
 32. élaborer un cadre de gouvernance informatique de la branche (cartographie, stratégie de collecte, etc.) garantissant une remontée des données et leur partage entre les opérateurs concernés dans le cadre de la future convention d'objectifs et de gestion ;
 33. renforcer le rôle des agences régionales de santé dans la régulation des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes et l'attribution de leurs financements complémentaires (crédits disponibles en fin d'exercice et fonds de soutien) ;
 34. affecter au financement d'un panier-socle de prestations d'aide à l'autonomie à domicile, à définir, le montant actuel des concours versés par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie aux départements pour l'allocation personnalisée d'autonomie.
-

Chapitre XI

Les pharmacies d'officine : un modèle en mutation

PRÉSENTATION

Les pharmacies ont, en France, le monopole de la vente aux particuliers des produits de santé (médicaments et dispositifs médicaux). L'ouverture d'une officine, nécessairement par un pharmacien diplômé, est soumise à autorisation administrative, accordée en fonction d'un critère de population communale. L'essentiel des recettes des pharmacies est constitué par le remboursement, par l'assurance maladie, des médicaments dispensés à leurs clients. Ces principes contribuent à caractériser le modèle officinal français.

En 2017, la Cour des comptes a publié une analyse du coût de la distribution des médicaments, en portant une attention particulière au réseau officinal⁴⁹⁹. Elle concluait à un excès de densité des pharmacies dû à des niveaux de revenus élevés, permis par une rémunération trop favorable de la vente des médicaments génériques et par les avantages offerts par l'exploitation sous statut de sociétés d'exercice libéral. Elle attirait toutefois l'attention sur des risques de difficultés d'accès aux médicaments dans les zones rurales.

Depuis cette date, le modèle officinal a connu plusieurs évolutions.

Le réseau s'est éclairci, plus rapidement dans les zones rurales, matérialisant le risque relevé dans le rapport de 2017. La Cour a examiné les dispositifs récents qui visent à y remédier (I).

En parallèle, les missions des pharmaciens ont été étendues au-delà de la vente de médicaments, en réponse à la moindre disponibilité des médecins sur une grande partie du territoire. La pandémie de covid 19 a accéléré ce processus, conférant au pharmacien une place croissante dans le système de santé. Toutefois, les paramètres de la rémunération des officines n'évoluent que lentement au regard de ces changements de fond (II).

Plusieurs facteurs peuvent aujourd'hui fragiliser ce modèle officinal : l'évolution démographique défavorable des pharmaciens, une financiarisation du secteur insuffisamment régulée et certains manques de transparence dans les relations des pharmaciens avec leurs fournisseurs. Ces risques appellent la vigilance du Gouvernement et des autorités chargées de l'encadrement et du suivi de ce secteur (III).

⁴⁹⁹ Cour des comptes, « Le coût de la distribution des médicaments : une dépense importante, des gains d'efficience nécessaires », *rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, chapitre IX, septembre 2017.

Chiffres-clés

Au 1^{er} janvier 2024, la France comptait 20 502 officines, détenues par 25 301 pharmaciens titulaires (propriétaires ou copropriétaires), employant environ 91 900 salariés (28 873 pharmaciens-adjoints, salariés non titulaires, et près de 63 000 préparateurs).

Depuis 2007, 156 officines ferment en moyenne chaque année. Le phénomène s'est accéléré depuis 2015 (211 fermetures par an en moyenne).

Commerces de détail et acteurs du système de santé, les officines ont réalisé un chiffre d'affaires total de 45 Md€ en 2023, dont les trois quarts provenaient de la vente de médicaments remboursés. La rémunération des officines (marge sur médicaments et honoraires de prestations) représente plus de 4,5 Md€ dans le budget de l'assurance maladie.

Les pharmaciens ont administré 59 % des doses de la campagne antigrippale 2023-2024, réalisent plus de 2 000 dépistages d'angines et de cystites par jour et distribuent plus d'un million de tests de dépistage du cancer colorectal par an.

Le nombre de pharmaciens titulaires, qui exercent majoritairement en société d'exercice libéral (72,5 % des officines en 2023), diminue (- 6,2 % depuis 2018). Les pharmacies adhèrent, dans leur quasi-totalité (94 %), à des groupements d'officines qui leur apportent divers services.

L'activité de parapharmacie représente en moyenne 8 % du chiffre d'affaires des officines. Avec 842 sites en 2024 contre 486 en 2018, la vente en ligne (médicaments à prescription médicale facultative et parapharmacie) se développe.

I - L'évolution territoriale du réseau officinal : un accès aisé à préserver

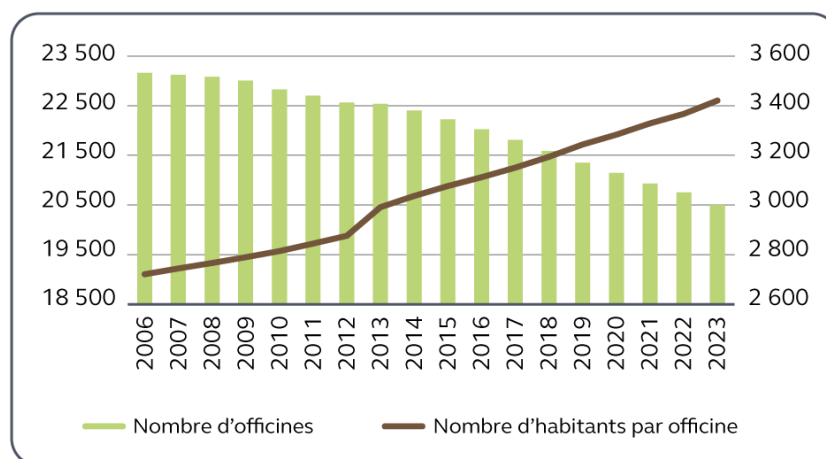
La France bénéficie d'un maillage officinal encore dense. Toutefois, des fermetures accrues dans les territoires ruraux depuis 2019 ont conduit les autorités à concevoir récemment des dispositifs correctifs.

A - Un maillage territorial encore équilibré malgré une érosion du nombre d'officines

Avec 30 officines pour 100 000 habitants, la densité de pharmacies en France se situe dans la moyenne des pays de l'OCDE (28) et de l'Union européenne (33). Elle est supérieure à celles de l'Allemagne (22), du Royaume-Uni (21) ou de la Suède (13). La répartition territoriale est bien corrélée au nombre d'habitants dans chaque bassin de vie⁵⁰⁰.

Le nombre d'officines, au plus haut en 2006 (23 162), a diminué depuis lors de plus de 10 % pour s'établir à 20 502 au 1^{er} janvier 2024, tandis que le nombre de patients par officine a augmenté de 26 %. De ce fait, quatorze États membres de l'Union européenne sont désormais mieux dotés que la France, alors qu'ils n'étaient que trois en 2007 (Grèce, Belgique, Espagne).

Graphique n° 33 : nombre d'officines et nombre d'habitants par officine par officine (2006-2023)



Source : Cour des comptes, à partir des données du Conseil national de l'ordre des pharmaciens

Le rythme annuel de fermetures a plus que doublé dans la période 2015-2023 (211 par an) par rapport à la période 2007-2014 (95 par an). Il a atteint son niveau maximal en 2023. La hausse des fermetures s'est poursuivie en 2024 avec 216 fermetures au 30 novembre et 58 en cours⁵⁰¹.

⁵⁰⁰ Les bassins de vie sont les plus petits territoires au sein desquels les habitants ont accès aux équipements et aux services les plus courants.

⁵⁰¹ Données issues du logiciel « Pharma SI » de télédéclaration par chaque pharmacie de son chiffre d'affaires et de son effectif à l'agence régionale de santé.

Ces fermetures peuvent être consécutives à des regroupements d'officines peu viables financièrement, en particulier dans des zones urbaines où de nombreuses pharmacies avaient été ouvertes à titre dérogatoire au cours des décennies antérieures. En effet, la licence nécessaire à l'ouverture d'une officine n'est accordée par le directeur général de l'agence régionale de santé (ARS)⁵⁰² que si la commune d'implantation compte un minimum de 2 500 habitants, pour une première pharmacie, et 4 500 habitants⁵⁰³ supplémentaires pour chaque pharmacie suivante. Cependant, jusqu'en 1999, les préfets pouvaient autoriser l'ouverture d'une officine sans respecter ces seuils de population. La Cour avait critiqué dans un rapport de 2008⁵⁰⁴ la pratique des dérogations et le surnombre d'officines qui en était la conséquence. Les conditions d'installation se sont progressivement durcies, rendant impossible toute installation dérogatoire à compter de 2008⁵⁰⁵.

À côté des regroupements, la proportion des fermetures du fait d'une absence de reprise (restitution de licence sans indemnisation) s'est accrue sensiblement au cours de la dernière décennie.

B - Une hausse des fermetures en zones rurales

Entre les périodes 2015-2019 et 2019-2021, le rythme annuel moyen des fermetures d'officines a presque quintuplé dans les bourgs ruraux⁵⁰⁶, alors qu'il a été multiplié par moins de deux dans les zones urbaines selon l'Insee. En conséquence, l'accès des patients aux officines se détériore. Stable de 2016 à 2019 (+ 0,9 %), le temps de trajet moyen pour les assurés a augmenté de près de 7 % de 2020 à 2023⁵⁰⁷. Après avoir peu progressé

⁵⁰² Ce cadre a été créé par l'article 37 de la loi du 11 septembre 1941 relative à l'exercice de la médecine et réformé pour la dernière fois par l'ordonnance n° 2018-3 du 3 janvier 2018 relative à l'adaptation des conditions de création, de transfert, de regroupement et de cession des officines de pharmacie.

⁵⁰³ Ces quotas pour l'ouverture d'une première officine sont portés à 3 500 habitants pour la Guyane et les départements de la Moselle, du Bas-Rhin et du Haut-Rhin. À Mayotte, le seuil est de 7 000 habitants recensés dans le « territoire de démocratie sanitaire » défini par l'ARS. Des critères qualitatifs sont aussi pris en compte (accessibilité, conformité des locaux).

⁵⁰⁴ Cour des comptes, « Les pharmacies d'officine et leurs titulaires libéraux », *rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, chapitre VI, 2008.

⁵⁰⁵ Loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle, art 39 ; LFSS pour 2008, art. 59.

⁵⁰⁶ L'Insee définit les territoires ruraux comme l'ensemble des communes les moins denses, en y associant d'autres critères, notamment le degré d'influence d'un pôle d'emploi. Cette notion permet de définir un *continuum* allant des territoires « à habitat dispersé » jusqu'aux espaces ruraux les plus urbanisés (bourgs).

⁵⁰⁷ Ce temps est passé de 6,1 à 6,5 minutes en moyenne ; cf. Insee, distancier « Metric ».

de 2016 à 2019 (+ 2,6 %), le nombre de communes pour lesquelles le temps d'accès (à pied ou en transport en commun en zone urbaine, en automobile en zone rurale) est supérieur à 15 minutes a augmenté de 18 % de 2020 à 2023. Ce phénomène ne concerne pas seulement la France : en Allemagne, la distance pour se rendre à une officine a augmenté de plus de 5 km pour plus de 2 millions de patients entre 2018 et 2023⁵⁰⁸.

Cette évolution du réseau peut être expliquée par une perte d'attractivité professionnelle de certaines officines rurales. Le pharmacien y est souvent seul, dans des officines de petite taille et sans véritable perspective de progression financière, surtout en cas d'absence de médecin à proximité. De fait, près de la moitié des pharmacies situées dans des zones à habitat dispersé ont un chiffre d'affaires inférieur à 1,1 M€, contre moins d'un quart dans les zones urbaines et moins d'une sur cinq dans les bourgs ruraux. L'impossibilité de financer, ou même d'attirer, un pharmacien-adjoint restreint l'amplitude des horaires d'ouverture ainsi que le chiffre d'affaires, et n'attire pas les potentiels repreneurs.

Les territoires ruraux à habitat dispersé sont d'autant moins propices au recrutement que la démographie professionnelle est plus tendue. Dans ces zones, les officines employaient 4,3 professionnels en moyenne en 2021, contre 6,3 dans les territoires urbains et 6 dans les bourgs ruraux⁵⁰⁹. Même dans les pharmacies dont le chiffre d'affaires est supérieur à 2,3 M€, l'effectif moyen est inférieur de 15 % à celui observé dans les zones urbaines.

La démographie des pharmaciens : un creux temporaire

Au 1^{er} janvier 2024, la France comptait 25 301 pharmaciens titulaires et 28 873 pharmaciens-adjoints, salariés non titulaires d'officines. Ces effectifs sont en légère baisse par rapport à janvier 2023. D'après France Travail, les pharmaciens font partie des dix métiers pour lesquels le recrutement est le plus difficile. Les cohortes devraient diminuer jusqu'en 2027, avant de repartir à la hausse⁵¹⁰.

⁵⁰⁸ Pharmacies allemandes, *Figures, Data, Facts*, 2024.

⁵⁰⁹ Effectif de salariés et de libéraux, comprenant les pharmaciens titulaires, les pharmaciens-adjoints et les préparateurs ; données de l'Insee (2021).

⁵¹⁰ Drees, « Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique ? Constat et projections démographiques », *Les dossiers de la Drees* n° 76, mars 2021.

En outre, la filière universitaire de pharmacie ne parvient pas à remplir toutes les places ouvertes dans les facultés⁵¹¹, même si ce phénomène semble en voie de s'atténuer (990 places vacantes en 2022, 434 en 2023, 198 en 2024⁵¹²) et s'il doit être rapproché de l'augmentation du nombre de places proposées (+ 8,3 % de 2020 à 2024).

Enfin, la part des titulaires d'officine ayant plus de 60 ans a augmenté de 2013 (15 %) à 2023 (21 %). Elle est plus faible en Allemagne (13,7 %). Le nombre de titulaires de moins de 35 ans stagne autour de 9 %.

La faible attractivité des officines rurales concerne aussi les étudiants. En cycle « officine », ils accomplissent un stage professionnel durant la sixième année de leurs études, au cours duquel ils reçoivent une indemnité mensuelle de 600 €. D'après une étude réalisée auprès de 1 067 officines, moins d'une sur quatre a déclaré accueillir des stagiaires et leur répartition est « *en général en défaveur des officines éloignées des villes universitaires* »⁵¹³. Ouverts aux étudiants en pharmacie depuis 2024⁵¹⁴, les contrats d'engagement de service public⁵¹⁵ pourront rendre ces territoires plus attractifs. Alors qu'une réforme du troisième cycle des études pharmaceutiques est à l'étude depuis 2016, la préservation d'un réseau dense nécessite d'améliorer les conditions de réalisation des stages dans les zones fragiles.

C - Des mesures peu pertinentes pour maintenir le maillage du territoire

Pour prévenir l'apparition de « déserts pharmaceutiques », deux dispositifs ont été récemment mis en œuvre, consistant à définir des « territoires fragiles » sous l'angle des officines et à expérimenter des antennes officinales, mais les aides aux officines sont accordées sans vision d'ensemble.

⁵¹¹ Cour des comptes, *L'accès aux études de santé - Quatre ans après la réforme une simplification indispensable*, communication à la commission des affaires sociales du Sénat, décembre 2024.

⁵¹² Source : direction générale de l'offre de soins (DGOS).

⁵¹³ Fédération des syndicats pharmaceutiques de France, *Attractivité de la branche de la pharmacie d'officine*, 10 février 2023.

⁵¹⁴ Loi n° 2023-1268 du 27 décembre 2023 visant à améliorer l'accès aux soins par l'engagement territorial des professionnels, art. 20.

⁵¹⁵ En contrepartie d'une allocation mensuelle de 1 200 € durant leurs études, les bénéficiaires s'engagent, pour deux ans au minimum, à exercer leurs fonctions dans une zone sous-dense.

1 - Les « territoires fragiles », un zonage inadapté à son objectif

Un décret et un arrêté ont été publiés en juillet 2024⁵¹⁶, visant à déterminer des territoires désignés comme fragiles. Le décret confie aux agences régionales de santé le soin de définir ces territoires en fonction de critères qu'il leur appartient de choisir⁵¹⁷, parmi quatre possibles. L'arrêté définit une proportion maximale de la population de chaque région pouvant être placée en territoires fragiles. Deux mesures sont associées à ce zonage :

- la possibilité pour l'assurance maladie d'octroyer une aide maximale de 20 000 € par an, renouvelable ; l'enveloppe s'élève au total à 20 M€ ;
- la possibilité d'ouvrir une officine, par voie de transfert ou de regroupement, dans les communes qui en sont dépourvues, contiguës de territoires fragiles comprenant au moins une commune d'au moins 2 000 habitants.

Mis en place tardivement⁵¹⁸, ce dispositif est complexe à déployer pour les ARS, la sélectivité attendue nécessitant de combiner plusieurs critères difficiles à articuler entre eux. En outre, la nature des difficultés que l'aide temporaire doit résoudre n'est pas précisée. Enfin, toutes les officines situées dans les territoires fragiles ne sont pas nécessairement en difficulté ni indispensables à l'accès aux médicaments.

Il serait plus pertinent de recenser les pharmacies fragiles et essentielles, par exemple situées dans des communes sans médecin, à plus de dix minutes d'autres officines, ou avec un seul titulaire âgé de plus de 60 ans. En novembre 2023⁵¹⁹, l'union régionale des pharmaciens d'Auvergne-Rhône-Alpes a dénombré 53 officines essentielles à partir de ces critères. Malgré son intérêt, cette méthode, ciblant des officines plutôt que des territoires, n'a pas été retenue par le ministère.

⁵¹⁶ Décret n° 2024-756 relatif aux conditions de détermination des territoires au sein desquels l'accès au médicament pour la population n'est pas assuré de manière satisfaisante et arrêté du 7 juillet 2024.

⁵¹⁷ Classement du territoire en zones sous-denses pour les médecins ; récurrence de la participation des officines au service de garde et d'urgence ; nombre de pharmacies exploitées par un seul pharmacien titulaire ; nombre de pharmacies exploitées par un seul pharmacien titulaire de plus de 65 ans.

⁵¹⁸ Ces textes ont été publiés plus de six ans après l'ordonnance du 3 janvier 2018 qui les rendait possibles et moins de trois mois après l'adoption par le Sénat de la proposition de loi n° 355 tendant à préserver l'accès aux pharmacies dans les communes rurales.

⁵¹⁹ Union régionale des pharmaciens d'Auvergne-Rhône-Alpes, *Étude exploratoire sur les pharmacies essentielles en Auvergne-Rhône-Alpes*, novembre 2023.

2 - L'antenne officinale, une expérimentation trop restreinte

En 2020, la loi a autorisé l'expérimentation d'antennes de pharmacies⁵²⁰ sur le fondement de l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2018. Elle consiste à permettre, dans les communes de moins de 2 500 habitants dont la dernière officine a fermé sans repreneur, la création d'une succursale par le pharmacien titulaire de l'officine la plus proche. Une antenne a été créée, en juillet 2024, à Cozzano, commune rurale corse de montagne dont la pharmacie avait fermé en 2019⁵²¹. Deux autres antennes sont en projet, en Occitanie et en Centre-Val de Loire. À ce jour, une dizaine d'antennes seulement sont envisagées d'ici à 2028. Le coût du dispositif⁵²², le manque de ressources humaines disponibles dans les pharmacies et la volonté limitée des professionnels de s'en saisir au regard des contraintes posées, réduisent la portée de cette expérimentation.

Le rapport des inspections générales des finances et des affaires sociales de 2016 sur la régulation du réseau officinal⁵²³ avait recommandé d'expérimenter plusieurs nouveaux vecteurs de dispensation du médicament, dont les antennes mais, aussi, les « pharma-bus » et la facilitation de la livraison à domicile. Il conviendrait que les agences régionales de santé soient autorisées à expérimenter, dans le cadre de l'article 51 de la LFSS pour 2018, des solutions plus variées d'accès aux médicaments, adaptées aux réalités territoriales.

3 - Des aides qui se multiplient, des règles d'installation à repenser

Comme les autres commerces, les pharmacies bénéficient des exonérations fiscales et sociales prévues par le dispositif « France ruralité revitalisation » (anciennes zones de revitalisation rurale). Depuis 2021, le nombre de pharmacies bénéficiant d'exonérations fiscales a augmenté de 27 %, atteignant 727 en 2024, pour un montant annuel moyen de 17,8 M€.

⁵²⁰ Loi n° 2020-1525 du 7 décembre 2020 d'accélération et de simplification de l'action publique (dite « loi ASAP ») et loi n° 2023-1268 du 27 décembre 2023 visant à améliorer l'accès aux soins par l'engagement territorial des professionnels.

⁵²¹ Limitée à la dispensation du médicament, l'antenne a accueilli 60 patients par jour en moyenne, un jour par semaine, durant les trois premiers mois de son activité.

⁵²² Durant trois ans, l'antenne corse est soutenue par le fonds pour l'innovation du système de santé (18 000 €) et par le fonds d'intervention régionale (56 500 €) ; la collectivité territoriale la soutient aussi (46 930 €).

⁵²³ Inspections générales des finances et des affaires sociales, *La régulation du réseau des pharmacies d'officine*, octobre 2016.

Les conseils régionaux peuvent ajouter leurs propres aides⁵²⁴. Les montants et les bénéficiaires de tous ces soutiens financiers ne sont que partiellement connus du ministère de la santé et de la caisse nationale d'assurance maladie (Cnam), en particulier s'agissant des exonérations sociales. La Cour n'a pas pu obtenir ces données. Ces aides financières se cumulent sans vision d'ensemble ni objectif précis sur le plan de la dispensation des produits de santé.

Le soutien aux territoires fragiles est, par ailleurs, peu coordonné avec les mesures bénéficiant aux zones de sous-densité médicale. Par exemple, l'ouverture des maisons de santé pluriprofessionnelles n'est soumise à aucun critère géographique alors que des pharmacies peuvent y être adossées. Le risque économique de leur création, pour les officines avoisinantes, n'est pas évalué.

Enfin, les règles d'installation sont de moins en moins adaptées au maintien du maillage officinal. Rigide, le critère de la population municipale est peu efficace pour évaluer l'accès des patients aux officines. Il est peu opérationnel pour les territoires urbains où l'échelle pertinente est celle du quartier⁵²⁵, comme pour les zones rurales dans lesquelles un déplacement entre différentes communes limitrophes en voiture est plus aisé. Il laisse, enfin, peu de marge de manœuvre aux pouvoirs publics pour organiser le réseau.

Sur le modèle d'autres États européens, un critère tel que le temps d'accès entre une nouvelle pharmacie et l'officine existante la plus proche⁵²⁶ pourrait être retenu, en prenant en compte la zone de chalandise desservie. Son adaptation aux territoires ruraux ou urbains serait possible. Certains États articulent utilement le critère de la distance entre la clientèle et l'officine avec celui du nombre de patients par pharmacie.

⁵²⁴ Le conseil régional d'Auvergne-Rhône-Alpes propose une aide à l'investissement des officines rurales pour un montant maximal de 30 000 €.

⁵²⁵ Code de la santé publique, art. L. 5132-3 : le directeur général de l'ARS peut utiliser la notion de quartier pour appuyer sa décision d'autoriser ou non l'installation ou le transfert d'une officine.

⁵²⁶ Entre 2000 et 2018, le code de la santé publique (art. L. 5125-6) permettait au directeur général de l'ARS (ou, avant 2010, au préfet) d'imposer une distance minimale entre l'emplacement de la future officine et celui de l'officine la plus proche. Cette faculté a été supprimée par l'ordonnance du 3 janvier 2018 relative à l'adaptation des conditions de création, transfert, regroupement et cession des officines de pharmacie.

II - L'extension du rôle du pharmacien pour améliorer l'accès aux soins

La rémunération officinale, historiquement fondée sur la vente de médicaments, est appelée à évoluer pour prendre en compte les nouvelles missions exercées par les pharmaciens depuis 2019.

A - Le poids toujours prédominant de la vente des médicaments remboursés dans l'activité des officines

L'assurance maladie s'est attachée depuis 2015 à faire évoluer les modes de financement des pharmacies pour mieux piloter la rémunération officinale. Le revenu des officines n'est aujourd'hui plus directement corrélé aux prix des médicaments remboursés.

1 - Des revenus officinaux dépendants de l'économie du médicament

En 2023, le chiffre d'affaires total des pharmacies a atteint 45 Md€, toutes taxes comprises, soit 2,2 M€ par officine en moyenne. Il provient à 72 % des remboursements de l'assurance maladie obligatoire, complétés, le cas échéant, par des assurances complémentaires, souvent des mutuelles, et par les dépenses restant à la charge des assurés. Les sources de données étant dispersées, la répartition entre prestations remboursées par l'assurance maladie, totalement ou en partie, et prestations entièrement à la charge des assurés ne peut être qu'estimée.

**Tableau n° 30 : composantes du chiffre d'affaires
du secteur officinal en 2023**

Prestations remboursées par l'assurance maladie	85 %	Prestations non remboursées	15 %
Vente de médicaments et honoraires associés	74,5 %	Vente de médicaments et de dispositifs médicaux	7 %
Vente de dispositifs médicaux (compresses, seringues, attelles...)	9,5 %		
Autres prestations (astreinte, vaccination, tests angines...)	0,5 %	Parapharmacie (nutrition, hygiène, beauté, cosmétique)	8 %
Covid (vaccins, tests)	0,5 %		

Sources : Cour des comptes, à partir des données de la Cnam pour les prestations remboursées, du Gers (Groupement d'intérêt économique pour l'élaboration et la réalisation de statistiques, créé par les industriels pharmaceutiques) pour les ventes en officine et de la direction générale des finances publiques (déclarations fiscales de 2023, entités soumises à l'impôt sur les sociétés et assujetties à la TVA à 2,1 %)

Le chiffre d'affaires, qui n'a que peu augmenté de 2015 à 2020, a crû de 5 % par an de 2020 à 2023. La poursuite de sa croissance en 2023, malgré le repli de la pandémie de covid 19⁵²⁷, a mis au jour des facteurs structurels d'augmentation.

Les médicaments onéreux ont assuré près d'un tiers de la hausse du chiffre d'affaires de 2021 à 2023, hors covid, bien qu'ils n'en représentent que 13 %⁵²⁸. Cette évolution, accentuée depuis 2018, s'accompagne depuis 2021 d'une reprise de l'augmentation du nombre de boîtes vendues, après la baisse régulière observée durant la décennie précédente. Ces deux évolutions compensent, depuis 2017, l'effet des baisses de prix des médicaments négociées par l'État auprès des fabricants⁵²⁹.

⁵²⁷ La pandémie a engendré un chiffre d'affaires de 2 Md€ en 2021 et en 2022.

⁵²⁸ Médicaments dont le prix fabricant hors taxes (PFHT) est supérieur à 1 930 € (source : Gers); par exemple, certains traitements anticancéreux, antiviraux, immunosuppresseurs, anciennement délivrés à l'hôpital uniquement.

⁵²⁹ Comité économique des produits de santé (CEPS), rapport d'activité 2022.

La marge réglementée des officines sur la vente des médicaments remboursés⁵³⁰ n'est pas proportionnelle au chiffre d'affaires ; ce dernier ne reflète donc pas le revenu des officines. L'Insee a montré que cette décorrélation est visible dans la marge commerciale du secteur : la différence entre le montant de l'ensemble des ventes et le coût des achats de marchandises s'est détériorée entre 2015 et 2020, malgré l'augmentation du chiffre d'affaires⁵³¹. L'activité liée à l'épidémie de covid a temporairement endigué cette dégradation en 2021 et en 2022. Elle s'observe de nouveau en 2023.

La performance économique globale du secteur demeure néanmoins satisfaisante, même si les disparités entre officines peuvent être sensibles. L'Insee relève ainsi que le redressement de l'excédent brut d'exploitation (EBE)⁵³² des officines, observé de 2019 à 2022, après une tendance baissière depuis 2015, a reposé sur les plus grosses d'entre elles, qui ont retrouvé leur rentabilité de 2015 durant la crise sanitaire, contrairement aux autres. Les déclarations fiscales font cependant apparaître un repli de la rentabilité du secteur en 2023⁵³³, plus marqué pour les officines urbaines. Cette contraction résulte des effets cumulés de la sortie de la pandémie, de l'augmentation des ventes de médicaments onéreux dont la marge est plafonnée et de l'inflation sur les salaires. En outre, la proportion d'officines dont les indicateurs de rentabilité sont très dégradés a augmenté par rapport à 2022⁵³⁴.

⁵³⁰ Une marge réglementée appliquée au prix du fabricant hors taxes détermine le prix de vente en officine des médicaments remboursés ; elle est proportionnelle au prix du fabricant jusqu'à un plafond (aucune marge n'est appliquée au-delà d'un prix de 1 930 €). Des règles et majorations spécifiques s'appliquent outre-mer.

⁵³¹ Selon l'Insee (base Esane), la valeur indiciaire de la marge commerciale, en euros courants, est passée de 100 à 95,5 entre 2015 et 2020, tandis que celle du chiffre d'affaires passait à 108,6.

⁵³² L'excédent brut d'exploitation prend en compte l'ensemble des revenus et des charges d'exploitation, y compris de personnel. Le ratio de l'EBE rapporté à la valeur ajoutée était en 2022 de 36,9 % pour les pharmacies, contre 30,7 % dans la catégorie plus générale du commerce de détail en magasins spécialisés selon l'Insee (base Esane).

⁵³³ Après une pointe au-delà de 10 % durant la pandémie (2021-2022), le taux d'EBE rapporté au chiffre d'affaires s'est établi en 2023 en-deçà de 8 %, alors que la moyenne était de 8,8 % entre 2015 et 2020.

⁵³⁴ 10 % des officines (soit le double des années précédentes) présentaient en 2023 un résultat nul ou déficitaire ; 7 % ont un EBE nul ou négatif, contre 5 % auparavant.

2 - Une hausse de la rémunération officinale provenant de l'assurance maladie, depuis 2019

La Cnam et les syndicats de la profession se sont accordés sur un indicateur de rémunération officinale, suivi depuis 2012, afin de piloter le revenu des officines dans le champ de leurs activités régulées. Cet indicateur associe les revenus issus de la vente des médicaments remboursés et ceux provenant de l'ensemble des prestations des pharmaciens financées par l'assurance maladie (information et conseil lors de la dispensation de produits de santé, astreintes, vaccination, dépistage, entretiens pharmaceutiques, etc.). Il inclut aussi les remises commerciales sur les médicaments génériques que les fabricants sont autorisés à octroyer aux officines. En revanche, il exclut d'autres remises accordées par les fournisseurs ainsi que la marge sur les dispositifs médicaux, qui ne sont pas connues de l'assurance maladie. Sur le fondement de cet indicateur, la Cnam a modifié les paramètres de la rémunération des officines⁵³⁵.

La marge réglementée perçue sur le prix de vente des médicaments a été progressivement réduite au profit de la création d'honoraires valorisant l'acte de dispensation par le pharmacien. Un tarif forfaitaire par boîte vendue⁵³⁶ a été créé en 2015 pour décorrélérer le revenu officinal du prix des médicaments. Il a été complété, en 2019, par un tarif forfaitaire à l'ordonnance⁵³⁷ afin de valoriser le rôle de conseil du pharmacien et de favoriser la délivrance des justes quantités de médicaments. D'autres éléments de rémunération se sont progressivement ajoutés *via* l'enveloppe forfaitaire de rémunération sur objectifs de santé publique⁵³⁸ ou *via* la création de tarifs à l'acte valorisant de nouvelles missions⁵³⁹ ; ceux-ci se sont élevés à 277 M€ en 2023, ce qui représente 4 % de la rémunération officinale.

⁵³⁵ Notamment à l'occasion des avenants de 2017 à la convention de 2012, et de 2024 à celle de 2022.

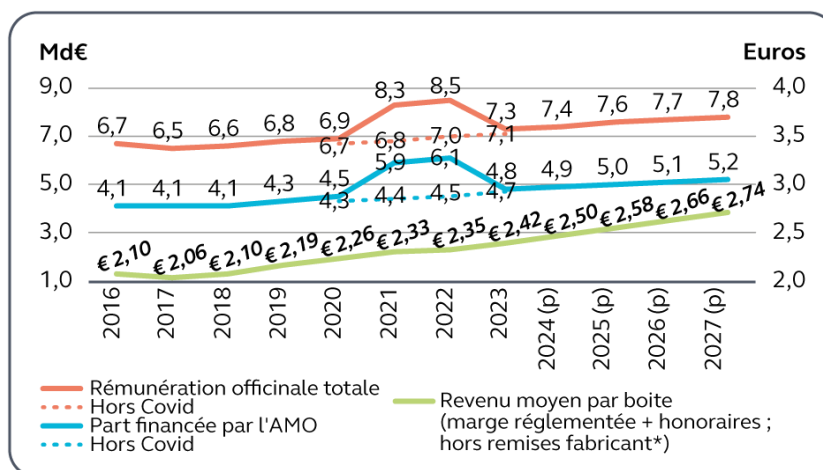
⁵³⁶ Tarif de 1,02 € par boîte délivrée, majoré si le conditionnement dépasse un mois de traitement.

⁵³⁷ Tarif de 0,61 € par ordonnance exécutée, majoré pour les ordonnances complexes ou comportant des médicaments spécifiques, ou concernant des patients de plus de 70 ans ou de moins de trois ans.

⁵³⁸ Les indicateurs portent sur le développement des outils et des échanges numériques, de l'exercice coordonné pour améliorer l'accès aux soins, et sur le bon usage des produits de santé (détection des ordonnances frauduleuses, substitution de génériques).

⁵³⁹ Honoraires pour la réalisation de tests ou la remise de lots de dépistage, la prescription et l'administration de vaccins, la réalisation d'entretiens pharmaceutiques, l'aide à la téléconsultation, l'activité d'astreinte en soirée, la nuit et en fin de semaine.

Graphique n° 34 : évolution de la rémunération officinale et de son coût pour l'assurance maladie (en Md€ constants)



* 1,1 Md€ de remises, au total, en 2023, soit un revenu complémentaire par boîte de 0,5 €
 Source : Cour des comptes, à partir des données de la Cnam, et du CEPS pour les remises

Ces nouveaux paramètres ont permis une croissance continue du revenu par boîte vendue depuis 2018, alors que le prix payé au fabricant a diminué. En outre, la pandémie de covid 19 a apporté aux officines un revenu exceptionnel de 3,4 Md€ sur la période 2020-2023, intégralement financé par l'assurance maladie.

En 2023, la rémunération officinale, hors covid, a ainsi atteint 7,1 Md€, dont 4,7 Md€ financés par l'assurance maladie⁵⁴⁰ ; 20 % de la dépense d'assurance maladie finançant les médicaments consommés en ville⁵⁴¹ est ainsi consacrée à la rémunération des officines qui en assurent la distribution.

L'évolution favorable de la rémunération officinale, appréciée globalement, masque cependant des disparités sensibles. La caisse nationale de l'assurance maladie observe ainsi que l'évolution depuis 2021 de la rémunération officinale, hors covid, a moins bénéficié aux officines rurales. Il appartient à l'observatoire de l'économie officinale, animé par la Cnam, de réaliser une analyse de la situation financière par type de pharmacies pour éclairer l'évolution du maillage territorial. Cette analyse devrait inclure l'ensemble des activités, y compris le champ non régulé (automédication, parapharmacie).

⁵⁴⁰ Le reste de la rémunération provient des remises des fabricants et de la prise en charge par les organismes complémentaires (ou, à défaut, d'un reste à charge pour le patient).

⁵⁴¹ Dépense estimée à 22 Md€, y compris remises et clause de sauvegarde, à partir du rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale (mai 2024).

B - Une offre de soins renforcée depuis la crise sanitaire

Les pharmaciens se sont saisis des nouvelles missions qui leur ont été confiées au sortir de la pandémie de covid 19, bien que leur exercice reste facultatif, contrairement à la dispensation des produits de santé⁵⁴². Des freins s'opposent toutefois au développement de certains services.

1 - Un déploiement sensible mais variable des nouvelles missions

La volonté de l'État de faire évoluer la place du pharmacien d'officine dans le système de santé s'est exprimée dans la loi en 2009⁵⁴³. Un rôle dans la prévention et dans les parcours de soins primaires, en coordination avec les autres professionnels de santé, lui est désormais reconnu. Le développement de ces missions est toutefois resté limité dans les accords conventionnels de 2012 entre la profession et l'assurance maladie, et s'est heurté à la réticence des médecins. Ce n'est qu'en 2019 que les pharmaciens ont été autorisés à vacciner leurs clients contre la grippe⁵⁴⁴.

La pandémie de covid a conduit, par nécessité, les pouvoirs publics à s'appuyer sur le réseau de proximité que constituent les officines, en autorisant le pharmacien, sous conditions, à dépister, à vacciner contre le virus et à renouveler des ordonnances⁵⁴⁵. L'extension de ses missions durant l'épidémie a modifié la perception de la profession par les usagers et a favorisé l'élargissement du rôle du pharmacien après la crise. L'accord conventionnel d'avril 2022 et son avenant de juin 2024, ainsi que la loi de financement de la sécurité sociale pour 2024, ont entériné ce virage, symbolisé par la possibilité donnée au pharmacien de délivrer directement un traitement en cas d'angine ou de cystite bactériennes⁵⁴⁶, après réalisation d'un test rapide d'orientation diagnostique.

⁵⁴² Code de la santé publique (CSP), art. L. 5125-1-1 A. et L. 1411-11.

⁵⁴³ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 (dite « hôpital, patients, santé, territoires »).

⁵⁴⁴ LFSS pour 2019 ; au sein de l'Union européenne, la vaccination officinale a été introduite en 2002 au Royaume-Uni et en 2007 au Portugal.

⁵⁴⁵ Loi n° 2020-290 du 23 mars 2020 d'urgence pour faire face à l'épidémie de covid 19 et loi n° 2020-856 du 9 juillet 2020 organisant la sortie de l'état d'urgence sanitaire.

⁵⁴⁶ Décret n° 2024-550 du 17 juin 2024 relatif à la délivrance sans ordonnance de certains médicaments, après réalisation d'un test rapide d'orientation diagnostique par les pharmaciens d'officine.

Les prestations qui s'insèrent facilement dans le fonctionnement des officines et qui permettent d'apporter une réponse immédiate à la demande spontanée des usagers connaissent un développement rapide : plus de 90 % des officines⁵⁴⁷ participent aux campagnes de vaccination saisonnière et, depuis 2023, prescrivent et administrent l'ensemble des vaccins recommandés par le calendrier vaccinal. Le pharmacien est devenu le premier professionnel vaccinateur, avec 59 % des doses administrées lors de la campagne antigrippale de 2023-2024 (17 % pour les infirmiers), tandis que les médecins assuraient près d'un vaccin sur deux en 2019⁵⁴⁸ ; 99 % des officines participent au dépistage du cancer colorectal et devaient remettre à leurs clients, en 2024, plus d'un million de lots de test, soit un tiers du total ; 2 200 tests pour une angine ou une cystite sont réalisés chaque jour en officine. Le pharmacien est alors conduit à délivrer des antibiotiques une fois sur deux, sans ordonnance médicale dans les deux tiers des cas⁵⁴⁹. Enfin, une officine sur quatre s'est équipée d'une cabine de téléconsultation, le pharmacien pouvant assister le médecin auprès du patient.

Les entretiens pharmaceutiques au profit des patients atteints de pathologies chroniques⁵⁵⁰ ont moins de succès : ils sont réalisés par moins de 12 % des officines et touchent moins de 1 % de la population cible. Consommateurs de temps, ils nécessitent l'adhésion du patient et une prise de rendez-vous, contraire aux habitudes de fréquentation des officines. En outre, malgré les efforts entrepris pour développer des outils numériques, leur diffusion et leur interopérabilité restent insuffisantes pour alléger la charge des entretiens et faciliter le partage d'informations avec les médecins. En revanche, l'entretien avec les femmes enceintes sur leur prise en charge médicamenteuse, confié en 2022 au pharmacien, repose sur un questionnaire simple et connaît un démarrage favorable (30 % des officines engagées). La participation du pharmacien aux bilans de prévention à certains âges clé, lancés en 2024, est la plus active derrière le médecin (un quart des bilans), même si elle ne concerne encore que 6 % des officines.

⁵⁴⁷ Cnam, relevé d'activité à fin octobre 2024 sur les nouvelles missions des officines.

⁵⁴⁸ Le développement rapide du rôle du pharmacien en matière de vaccination s'est appuyé sur sa capacité à proposer ce service immédiatement et sur place, puisqu'il dispose des stocks de vaccins, contrairement aux autres professionnels de santé.

⁵⁴⁹ Le pharmacien est rémunéré 10 € pour la réalisation d'un test rapide d'orientation diagnostique et 15 € si le résultat conduit à la délivrance d'un antibiotique sans ordonnance du médecin.

⁵⁵⁰ Introduits en 2012, ils visent à favoriser l'observance et limiter les effets indésirables (iatrogénie) des traitements ; ils concernent l'asthme, les traitements anti-coagulants et anti-cancéreux oraux et, depuis 2019, les bilans partagés de médication destinés aux patients de plus de 65 ans souffrant de pathologies multiples.

2 - Des freins à lever

Dans l'officine, le pharmacien a, seul, la compétence pour exercer la quasi-totalité des nouvelles missions⁵⁵¹. Sa disponibilité conditionne leur exercice aux côtés de la mission obligatoire de délivrance des médicaments. De ce fait, les pharmacies les plus petites et isolées sont celles qui ont le plus de difficulté à assurer ces nouvelles missions. Le pharmacien est aussi conduit à repenser l'organisation du travail et la délégation de tâches au sein de son officine, ce qui rend nécessaire une évolution des compétences et des parcours professionnels des préparateurs en pharmacie⁵⁵². Les locaux (espace de confidentialité, sanitaires) et les équipements nécessaires aux nouvelles missions exigent des investissements qui peuvent être difficiles à réaliser pour des raisons de capacité financière ou de configuration des locaux⁵⁵³. Le regroupement des plus petites pharmacies, en particulier dans les zones urbaines en surdensité officinale, est l'occasion de mutualiser leurs moyens.

Ces nouvelles missions exigent le renforcement de la collaboration entre professionnels de santé et des moyens de communication pour fluidifier leurs échanges d'informations. Or, selon les territoires, les protocoles de coopération permettant au médecin de déléguer des tâches au pharmacien ou les systèmes d'informations partagés, permettant de tracer les interventions de chaque professionnel au bénéfice d'un patient, sont l'objet d'un engagement variable. En outre, malgré les deux plans numériques du Ségur de la santé, l'interopérabilité du dossier médical partagé et du dossier pharmaceutique reste imparfaite, ce qui ne facilite ni l'intervention du pharmacien, ni un dialogue fluide avec les prescripteurs, notamment avec ceux de l'hôpital où l'usage des outils numériques n'est pas encore généralisé.

Par ailleurs, le dispositif du pharmacien correspondant qui permet à celui-ci, depuis 2012, de renouveler les traitements et d'adapter les posologies, reste méconnu⁵⁵⁴ tant des pharmaciens que des patients. Compte tenu de son potentiel pour l'amélioration du suivi des patients

⁵⁵¹ Les décrets n° 2024-1132 du 4 décembre 2024 et n° 2023-736 du 8 août 2023 autorisent la vaccination, respectivement, par les préparateurs en pharmacie et par les étudiants de troisième cycle en stage en officine.

⁵⁵² Les domaines de compétence listés dans les décrets n° 2023-564 du 5 juillet 2023 et n° 2024-855 du 31 juillet 2024 ne traitent pas des nouveaux services en officine.

⁵⁵³ Selon l'Insee, la surface moyenne des officines a augmenté de 11 % entre 2015 et 2021, avec un écart favorable aux bourgs ruraux par rapport aux zones urbaines.

⁵⁵⁴ Décret n° 2021-685 du 28 mai 2021 relatif au pharmacien correspondant ; seulement 60 pharmaciens correspondants en France en 2022 selon la direction de la sécurité sociale (DSS).

chroniques, ses conditions d'exercice doivent être assouplies⁵⁵⁵ au regard de l'évolution récente du droit commun. En effet, tout pharmacien peut désormais prolonger de trois mois la dispensation d'un traitement chronique non aigu, à l'échéance de l'ordonnance, à la seule condition d'en informer le médecin⁵⁵⁶.

D'autres évolutions législatives subissent un retard de mise en œuvre, telle l'expérimentation de la participation du pharmacien à la prévention du tabagisme par le remboursement de substituts nicotiniques dispensés sans ordonnance, prévue par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2022.

Enfin, malgré les actions conduites par l'assurance maladie, les nouvelles missions du pharmacien souffrent d'une trop faible notoriété auprès du public⁵⁵⁷ et d'un manque de lisibilité pour les autres professionnels de santé, traduisant une communication institutionnelle encore insuffisante.

C - Une transformation inachevée du modèle officinal

Le rôle du pharmacien pourrait être étendu pour améliorer l'accès aux soins et renforcer la maîtrise des dépenses de produits de santé, sous réserve d'évaluations précises. Ces évolutions devraient s'accompagner d'une mise en cohérence des modes de rémunération.

1 - Des compétences du pharmacien à mieux mobiliser au service du système de santé

Le rôle accru conféré au pharmacien a facilité l'accès à des soins de proximité. Certains résultats ont pu être observés à l'occasion de la crise sanitaire ou d'expérimentations. Ainsi, l'expérimentation de la vaccination antigrippale en officine a montré⁵⁵⁸ que celle-ci permettait de toucher une population plus diverse et de couvrir plus efficacement les zones rurales et celles manquant de médecins, de viser la population à risque sans accroître les événements indésirables et de réduire le coût des campagnes vaccinales⁵⁵⁹.

⁵⁵⁵ Limité aux zones sous-denses, le dispositif est conditionné par l'appartenance à une même structure d'exercice coordonné du pharmacien et du médecin traitant désignés par le patient, ainsi que par un accord explicite du médecin sur chaque ordonnance.

⁵⁵⁶ Décret n° 2024-1070 du 26 novembre 2024 relatif à la dispensation supplémentaire exceptionnelle de médicaments et de dispositifs médicaux dans le cadre d'un traitement chronique.

⁵⁵⁷ Sondage IFOP, *Les attentes des Français vis-à-vis des pharmaciens*, mai 2024.

⁵⁵⁸ Recommandation de la Haute Autorité de santé du 8 août 2018 ; rapport d'évaluation établi par le ministère de la santé et remis au Parlement (mars 2019).

⁵⁵⁹ L'acte de vaccination est rémunéré 7,50 € ; 12,60 € si le pharmacien est prescripteur.

De même, en 2022, l'évaluation intermédiaire de l'expérimentation *Orientation dans le système de soins* (Osys)⁵⁶⁰, démarrée en 2021 et toujours en cours, a mis en évidence des bénéfices probants. Ce dispositif permet d'éviter le recours inapproprié aux urgences ou, à l'inverse, à l'automédication, de libérer du temps médical et, s'agissant des angines et des cystites, de respecter les standards médicaux connus en matière de délivrance d'antibiotiques. La Cour a déjà invité à l'accélération de son évaluation en vue d'une possible généralisation⁵⁶¹. Malgré une entrée partielle dans le droit commun en 2024 (parcours angines et cystites), l'expérimentation, qui souffre d'une adhésion encore faible des médecins, a été prolongée jusqu'à fin 2025.

Il est regrettable que les autorités publiques n'aient pas encore engagé d'évaluation médico-économique permettant de mesurer les bénéfices que tire la population des nouvelles missions du pharmacien, les effets de ces nouvelles missions pour le système de santé, sur le plan de la prévention et des soins, et en termes de libération de temps médical⁵⁶². De telles évaluations permettraient d'éclairer les équilibres financiers à rechercher dans le cadre des négociations conventionnelles.

Les effets déjà observés ainsi que les évolutions engagées à l'étranger invitent à privilégier deux orientations, sous réserve des évaluations ou des expérimentations complémentaires qu'il serait nécessaire de conduire.

La première serait d'accroître le rôle du pharmacien dans la prise en charge des soins primaires et dans l'orientation des usagers du système de santé⁵⁶³. Au vu des résultats constatés dans Osys, les protocoles de délégation au pharmacien des parcours de soins concernés⁵⁶⁴ devraient être généralisés et ce dispositif pourrait être étendu à d'autres situations

⁵⁶⁰ Inspiré du dispositif suisse Netcare, le projet intègre le pharmacien aux parcours de soins de premier recours pour gérer les affections bénignes quand l'accès à un médecin est difficile, par référence à un protocole de prise en charge.

⁵⁶¹ Cour des comptes, « Expérimenter pour réformer l'organisation et la tarification des soins », *rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, chapitre IV, mai 2023.

⁵⁶² La Cnam suit le résultat de certaines actions des pharmaciens, telles l'évolution de la couverture vaccinale ou le nombre de tests de dépistage du cancer colorectal réalisés, selon leurs modalités de délivrance ; une évaluation de la réalisation des tests rapides d'orientation diagnostique en pharmacie est inscrite au programme d'étude de la Drees de 2025.

⁵⁶³ Le Royaume-Uni a lancé en 2024 le programme « *Pharmacy First* » qui permet l'orientation électronique prioritaire vers le pharmacien et la dispensation de médicaments sans ordonnance pour sept pathologies courantes.

⁵⁶⁴ Plaque simple, piqûre de tique, conjonctivite, brûlure du 1^{er} degré.

cliniques⁵⁶⁵. Le rôle du pharmacien dans la prévention pourrait être renforcé, grâce à sa participation plus systématique au dépistage précoce et au suivi des pathologies chroniques et des cancers⁵⁶⁶.

La seconde repose sur l'expertise du pharmacien dans l'usage des produits de santé, qui pourrait être davantage mobilisée, et sur sa capacité d'intervention auprès des prescripteurs, qui pourrait être développée. En particulier, la généralisation du bilan partagé de médication, destiné au suivi pharmaceutique des patients âgés polymédiqués⁵⁶⁷, permettrait de mieux réguler les volumes de traitements prescrits et délivrés en ville ainsi que l'usage des médicaments. Pour ce faire, la tenue du calendrier de déploiement de l'environnement numérique⁵⁶⁸ est indispensable. Il convient en outre de s'appuyer sur le « dispositif d'accompagnement à la prescription » récemment entré en vigueur⁵⁶⁹, qui prévoit que le médecin justifie expressément la prescription de certains médicaments pour permettre aux pharmaciens d'opérer des vérifications et de dispenser des informations aux patients. Enfin, le cadre d'exercice du pharmacien correspondant, évoqué précédemment, pourrait être élargi, s'agissant de la durée de renouvellement des traitements et des conditions d'adaptation des posologies, en s'inspirant des exemples étrangers (Québec, Belgique).

2 - Un mode de rémunération à mettre en cohérence avec la transformation du rôle du pharmacien

En cumulant la marge réglementée, les honoraires à la boîte et les remises des fabricants sur les génériques, le revenu des officines reste indexé aux trois quarts sur la quantité de médicaments vendus.

Cette proportion est contradictoire avec les objectifs de réduction de la consommation de médicaments. La rémunération officinale devrait s'appuyer sur des mécanismes incitatifs plus puissants, tels que ceux qui

⁵⁶⁵ Telles qu'urgences dentaires (expérimentations en cours), orgelet, herpès labial, eczéma, etc.

⁵⁶⁶ Telles que maladies cardiovasculaires, métaboliques, respiratoires, mélanomes.

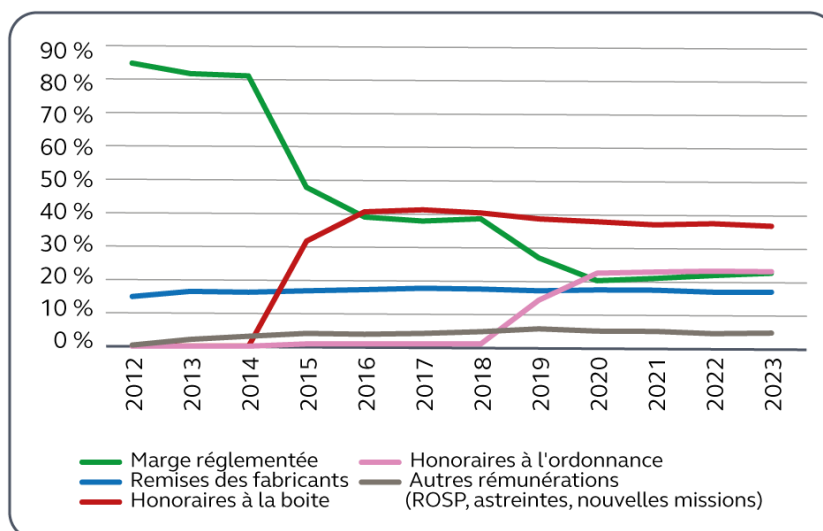
⁵⁶⁷ Pour être efficace, ce dispositif doit s'articuler avec les autres outils existants de rationalisation des traitements (consultation médicale en ville de « dé-prescription », contrôle des interactions médicamenteuses lors de séjours à l'hôpital).

⁵⁶⁸ En particulier, généralisation des ordonnances numériques et sécurisées, logiciels d'aides à la prescription et la dispensation.

⁵⁶⁹ Lois de financement de la sécurité sociale pour 2024 et 2025 ; arrêté du 10 janvier 2025 définissant les médicaments concernés par le dispositif d'accompagnement à la prescription.

ont été mis en place pour favoriser la substitution des médicaments⁵⁷⁰ : la marge du pharmacien est garantie en cas de vente d'un générique moins cher en substitution à un princeps, ou de remboursement au patient du princeps au prix du générique le plus cher⁵⁷¹. Ces dispositifs, ainsi que la possibilité de bénéficier de remises de la part des fournisseurs, ont été récemment étendus aux médicaments biosimilaires et hybrides, pour favoriser leur substitution par le pharmacien aux médicaments biologiques prescrits plus onéreux⁵⁷².

Graphique n° 35 : part des composantes de la rémunération officinale (%)



Source : Cour des comptes à partir des données de la Cnam (CEPS pour les remises fabricants)

⁵⁷⁰ La Cnam estime le coût de ces mesures à 70 M€ par an (60 M€ d'augmentation de marge et 10 M€ de rémunération sur objectifs de santé publique ciblant les molécules pour lesquelles la substitution offre le plus d'économie). Elle estime à environ 1,2 Md€ par an la dépense évitée par la consommation des médicaments génériques en substitution des princeps. Le niveau autorisé des remises sur les génériques, octroyées par les fabricants aux pharmaciens, contribue aussi à la réalisation de ces gains.

⁵⁷¹ Si le patient exige le princeps en dehors de toute mention de contre-indication à la substitution sur l'ordonnance, il ne lui est remboursé par l'assurance maladie obligatoire que par rapport au prix du générique correspondant le plus cher (LFSS pour 2020).

⁵⁷² Arrêté du 5 juillet 2024 (garantie de marge) et LFSS pour 2025 (possibilité de remises, l'arrêté encadrant leur niveau n'étant pas publié).

À coût constant pour l'assurance maladie, la rémunération officinale devrait être davantage orientée sur la valeur ajoutée de l'acte de dispensation, en faisant basculer la dominante de rémunération à la boîte vers celle des honoraires à l'ordonnance. Une meilleure prise en compte du service rendu au système de santé par les nouvelles missions du pharmacien, appuyée sur des évaluations médico-économiques, renforcerait l'attractivité de la profession⁵⁷³.

III - Des risques de fragilisation de l'officine et de perte d'indépendance du pharmacien

L'évolution des conditions d'exercice des pharmaciens s'est accélérée au cours des dernières années.

A - Des évolutions structurantes des conditions d'exercice

Les officines sont majoritairement organisées sous la forme de sociétés d'exercice libéral. Leur acquisition peut mobiliser de nouvelles modalités de financement, susceptibles d'altérer l'indépendance du pharmacien. Les règles relatives aux adjoints et aux salariés ne sont, en outre, plus en adéquation avec les besoins actuels du métier.

1 - La généralisation de l'exercice en société

La propriété des officines est réservée aux seuls pharmaciens diplômés⁵⁷⁴, à l'exclusion de tout autre professionnel de santé, principe lié à l'obligation déontologique d'indépendance⁵⁷⁵. L'exercice en société est quasi généralisé, celui en nom propre étant devenu très minoritaire.

⁵⁷³ À titre d'exemples, le pharmacien correspondant est rémunéré 1 € par an et par patient au sein de la rémunération sur objectifs de santé publique, quels que soient les actes réalisés ; les entretiens pharmaceutiques étaient, jusqu'au dernier avenant conventionnel de 2024, rémunérés de façon forfaitaire l'année suivant leur réalisation, limitant l'intérêt à agir du pharmacien.

⁵⁷⁴ Code de la santé publique, art. R. 5125-19 et R. 5125-24-2.

⁵⁷⁵ Code de la santé publique, art. R. 4235-3.

Tableau n° 31 : forme juridique des officines en 2023

<i>Forme juridique</i>	<i>Proportion d'officines</i>
<i>Exploitation en nom propre</i>	12,0 %
<i>Société en nom collectif</i>	3,8 %
<i>Société anonyme ou entreprise unipersonnelle à responsabilité limitée</i>	11,7 %
<i>Société d'exercice libéral</i>	72,5 %

Source : Cour des comptes d'après données du conseil national de l'ordre des pharmaciens

Cette évolution résulte de la volonté de mise en commun des compétences et de partage des risques, en réponse aux contraintes de la profession (nouvelles missions requérant une présence accrue au contact du patient, équilibre entre vie professionnelle et vie privée, investissement financier nécessaire à la reprise d'une officine et à l'installation).

La société d'exercice libéral (SEL)⁵⁷⁶, société civile à usage commercial, est devenue très majoritaire. Les pharmaciens titulaires exploitants doivent détenir plus de la moitié de son capital et des droits de vote. Les associés non exploitants doivent exercer l'activité de pharmacien ou, pendant un temps limité, être d'anciens associés ou des ayants-droit⁵⁷⁷. La possibilité pour les adjoints de participer au capital d'une officine remonte à 2016⁵⁷⁸. Depuis lors, un adjoint exerçant à titre exclusif son activité dans une pharmacie propriété d'une SEL peut détenir jusqu'à 10 % de son capital. Ce plafond pourrait être réévalué en fonction des besoins de la profession.

2 - Une place des pharmaciens-adjoints à repenser

La croissance du nombre d'adjoints parmi les pharmaciens (+ 4,9 % entre 2018 et 2023)⁵⁷⁹ s'explique par la moindre attractivité du statut de titulaire, source de contraintes, couplée à la réduction du nombre d'officines.

⁵⁷⁶ Loi n° 90-1258 du 31 décembre 1990 relative à l'exercice sous forme de sociétés des professions libérales soumises à un statut législatif ou réglementaire ou dont le titre est protégé et aux sociétés de participations financières de professions libérales et ordonnance n° 2023-77 du 8 février 2023 relative à l'exercice en société des professions libérales réglementées.

⁵⁷⁷ Une SEL exploitant une officine peut détenir des parts dans quatre autres SEL et un pharmacien titulaire peut détenir des participations dans quatre autres SEL.

⁵⁷⁸ Code de la santé publique, art. L. 5125-13.

⁵⁷⁹ Conseil national de l'ordre des pharmaciens, *Démographie des pharmaciens, Panorama 2023*.

Malgré la hausse de leur effectif moyen par officine (passé de 1,2 en 2013 à 1,4 en 2023), la règle relative au nombre d'adjoints dont les titulaires doivent se faire assister au regard de l'activité globale mesurée par le chiffre d'affaires (*a minima*, un équivalent temps plein par tranche révolue de 1,3 M€ hors taxe)⁵⁸⁰ n'est pas rigoureusement respectée. En outre, elle n'inclut pas de pondération appliquée à la parapharmacie, qui n'exige pas un niveau de présence et de conseil équivalent à celui de la délivrance de médicaments. Cette règle mériterait d'être revue.

3 - Le développement de nouveaux modes de financement

Le prix d'acquisition moyen d'une officine de plus de 1,2 M€ de chiffre d'affaires était estimé à 80 % de celui-ci par les analystes du secteur en 2023. Les titulaires qui souhaitent s'installer, en particulier les jeunes pharmaciens, disposent en général d'un apport personnel insuffisant. Ils recherchent donc des financements pour acquérir des parts d'une officine. En conséquence, le taux d'endettement des structures, rapportant leur dette à leurs capitaux propres, est élevé en début de reprise : il s'élève à 400 % durant les deux premières années. Il se réduit à 190 % à cinq ans puis à 90 % à 10 ans.

Certaines solutions de financement respectueuses de l'indépendance des professionnels sont développées par la profession et constituent des initiatives à poursuivre, comme le fonds InterPharmaciens par la caisse d'assurance vieillesse des pharmaciens depuis 2019⁵⁸¹.

Cependant, des apporteurs extérieurs, tels que des fonds d'investissement privés, proposent des financements en échange de contreparties qui peuvent altérer l'indépendance des pharmaciens, malgré les règles protectrices régissant la profession. Ces évolutions s'inscrivent dans un processus de financiarisation de l'offre de soins.

⁵⁸⁰ Arrêté du 21 février 2022 ; l'article 4 précise que « *Les pharmaciens titulaires associés, ou gérants, exerçant en équivalent temps plein au sein de l'officine, peuvent venir en déduction du nombre de pharmaciens adjoints [...]* ».

⁵⁸¹ Plafond de financement de 500 000 € ; 297 prêts octroyés pour 62 M€ au total, à des officines ayant un chiffre d'affaires moyen situé entre 1,3 et 2 M€.

La financiarisation de l'offre de soins

Le secteur de l'offre de soins (cliniques, établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, structures libérales de soins de ville) représente, aux yeux des investisseurs privés non professionnels de santé, un secteur attractif car bénéficiant d'une croissance continue et de financements publics garantis. La recherche d'un retour élevé sur investissement se traduit par leur influence grandissante dans la gouvernance et la gestion des structures de soins. Ces exigences, conjuguées à une concentration de l'offre, caractérisent la financiarisation⁵⁸².

Ainsi, les obligations convertibles en action qui constituent des « accélérateurs d'apport », peuvent représenter des solutions séduisantes aux yeux de jeunes pharmaciens titulaires – parfois démarchés dès l'université – désireux d'acquérir les parts d'une officine. Émises par une société d'exercice libéral et souscrites par un fonds d'investissement, elles octroient un financement à l'officine tout en ouvrant à l'investisseur une possibilité d'accès à son capital *via* un mécanisme de conversion en actions⁵⁸³ défini dans le contrat obligataire. De telles conditions contractuelles sont assorties de primes de non-conversion et de taux d'intérêts élevés, de 8 à 10 %. Certaines obligations convertibles en actions incluent des clauses léonines orientant la stratégie commerciale du pharmacien vers les segments les plus rentables, en contradiction avec l'obligation d'indépendance attachée à la profession.

Le développement de la société d'exercice libéral par actions simplifiée⁵⁸⁴, qui offre une liberté contractuelle porteuse de risque pour l'indépendance du pharmacien majoritaire, appelle tout particulièrement à la vigilance.

⁵⁸² Cf. notamment le rapport d'information du Sénat sur la financiarisation de l'offre de soins, septembre 2024, et les rapports *Charges et produits* pour 2024 et pour 2025 de la Cnam. Une mission conjointe de l'inspection générale des affaires sociales et de l'inspection générale des finances a été lancée sur ce sujet en 2024.

⁵⁸³ À ce jour, le mécanisme de conversion ne peut pas être mis en œuvre du fait des règles de détention du capital des officines ; les primes de non-conversion sont censées compenser cette impossibilité.

⁵⁸⁴ D'après Pharma SI, 2 % des sociétés d'exercice libéral étaient des sociétés par actions simplifiée au 30 novembre 2024.

La progression de la financiarisation du secteur officinal rend nécessaires la mise en place, à court terme, d'une surveillance plus rigoureuse et l'établissement de garde-fous plus protecteurs. Les initiatives prises en ce sens n'ont pas produit de résultat concret à ce jour⁵⁸⁵.

Le code de la santé publique impose aux pharmaciens exerçant en société de communiquer à l'ordre des pharmaciens, dans un délai d'un mois, les statuts de la société et les conventions relatives à son fonctionnement, aux rapports entre associés, ou entre associés et intervenants concourant au financement de l'officine⁵⁸⁶. Toutefois, cette règle n'est pas toujours respectée. La bonne obtention des pièces, leur contrôle *a priori* et la sanction des violations de la réglementation sont indispensables. Des leçons pour le secteur officinal pourraient être tirées des décisions du Conseil d'État concernant l'indépendance des vétérinaires⁵⁸⁷.

B - Des bouleversements économiques en cours

Pour de grandes officines urbaines adhérant à des groupements, la parapharmacie représente un facteur de croissance favorisé par le développement de la vente en ligne, qui concerne aussi les médicaments à prescription facultative.

1 - La parapharmacie, partie intégrante du modèle économique des officines

La parapharmacie a une acception variable. Elle désigne les produits d'hygiène et de beauté mais aussi, selon les interlocuteurs, les compléments alimentaires, la nutrition et parfois l'automédication (médicaments à prescription facultative). Les instances du secteur n'assurent pas de suivi de ce segment d'activité. Selon des analyses commerciales⁵⁸⁸, les ventes en officine ont augmenté de 9 % de 2022 à 2023 pour les compléments alimentaires, et de 14 % pour la dermocosmétique.

La parapharmacie, au sens large, représente une activité dynamique pour les grandes officines urbaines et pour celles installées dans les centres commerciaux. La stratégie de certains fonds d'investissements, évoquée

⁵⁸⁵ Groupes de travail réunissant notamment les tutelles, l'ordre, les syndicats, la caisse d'assurance vieillesse des pharmaciens.

⁵⁸⁶ Code de la santé publique, art. L. 4221-19.

⁵⁸⁷ Quatre décisions du 10 juillet 2023 ont précisé les conséquences du principe d'indépendance sur l'exercice en société des vétérinaires.

⁵⁸⁸ Gers, bilan 2023.

supra, renforce cette tendance, de même que l'approche volontariste de certains groupements, parfois conjuguée à des méthodes de la grande distribution⁵⁸⁹.

2 - Une adhésion généralisée à des groupements multiformes

La quasi-totalité des officines (94 % en 2023 contre 80 % en 2016) adhère à des groupements (au nombre d'une centaine, rassemblant d'une dizaine à un millier d'adhérents)⁵⁹⁰ qui proposent des prestations de service portant sur les achats, la logistique, le marketing, l'agencement (rayons de parapharmacie, cabines de téléconsultation, robotisation), l'audit, la qualité, la communication ou la formation professionnelle des équipes. L'adhésion de l'officine suppose le versement d'une cotisation⁵⁹¹ dont le montant dépend des services choisis.

Les caractéristiques des groupements d'officine

La typologie des groupements est variée : réseaux de grossistes-répartiteurs, groupements privés, coopératives ou structures de regroupement à l'achat⁵⁹². Leurs statuts sont divers, sociétés, associations ou coopératives. Quatre grands blocs sont identifiables : groupements ou réseaux nationaux (plus de cent officines adhérentes et présence dans plus de six régions), réseaux à présence nationale (couverture nationale et moins de six régions ou cent pharmacies), groupements régionaux (plus de cinquante adhérents et présence dans une ou plusieurs régions) ou locaux (présence dans un ou plusieurs départements).

Aucune supervision du rôle des groupements n'est opérée par les acteurs du secteur officinal. En outre, des fonds de capital-investissement peuvent être actionnaires de certains groupements, contribuant à la financiarisation du secteur. Cette évolution devrait susciter la vigilance des autorités, ce qui n'est pas le cas à ce jour.

⁵⁸⁹ Via les marques de distributeurs des enseignes (30 % d'officines sont sous enseigne, selon la direction générale des entreprises et l'étude Xerfi *Les Pharmacies*, 2024).

⁵⁹⁰ Selon les données de la chambre syndicale des groupements et enseignes Federgy et de la direction générale des entreprises.

⁵⁹¹ Fourchette de 50 à 500 € mensuels, selon Federgy. L'adhésion peut s'accompagner de l'affiliation à une enseigne.

⁵⁹² Elles permettent aux officines de grouper leurs achats auprès de l'industrie pharmaceutique pour bénéficier de tarifs plus attractifs (code de la santé publique, art. D. 5125-24-1).

3 - Le développement de la vente en ligne

En France, depuis l'ordonnance du 19 décembre 2012⁵⁹³, la vente en ligne de médicaments est possible mais seulement par des pharmaciens et uniquement pour les médicaments à prescription médicale facultative. Le site internet doit être rattaché à une officine physique et être géré par celle-ci. Certains pays européens sont plus souples, autorisant la vente en ligne de médicaments à prescription obligatoire⁵⁹⁴. En France, des dispositions strictes s'ajoutent : le lieu de stockage doit être situé à proximité de l'officine⁵⁹⁵ et l'exploitation du site, incluant la gestion des stocks et des colis, n'est possible que par celle-ci.

Le nombre de sites est encore limité mais en croissance régulière (842 recensés en 2024⁵⁹⁶ contre 573 en 2019). Les sites commercialisent principalement des produits de parapharmacie (représentant entre 45 et 70 % de leur chiffre d'affaires pour les plus importants) et, dans une moindre mesure, des médicaments à prescription médicale facultative. Les principaux sites réalisent un chiffre d'affaires annuel en ligne allant de 4,5 à 15 M€.

La Cour souligne la vigilance que nécessiterait une éventuelle extension du champ de la vente en ligne aux médicaments à prescription médicale obligatoire. Outre les impératifs de sécurité du circuit du médicament, cette évolution serait difficilement compatible avec le rôle croissant confié au pharmacien dans l'offre de santé de proximité. Elle pourrait aussi fragiliser davantage le réseau.

C - Une régulation insuffisamment coordonnée

Les autorités de régulation peinent à obtenir la transparence sur les remises commerciales accordées par les fournisseurs et les avantages reçus par le pharmacien, et à articuler son rôle avec celui des autres professionnels de santé.

⁵⁹³ Ordonnance relative au renforcement de la sécurité de la chaîne d'approvisionnement des médicaments, à l'encadrement de la vente de médicaments sur internet et à la lutte contre la falsification de médicaments, transposition de la directive 2011/62/UE du 8 juin 2011.

⁵⁹⁴ Royaume-Uni et Pays-Bas, avec autorisation de création d'acteurs spécialisés ; Allemagne, Portugal, Suède et Danemark, si existence d'une officine physique.

⁵⁹⁵ Conseil d'État, décision n° 407289 du 26 mars 2018.

⁵⁹⁶ Les sites internet doivent être autorisés par les agences régionales de santé et sont recensés par le conseil national de l'ordre des pharmaciens.

1 - Des mécanismes de remises peu transparents

Les officines sont liées aux laboratoires et aux grossistes-répartiteurs par un mécanisme de remises commerciales accordées par ces derniers, qualifiées souvent de marges arrière, encadrées par voie réglementaire⁵⁹⁷. L'assurance maladie rembourse les médicaments par référence au prix public, sans prise en compte de ces remises. Seules les remises sur les ventes de génériques (d'un montant total de 1,1 Md€ par an en moyenne) sont soumises à une déclaration obligatoire des industriels auprès du comité économique des produits de santé. Les autres types de remises ne sont pas déclarées⁵⁹⁸. Il importe que ces remises soient connues pour que l'assurance maladie les prenne en compte dans la rémunération officinale.

2 - Un contrôle des règles déontologiques à poursuivre

Des contrôles réalisés par la direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes ont mis au jour des avantages octroyés massivement de manière illégale, ces dernières années, par des fournisseurs à des pharmaciens d'officine⁵⁹⁹. Ces derniers sont soumis à un dispositif d'encadrement des avantages octroyés aux professionnels de santé, dit « anti-cadeaux », dont les modalités ont été renforcées depuis 2020⁶⁰⁰. Le principe général est l'interdiction de recevoir des avantages en nature ou en espèces procurés par des entreprises assurant des prestations de santé ou assurant la commercialisation de produits de santé. La convention qui prévoit un avantage doit être soumise à l'ordre des pharmaciens. En fonction de son montant, elle doit faire l'objet d'une déclaration ou d'une demande d'autorisation, que l'ordre peut accorder ou refuser⁶⁰¹.

⁵⁹⁷ Code de la santé publique, art. L. 138-9, et arrêté du 22 août 2014 fixant les plafonds de remises, ristournes et autres avantages commerciaux et financiers assimilés prévus à cet article : le droit de remise s'applique aux princeps dans la limite de 2,5 % du prix fabricant hors taxes, mais aussi aux génériques dans la limite de 40 % du prix fabricant hors taxes.

⁵⁹⁸ Remises complémentaires sur les ventes de médicaments princeps ou de dispositifs médicaux consenties par les laboratoires ou les grossistes-répartiteurs (leur montant a été estimé par la direction de la sécurité sociale à 0,8 Md€ en 2019, sans donnée plus récente), et remises sur les médicaments biosimilaires et hybrides.

⁵⁹⁹ Tels que des cadeaux octroyés par un laboratoire pour 55 M€ entre 2015 et 2021 à 8 700 officines (condamné à l'issue de poursuites pénales).

⁶⁰⁰ Code de la santé publique, art. L. 1453-3 à L. 1454-10.

⁶⁰¹ En 2023, 17 108 dossiers ont été examinés dont 80 % de déclarations ; 1 731 recommandations (804 en 2022) et cinq refus (comme en 2022) ont été émis.

3 - Une coordination à renforcer avec les autres professions de santé

Le secteur officinal souffre d'un pilotage et d'un suivi trop peu coordonnés entre ses différentes parties prenantes. Les données et les champs d'expertise détenus par les nombreuses autorités associées à sa régulation, dans les domaines de la santé et du commerce, doivent être davantage partagés.

Par ailleurs, la place nouvelle du pharmacien parmi les différents professionnels de santé, au titre des délégations de tâches de la part des médecins (sages-femmes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes...) ou de leurs nouvelles missions, n'est pas clairement définie dans une vision d'ensemble. Les équilibres à respecter en matière de cadre d'exercice, de partage des rôles et de modalités de rémunération des professionnels⁶⁰² restent à déterminer.

Le manque de systèmes d'information partagés ne facilite pas la collaboration entre l'ensemble de ces professionnels et leur coopération avec le médecin. Enfin, l'articulation des missions des médecins et des pharmaciens nécessite un dialogue approfondi entre les organisations professionnelles⁶⁰³, actuellement peu vivant.

⁶⁰² Par exemple, les missions du pharmacien correspondant pourraient se rapprocher de celles de l'infirmier référent, défini par le décret n° 2024-620 du 27 juin 2024, au cadre moins contraignant car non conditionné par un exercice coordonné.

⁶⁰³ Ordres professionnels, conseils nationaux professionnels, unions régionales de professionnels de santé, communautés professionnelles territoriales de santé.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Maillons essentiels du système de santé, les pharmacies d'officines connaissent de nombreuses transformations dont le pilotage par les pouvoirs publics est dispersé et hésitant. Ainsi, les dispositifs censés pallier la raréfaction des officines rurales, moins attractives, sont trop complexes et leurs effets sont incertains.

La crise sanitaire a accéléré le déploiement de nouvelles missions confiées au pharmacien mais ce mouvement, qui repose sur des évaluations insuffisantes, ne s'accompagne pas d'une évolution cohérente des modes de rémunération des pharmacies. Certains risques doivent être mieux contrôlés par les autorités, telles la financiarisation croissante du secteur ou l'éventuelle extension du champ de la vente en ligne.

La place des pharmaciens par rapport aux autres professions de santé devrait, enfin, s'inscrire dans une vision d'ensemble mieux définie.

À l'aune de ces constats, la Cour formule six recommandations :

35. *remplacer la notion de « territoires fragiles » par la détermination d'officines fragiles essentielles à l'accès aux médicaments (ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles) ;*
 36. *évaluer l'expérimentation « Osys », de prise en charge en officine d'affections bénignes, dans un calendrier compatible avec sa possible généralisation dès janvier 2026 (ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles) ;*
 37. *fonder la rémunération officinale de la délivrance de médicaments sur l'acte de dispensation au patient, indépendamment du nombre de boîtes vendues (caisse nationale d'assurance maladie) ;*
 38. *intégrer l'ensemble des remises sur les médicaments accordées par les fournisseurs, et les marges sur les dispositifs médicaux, dans la rémunération officinale (ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles, caisse nationale d'assurance maladie) ;*
 39. *réviser le statut de pharmacien-adjoint en matière de détention du capital et d'effectif minimal par officine (ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles, conseil national de l'ordre des pharmaciens) ;*
 40. *soumettre la validité juridique des actes contractuels déterminant l'installation d'un pharmacien à leur approbation préalable par l'ordre des pharmaciens (ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles, conseil national de l'ordre des pharmaciens).*
-

Chapitre XII

**Le service public des pensions
alimentaires : une montée en charge
rapide, une qualité de service
en deçà des attentes**

PRÉSENTATION

En cas de séparation d'un couple avec enfant(s), un juge aux affaires familiales ou les deux parents peuvent décider que l'un des parents verse à l'autre chaque mois une contribution financière, dite « pension alimentaire », au titre de la participation à l'entretien et à l'éducation des enfants.

Au regard des difficultés rencontrées, souvent par des mères de famille, pour obtenir le paiement des pensions alimentaires, le Gouvernement a progressivement mis en place un « service public des pensions alimentaires ». Ce nouveau service public, annoncé en 2014 et créé en 2017, est géré par l'Agence de recouvrement et d'intermédiation des pensions alimentaires (Aripa)⁶⁰⁴ qui s'appuie, pour exercer sa mission, sur le réseau des caisses d'allocations familiales (CAF) et de la Mutualité sociale agricole (MSA).

Ces caisses versaient déjà, depuis 1984, une allocation de soutien familial aux parents élevant seuls leurs enfants et procédaient, en cas de non versement de la pension alimentaire par le parent débiteur, au recouvrement des impayés de pension, lorsque le parent créancier en faisait la demande.

La nouveauté du service public des pensions alimentaires consiste à faire automatiquement recouvrer les pensions alimentaires par les CAF et la MSA pour les reverser aux parents créanciers, même en l'absence d'impayés, sauf opposition des deux parents à cette « intermédiation ». Initialement limitée aux cas de violences intra-familiales, celle-ci a été généralisée à partir de mars 2022 et est devenue la solution par défaut dans tous les cas de séparation, le 1^{er} janvier 2023.

La généralisation de l'intermédiation financière à toutes les séparations, décidée cinq ans seulement après la création de l'Aripa, a suscité de fortes contraintes opérationnelles pour la branche famille du régime général, la MSA et le ministère de la justice.

La Cour a examiné les conditions et les effets du déploiement du service public des pensions alimentaires (I). Elle a évalué la performance de gestion de l'Aripa, en portant une attention particulière à la qualité du service rendu aux parents séparés (II).

⁶⁰⁴ L'agence a été créée sous le nom d'« Agence de recouvrement des impayés de pensions alimentaires » et est devenue l'Agence de recouvrement et d'intermédiation des pensions alimentaires en 2021.

Chiffres-clés 2024

En 2024, les caisses d'allocations familiales et la mutualité sociale agricole ont versé 3,25 Md€ au titre de l'allocation de soutien familial (ASF) aux parents isolés, aux parents percevant une pension alimentaire dont le montant n'atteint pas celui de l'ASF⁶⁰⁵ et aux parents créanciers en attente du recouvrement d'arriérés de pensions impayées ou confrontés à un parent débiteur incapable de remplir ses obligations.

La même année, l'Agence de recouvrement et d'intermédiation des pensions alimentaires a recouvré 295 M€ d'impayés, auprès de parents débiteurs d'arriérés de pensions alimentaires non versées, pour le compte de 138 597 parents créanciers, au travers d'opérations de recouvrement amiable ou forcé.

Indépendamment d'arriérés de pensions à recouvrer, elle a également assuré l'intermédiation de 294 M€ de pensions alimentaires, reversées à 131 816 parents.

I - Un dispositif déployé rapidement, insuffisamment piloté par les pouvoirs publics

Le service public des pensions alimentaires renforce un dispositif public porté de longue date par le régime général et par la mutualité sociale agricole (MSA) pour aider les parents créanciers devant faire face à des impayés de pension alimentaire. Son déploiement à un rythme soutenu, durant la dernière décennie, ne s'est pas accompagné de la mise en place et du recueil des informations nécessaires à son évaluation et à son pilotage par les pouvoirs publics.

Principales modalités de fixation de la pension alimentaire

L'article 371-2 du code civil dispose que « chacun des parents contribue à l'entretien et à l'éducation des enfants à proportion de ses ressources, de celles de l'autre parent, ainsi que des besoins de l'enfant ». La fixation de cette contribution est au cœur du règlement des séparations de parents ayant des enfants à charge, quel que soit le type de séparation (divorce devant un juge, divorce par consentement mutuel, rupture d'un pacte civil de solidarité (Pacs) ou rupture d'union libre).

⁶⁰⁵ Son montant mensuel a été porté à 195,86 € par enfant en avril 2024.

La partie de cette contribution due en espèces, appelée pension alimentaire⁶⁰⁶, peut être fixée par le juge aux affaires familiales ou déterminée par une convention signée par les parents qui se séparent qu'elle soit, ou non, déposée au rang des minutes d'un notaire.

La pension est exigible dès lors qu'un juge, un notaire ou l'Agence de recouvrement et d'intermédiation des pensions alimentaires (Aripa) lui a conféré force exécutoire. Depuis sa création, l'Aripa est chargée de revaloriser annuellement le montant des pensions intermédiées sur la base de l'indice des prix à la consommation. Elle n'a, en revanche, pas compétence pour en réviser le montant initial⁶⁰⁷.

A - Un déploiement qui s'est précipité à partir de 2017

L'accroissement du nombre de familles monoparentales, aux revenus souvent modestes, a accentué les enjeux du versement régulier des pensions alimentaires. En réponse, un service public des pensions alimentaires a été déployé rapidement, par étapes successives, à partir de 2017.

1 - Un élargissement du rôle des CAF et de la MSA

a) Un rôle ancien auprès des parents créanciers

Les CAF et la MSA se sont vu confier un rôle central dans le soutien aux familles monoparentales et aux victimes d'impayés de pension alimentaire dès 1984. Depuis cette date, elles versent une allocation de soutien familial (ASF), sans condition de ressources, aux parents qui assument seuls la charge d'un enfant, que l'autre parent soit décédé, qu'il n'ait pas reconnu l'enfant ou qu'il ait été déclaré hors d'état de verser une pension alimentaire.

En outre, les CAF et la MSA interviennent depuis 1984 dans la relation entre les parents séparés dans les cas où le parent débiteur ne verse pas régulièrement et à bonne échéance la pension alimentaire dont il doit s'acquitter. À la demande du parent créancier, elles mettent alors en œuvre une procédure de recouvrement des impayés de pension alimentaire. La récupération des montants dus par le parent débiteur s'opère, dans un premier temps, au travers d'une procédure amiable, puis par un recouvrement forcé qui prend le plus souvent la forme d'une saisie sur salaire ou sur compte bancaire.

⁶⁰⁶ Les contributions en nature à l'entretien et à l'éducation de l'enfant, ainsi que la prestation compensatoire éventuellement versée à l'ex-conjoint n'entrent pas dans le champ de l'intermédiation financière des pensions alimentaires.

⁶⁰⁷ Décision du Conseil constitutionnel n° 2019-778 DC du 21 mars 2019.

Jusqu'au recouvrement de l'impayé, les CAF et la MSA ne versent pas la pension alimentaire au parent créancier, mais une allocation de soutien familial (ASF) qui est alors dite recouvrable, car elle tient lieu d'avance sur créance alimentaire. Le montant de cette avance est déduit des arriérés de pension reversés au parent créancier lorsque ces arriérés sont récupérés auprès du parent débiteur.

b) La création d'un service public des pensions alimentaires

En 2014, la ministre des droits des femmes avait annoncé la mise en place d'un « *nouveau service public qui proposera [...] une garantie contre les impayés de pension alimentaire* », dans un contexte marqué par le besoin croissant de lutter contre la précarité financière des familles monoparentales.

Le nombre de ces familles avait commencé à progresser, passant de 12 % des familles accueillant au moins un enfant mineur en 1990 à 21 % en 2010. Les familles monoparentales sont, par ailleurs, particulièrement touchées par la pauvreté : 82 % d'entre elles sont aujourd'hui encore constituées de mères vivant seules avec leurs enfants ; 45 % de ces enfants vivent sous le seuil de pauvreté, contre 21 % pour l'ensemble des enfants.

Dès lors, le versement à bonne échéance de la pension alimentaire constitue un enjeu financier majeur pour contribuer au maintien du niveau de vie des enfants après une séparation. Or, selon une enquête réalisée par le ministère de la justice en 2014, qui n'a pas été actualisée depuis, 26 % des parents créanciers avaient connu des incidents de paiement et 11 % n'avaient toujours pas reçu la pension due, deux ans après le divorce.

Une garantie contre les impayés de pension alimentaire a donc été expérimentée à partir de 2014, puis généralisée en janvier 2016. Contrairement à ce que son nom pouvait laisser supposer, elle n'offrait pas de véritable garantie de versement de la pension alimentaire, mais elle a permis aux CAF et à la MSA de recouvrer des arriérés de pensions impayées sur des périodes plus longues. Elle a également conduit à la création de l'allocation de soutien familial (ASF) dite complémentaire, égale à la différence entre le montant de la pension alimentaire versée et celui de l'ASF, lorsque ce dernier est plus élevé.

2 - Une extension rapide du dispositif à partir de 2017

a) La création d'une agence jouant un rôle d'interface entre les parents séparés

Une nouvelle étape a été franchie lorsque le président de la République a annoncé le 8 mars 2016 la création d'une agence de recouvrement des impayés de pension alimentaire (Aripa) visant à « *sortir les familles monoparentales des situations de précarité* ».

Cette agence, créée le 1^{er} janvier 2017⁶⁰⁸ sous la forme d'un service de la Cnaf sans personnalité morale, s'appuie sur le réseau des CAF et de la MSA pour gérer un dispositif d'intermédiation financière des pensions alimentaires entre les deux parents, qui introduit deux nouveautés :

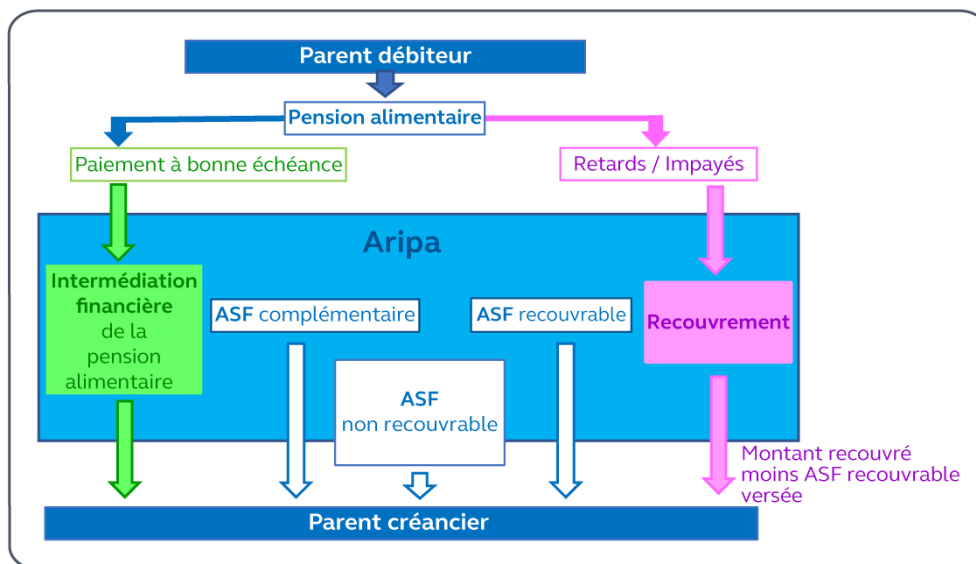
- en cas de violences conjugales et sur décision du juge, le parent débiteur verse la pension à la CAF ou à la MSA, qui la reverse au parent créancier ;
- en cas d'impayé, le régime en vigueur avant la création de l'Aripa est élargi, puisque les CAF et la MSA mettent en œuvre une procédure de recouvrement visant le parent débiteur, même si l'ensemble des voies de recours n'a pas été épuisé par le parent créancier.

Les caisses gestionnaires continuent de verser au parent créancier l'ASF recouvrable, dans l'attente de la récupération des arriérés de pension⁶⁰⁹.

⁶⁰⁸ Loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017.

⁶⁰⁹ Au sein du régime général, lorsque l'ASF est non recouvrable, elle n'est gérée par l'Aripa que dans deux cas particuliers : lorsque la pension alimentaire fait l'objet d'un titre exécutoire et en cas d'accord de gré à gré passé entre CAF. En revanche, à la MSA, l'ASF non recouvrable est intégrée au périmètre d'intervention de l'Aripa.

Schéma n° 6 : les principales missions de l'Aripa



Source : Cour des comptes

b) Une généralisation progressive de l'intermédiation financière

Les conditions d'accès à l'intermédiation financière ont été encore élargies en 2020, à la demande d'un seul des deux parents en cas d'impayés de pension, puis même en l'absence d'impayés.

Il était attendu de ces réformes⁶¹⁰ une réduction des impayés de pension alimentaire, une intervention plus systématique des organismes sociaux pour le recouvrement des impayés⁶¹¹ et une incitation des parents débiteurs à s'acquitter de leurs obligations. L'accélération des versements en cas d'impayé de pension devait réduire les occasions de tensions entre les ex-conjoints liées aux flux financiers, en particulier en cas de violences intra-familiales.

Toutefois, le dispositif n'a pas rencontré le succès escompté. L'Aripa n'avait reçu, au 15 juillet 2021, que 37 600 demandes d'intermédiation, soit près de trois fois moins qu'attendu⁶¹². En réponse à une demande émanant,

⁶¹⁰ Circulaire CIV/01/22 du directeur des affaires civiles et du sceau du ministère de la justice, 28 février 2022.

⁶¹¹ En 2016, seuls 15 % des parents victimes d'impayés avaient recours à l'aide au recouvrement proposée par les Caf et la MSA.

⁶¹² Rapport de la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2022, tome II, page 440.

notamment, des mères de familles monoparentales⁶¹³ dans le cadre du grand débat national consécutif au mouvement des gilets jaunes, l'intermédiation financière a ensuite été généralisée à toutes les séparations comme le montre le tableau suivant.

Tableau n° 32 : principales étapes de la généralisation de l'intermédiation financière (2017-2023)

	Janvier 2017	Octobre 2020	Janvier 2021	Mars 2022	Janvier 2023
<i>Conditions d'accès à l'intermédiation</i>	En cas de violences conjugales*	En cas d'impayés**	Même sans impayé**	Dans tous les cas de divorce***	Pour toutes les séparations***

* sur décision du juge

** à la demande d'un des parents

*** sauf choix contraire des deux parents

Source : Cour des comptes

La lutte contre les impayés de pension alimentaire est ainsi devenue en 2023 une politique prioritaire du Gouvernement, faisant l'objet d'un pilotage particulier. Tous les parents qui se séparent à compter de cette date sont réputés opter pour l'intermédiation financière de la pension alimentaire, qui est donc automatiquement mise en place. Le législateur a toutefois assorti cette disposition d'une possibilité pour les ex-conjoints d'en refuser le bénéfice d'un commun accord (clause dite d'*opt-out*, exclue en cas de violences intra-familiales), afin de conserver ouverte la voie d'un versement direct entre les parties.

Ce dispositif est à maints égards plus proche de celui instauré il y a plus de vingt ans au Québec, qui l'a inspiré, que de celui en vigueur au Royaume-Uni.

⁶¹³ Était demandée la mise en place d'une « agence publique de "tiers payant" pour les pensions alimentaires, à l'image de ce qui se fait au Québec », Rapport de la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2022.

L'intermédiation financière des pensions alimentaires au Québec et au Royaume-Uni

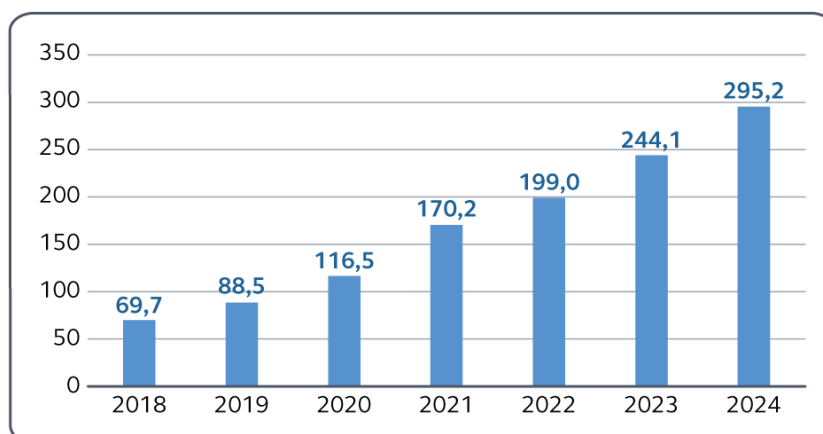
Au Québec, l'intermédiation financière, instaurée par une loi de 1995, prévoit le prélèvement à la source, par l'administration fiscale, du montant de la pension et son reversement au parent créancier. Un versement direct entre les deux parents reste possible si ceux-ci en sont d'accord, le juge s'assurant du caractère libre et éclairé de leur décision. En contrepartie de cette intervention large de la puissance publique en matière de recouvrement, il n'existe ni prestation sociale spécifique aux familles monoparentales ni garantie de versement de la pension en cas d'impayé.

Au Royaume-Uni, la *Child Support Agency*, créée en 1993, fixait le montant de la pension alimentaire en cas de désaccord entre les parents et assurait un service d'intermédiation financière gratuit si l'un des deux parents en faisait la demande. Coûteux pour les finances publiques, ce service a été supprimé en 2012. Successeur de l'agence précitée, le *Child Maintenance Service* encourage les parents à fixer à l'amiable le montant de la pension alimentaire. En cas d'échec, il en fixe le montant et leur facture l'intermédiation financière s'ils y ont recours, pour un montant égal à 20 % du montant de la pension pour le parent débiteur et 4 % pour le parent créancier.

c) Une activité qui a crû rapidement dès sa généralisation

Les montants d'impayés recouverts par l'Aripa ont connu une croissance rapide depuis la création de l'agence, comme le montre le graphique suivant.

**Graphique n° 36 : montants d'impayés recouverts
sur la période 2018-2024 (en M€)**



Source : Cour des comptes, d'après données Cnaf

Le nombre de demandes d'intermédiation adressées à l'Aripa par le biais des greffes des tribunaux, des avocats, des notaires ou directement par les parents a également fortement augmenté avec la généralisation de l'intermédiation financière en janvier 2023, pour atteindre 127 404 en 2024.

Toutefois, le nombre de pensions intermédiées ou de prestations d'ASF recouvrable versées au titre de l'avance sur créance alimentaire, n'atteignait que 274 367 en décembre 2024, pour un objectif fixé par les pouvoirs publics à 350 000.

B - Un manque de données préjudiciable au pilotage du dispositif

La création d'un service public des pensions alimentaires apportait une réponse publique à un phénomène – des taux d'impayés de pension élevés – mal connu depuis l'origine. Plus de sept ans après la mise en place de ce service, la pauvreté persistante de l'appareil statistique ne permet pas de disposer des données utiles à son pilotage.

1 - Une réponse publique à un besoin mal mesuré

a) Une méconnaissance persistante du nombre de séparations

Le nombre annuel de divorces, connu au moment de la création de l'Aripa⁶¹⁴, ne l'est plus aujourd'hui.

La loi du 18 novembre 2016, qui permet aux ex-conjoints et à leurs avocats de signer une convention de divorce par consentement mutuel, déposée au rang des minutes d'un notaire sans qu'un juge soit saisi⁶¹⁵, n'a pas prévu de système de collecte statistique concernant ces séparations⁶¹⁶. L'Insee et le ministère de la justice ont tenté de pallier cette difficulté en s'appuyant sur le fait que les informations relatives aux divorces doivent remonter aux communes de mariage. Cette collecte d'information, qui a commencé en janvier 2023 avec le déploiement des nouveaux bulletins d'état civil, s'est toutefois avérée peu concluante du fait du très faible taux d'inscription des mentions de divorce en marge des actes de mariage.

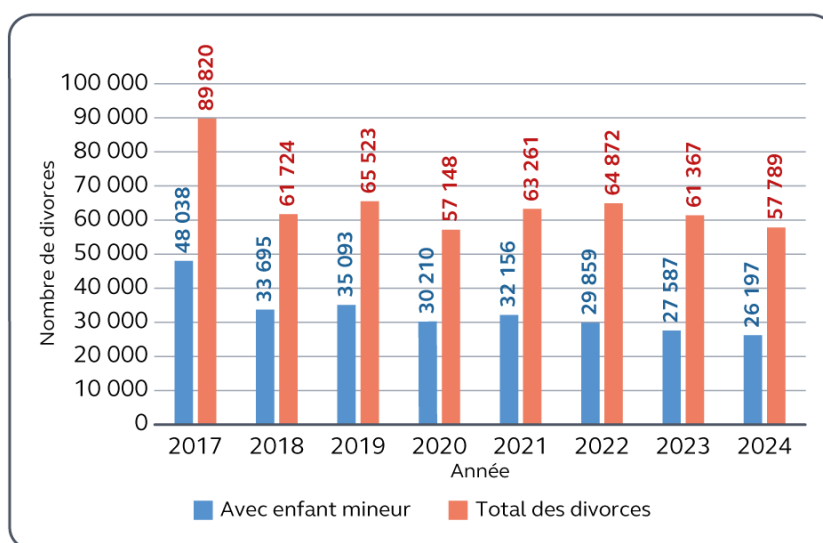
⁶¹⁴ Ministère de la justice, *Références Statistiques Justice*, 2016.

⁶¹⁵ Art. 229-1 du code civil.

⁶¹⁶ Des enquêtes ont été réalisées par le Conseil supérieur du notariat en 2019, 2020 et 2021, dont les taux de réponse n'étaient que d'environ 20 %.

Concernant les divorces prononcés par un juge, la réforme de la procédure entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2021⁶¹⁷ a conduit le ministère de la justice à ne plus les comptabiliser. Ce décompte a repris en 2024 à la suite d'échanges avec la Cour et a fait l'objet d'une mise à jour pour les années 2021 à 2023. Les données en sont les suivantes⁶¹⁸ :

Graphique n° 37 : évolution du nombre de divorces prononcés par un juge



Source : Cour des comptes d'après les données du ministère de la justice

Qu'elles interviennent devant un officier d'état civil ou un notaire, les dissolutions de Pacs⁶¹⁹ font l'objet de remontées régulières en direction de l'Insee. L'institut considère toutefois qu'il ne dispose pas des effectifs nécessaires pour vérifier la qualité de ces informations ni en assurer le traitement statistique.

Les dissolutions intervenant par acte notarié lui parviennent *via* un registre dématérialisé. Un dispositif de même nature est actuellement à l'étude, à l'initiative du ministère de la justice et des représentants des notaires, pour les divorces par consentement mutuel. Il serait souhaitable que ce projet soit mené à bien dans les meilleurs délais.

⁶¹⁷ Loi n° 2019-222 du 23 mars 2019 de programmation 2018-2022 et de réforme pour la justice.

⁶¹⁸ La forte baisse du nombre de divorces prononcés par un juge en 2018 reflète celle du nombre de divorces par consentement mutuel intervenus devant un juge, passés de 33 356 en 2017 à 279 en 2018.

⁶¹⁹ Les Pacs peuvent être conclus devant un notaire ou un officier d'état civil et sont dissous devant la même autorité.

Enfin, le nombre de ruptures d'unions libres n'est pas connu. Une étude de l'Insee⁶²⁰ estimait que 210 000 enfants mineurs avaient été concernés chaque année entre 2011 et 2014, soit plus que pour les divorces (149 000) ou les ruptures de Pacs (20 000). Une nouvelle vague de l'enquête Familles, programmée en 2025 soit près de 15 ans après la précédente, devrait permettre d'actualiser ces informations.

b) Une absence de données sur les impayés de pension malgré des alertes répétées

Quel que soit le type de séparation (divorce, rupture de Pacs ou d'union libre), aucune collecte statistique n'est opérée concernant le nombre et le montant des pensions alimentaires, y compris dans le cas des divorces prononcés par un juge, pour lesquels les montants de pension ne sont pas saisis dans le système d'information de la justice.

La part des parents créanciers victimes d'impayés de pension a fait l'objet d'estimations à partir d'enquêtes ou de données administratives, qui varient entre 25 % et 40 %⁶²¹. Le montant des impayés de pension demeure inconnu, faute d'outil statistique adapté.

La généralisation de l'intermédiation financière a donc été décidée en 2022 alors que la connaissance de l'ampleur du phénomène d'impayés qu'elle visait à combattre, et celle du nombre de pensions susceptibles d'être intermédiées, demeuraient lacunaires, en dépit des constats de carence portés sur ce point depuis de nombreuses années.

La Cour relevait déjà en 2010, à l'occasion d'une enquête sur les aides aux familles monoparentales⁶²², le manque de données sur les pensions alimentaires et leur paiement effectif, et recommandait de développer le suivi de celles fixées par les tribunaux.

⁶²⁰ Vianney Costemalle, *Formations et ruptures d'unions : quelles sont les spécificités des unions libres ?* Insee Références, 2017.

⁶²¹ Cf. Raphaël Lardeux, « Un quart des parents non gardiens solvables ne déclarent pas verser de pension alimentaire à la suite d'une rupture de Pacs ou d'un divorce », *Drees Études et Résultats* n° 1179, 2021 ; Bruno Jeandidier, Cécile Bourreau-Dubois et Julie Mansuy, « Séparation parentale avant les quatre ans de l'enfant ELFE et complétude de la mise en œuvre de l'obligation alimentaire par le parent débiteur », HAL n° hal-03437613, 2021 ; Benoît Ceroux et Marion Manier, *Les parents formalisent-ils la prise en charge de leurs enfants ? Une analyse quantitative des expériences de mères récemment séparées*, Informations Sociales, n° 207, Cnaf, 2022.

⁶²² Cour des comptes, « Les aides publiques apportées aux familles monoparentales », *rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, chapitre XVI, 2010.

Ces constats ont été réitérés et élargis depuis, par plusieurs institutions⁶²³, dont le Conseil national de l'information statistique (Cnis). La plupart des trente recommandations formulées dans son rapport⁶²⁴ publié en 2016 n'ont pas été mises en œuvre.

2 - Une politique prioritaire souffrant d'un manque de pilotage stratégique

Bien que la lutte contre les impayés de pension alimentaire compte parmi les politiques prioritaires du Gouvernement, l'unique indicateur de suivi de l'intermédiation financière est le nombre de pensions « *versées ou avancées par l'intermédiaire de l'Aripa* », ce qui inclut l'ASF recouvrable versée à titre d'avance sur créance alimentaire. Selon le baromètre des résultats de l'action publique⁶²⁵, l'objectif fixé par le Gouvernement de 520 000 pensions versées ou avancées chaque mois d'ici décembre 2026 était atteint à hauteur de 50,6 % (262 000) au 1^{er} janvier 2025.

Il est toutefois impossible d'apprécier ce que représente cet objectif par rapport à l'ensemble des séparations ayant donné lieu à la fixation d'une pension alimentaire. Le nombre de parents ayant renoncé à l'intermédiation, au bénéfice d'un versement direct de la pension alimentaire par le débiteur au créancier, demeure inconnu et il n'est pas possible de s'assurer que l'ensemble des parents n'ayant pas renoncé à l'intermédiation est bien couvert par le dispositif.

À ce jour, le pilotage de l'Aripa ne repose que sur des indicateurs d'activité, tels que le nombre de dossiers d'intermédiation financière et l'évolution du taux de recouvrement, sans indicateurs de performance du dispositif nécessaires à un pilotage stratégique.

Comme relevé plus haut, le caractère lacunaire de la statistique publique empêche en effet d'apprécier la contribution de cette agence à la réduction des impayés de pension alimentaire, qui figure pourtant au premier rang de ses objectifs et des bénéfices attendus de l'intermédiation financière.

⁶²³ Cf. Haut conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge, *Les ruptures familiales : état des lieux et propositions*, 2014 ; *Les ruptures de couples avec enfants mineurs*, 2020 ; François Auvigne et al., *Création d'une agence de recouvrement des impayés de pension alimentaire*, rapport des inspections générales des finances, des affaires sociales, et des services judiciaires, septembre 2016.

⁶²⁴ Claude Thélot, Cécile Bourreau-Dubois et Christine Chambaz, *Les ruptures familiales et leurs conséquences : trente recommandations pour en améliorer la connaissance*, Cnis, 2016.

⁶²⁵ <https://www.info.gouv.fr/politiques-prioritaires/batir-de-nouveaux-progres-et-refonder-nos-services-publics/lutter-contre-les-impayes-de-pensions-alimentaires>

Afin de renforcer le pilotage stratégique du service public des pensions alimentaires, la collecte des informations statistiques relatives aux séparations, aux pensions alimentaires et aux montants d'impayés doit être organisée.

II - Une mise en œuvre à parachever, une qualité de service à améliorer

Le bon fonctionnement du service public des pensions alimentaires suppose une coordination étroite entre ses différents acteurs, qui doit encore progresser. Sa montée en puissance dans des délais contraints continue d'affecter la performance de gestion de l'Aripa et la qualité du service rendu aux bénéficiaires de l'intermédiation financière.

A - Des partenariats inaboutis, des points qui restent à trancher

Le fonctionnement de l'Aripa repose sur une collaboration étroite entre le réseau des Caf et celui de la MSA, mais aussi sur des partenariats avec les acteurs de la justice, qui sont fragilisés par des difficultés techniques, alors que des décisions structurantes restent en attente d'arbitrage.

1 - Une agence adossée à la branche famille et à la MSA

Service national mutualisé inter-régimes, l'Aripa ne dispose pas de la personnalité morale et n'a pas d'existence réglementaire puisque les textes instaurant l'intermédiation financière des pensions alimentaires ne visent que les « *organismes débiteurs des prestations familiales* ». Elle est placée à la Cnaf, sous l'autorité de la directrice générale déléguée chargée du réseau.

Sur le plan opérationnel, l'agence s'appuie sur les services et le réseau de la Cnaf et sur ceux de la caisse centrale de la mutualité sociale agricole⁶²⁶. Elle est adossée à 24 Caf et à une caisse de MSA⁶²⁷ dites « caisses pivots », qui agissent au service de leurs propres allocataires et instruisent les dossiers des allocataires des caisses qui leur sont rattachées, appelées « caisses participantes ».

⁶²⁶ Une convention cadre du 1^{er} mars 2021 organise la collaboration entre la Cnaf et la CCMSA.

⁶²⁷ La caisse de MSA Sud-Champagne prend en charge les dossiers des parents créanciers affiliés au régime agricole, même si ce n'est pas le cas du parent débiteur.

Actuellement, les Caf participantes sont, chacune, chargées du traitement comptable des opérations d'encaissement et de reversement des pensions alimentaires, ainsi que du recouvrement des impayés concernant leurs propres affiliés. À la MSA, la caisse pivot gère seulement l'affectation comptable des encaissements.

Au cours de l'année 2026, ce système devrait évoluer, au sein de la branche famille du régime général, avec la spécialisation de quatre caisses pivots⁶²⁸ dans l'encaissement et le paiement des pensions, grâce à la création de « comptes bancaires uniques ». Ce développement devrait alléger la charge des services comptables des caisses participantes.

Enfin, dans le régime général, la situation des parents séparés dont l'un réside à l'étranger requiert l'intervention d'une Caf spécialisée, située dans l'Ain, et d'un service du ministère de l'Europe et des affaires étrangères.

**La gestion des impayés de pension
lorsque l'un des parents réside à l'étranger**

Le ministère de l'Europe et des affaires étrangères est chargé du recouvrement des pensions alimentaires si l'un des parents réside dans un pays ayant signé la convention de New York du 20 juin 1956, la convention de La Haye du 23 novembre 2007 ou dans lequel le règlement communautaire 4/2009 du 18 décembre 2008 est applicable.

Si le parent créancier réside en France et le parent débiteur à l'étranger, le ministère reçoit le dossier préparé par la Caf de l'Ain ou la caisse de la MSA Sud-Champagne pour le compte de l'Aripa et saisit l'autorité centrale du pays étranger, qui met en place la procédure de recouvrement en application de son droit national.

Si le parent créancier réside à l'étranger et le parent débiteur en France, le ministère recherche un paiement volontaire de la créance par le parent débiteur. À défaut, il met en œuvre une procédure judiciaire dont l'exécution est confiée à un commissaire de justice.

Les dossiers transmis par l'Aripa représentaient environ 10 % des dossiers de recouvrement de pensions alimentaires traités par le ministère de l'Europe et des affaires étrangères, soit 197 dossiers actifs au printemps 2024. Le reste concernait des demandes de recouvrement directement adressées au ministère par les parents créanciers ou par des autorités centrales étrangères.

⁶²⁸ Les Caf du Morbihan, de Haute-Garonne, du Pas-de-Calais et du Puy-de-Dôme.

2 - Des partenariats encore fragiles avec les acteurs du monde de la justice

a) La mise en place du portail Justice de l'Aripa

Partenaires de premier rang de l'Aripa, les greffes des tribunaux, les avocats et les notaires informent de la procédure d'intermédiation financière les parents ayant engagé une procédure de divorce devant un juge, un divorce par consentement mutuel, une dissolution de Pacs ou une rupture d'union libre – quand ils en ont connaissance. Ils doivent transmettre à l'Aripa les informations nécessaires à l'instruction des dossiers d'intermédiation financière.

L'accélération du déploiement de l'intermédiation, à partir de 2021, a entraîné une forte augmentation de ces transmissions, passées en moyenne de 100 par mois jusqu'à la fin de 2021 à 9 206 par mois en 2024.

L'essentiel de ces transmissions est le fait des greffes des tribunaux. Les notaires sont en effet rarement sollicités pour la fixation des pensions alimentaires et renvoient, lorsque c'est le cas, leurs clients vers des avocats. Ces derniers ne sont à l'origine que d'un très faible nombre de demandes d'intermédiation financière (19 sur les 8 917 demandes transmises à l'Aripa par des professionnels de la justice en novembre 2024), dans la mesure où leurs clients choisissent le plus souvent le versement direct de la pension (*opt-out*).

La croissance du nombre de dossiers en provenance des greffes des tribunaux a justifié le développement, par la Cnaf, d'un « portail Justice » sur le site de l'Aripa. Depuis le 1^{er} janvier 2021, les greffes sont tenus d'y saisir la décision du juge, dans un délai de sept jours à compter de son prononcé⁶²⁹, avant de la notifier aux parties par lettre recommandée. Dans les six semaines suivant cette notification, il leur revient d'adresser à l'Aripa un extrait exécutoire de la décision de justice contenant les informations indispensables à la mise en place de l'intermédiation financière.

Les avocats doivent également saisir sur le portail les informations concernant leurs clients lorsque ceux-ci ont fait le choix de l'intermédiation financière.

Si l'apport de ce portail est largement reconnu⁶³⁰, certaines difficultés techniques associées à son utilisation demeurent.

⁶²⁹ Art. 1074-4 du code de procédure civile.

⁶³⁰ Ministère de la justice, *Rapport sur la mise en œuvre au sein des juridictions de l'intermédiation financière des pensions alimentaires*, décembre 2022.

b) Des limites techniques partiellement surmontées

La préparation de l'extrait du titre exécutoire, transmis par les greffes des tribunaux à l'Aripa, requérait, jusqu'à récemment, un retraitement manuel coûteux en temps. Des travaux ont été menés par la Cnaf et par le ministère de la justice pour remédier à ces difficultés. L'article 6 du décret du 3 juillet 2024⁶³¹, qui simplifie le traitement de l'intermédiation financière, était très attendu par les acteurs. Il permet d'accélérer et de sécuriser le processus de notification des décisions de divorce aux parties. Il définit également l'extrait exécutoire et simplifie, en la dématérialisant, sa transmission à l'Aripa.

Le portail Justice reste toutefois perfectible. Les données saisies, qui sont pourtant enregistrées, ne peuvent pas être modifiées, ce qui contraint les greffiers à les ressaisir à chaque intervention sur un dossier. Par ailleurs, la date fixée par le juge pour le paiement de la pension alimentaire ne peut pas toujours être précisée. Ces limites sont de nature à retarder ou fragiliser la gestion des dossiers.

3 - Des décisions structurantes en attente d'arbitrage

a) Un comité de pilotage actif

La gouvernance du dispositif public d'intermédiation financière des pensions alimentaires est animée par la direction de la sécurité sociale. Celle-ci suit régulièrement les indicateurs de performance opérationnelle de l'Aripa. Elle réunit, sur une base trimestrielle, un comité de pilotage rassemblant des représentants de cette direction, de l'Aripa et du ministère de la justice.

Ce dispositif a permis d'accompagner la montée en charge de l'activité de l'Aripa depuis sa création, en facilitant l'échange d'informations sur les attentes réciproques, l'affectation des moyens par chacun ou la compréhension réciproque des contraintes propres au monde judiciaire et à la protection sociale. Il a également apporté des améliorations normatives (cf. décret ci-dessus).

Le comité de pilotage a aussi écarté certaines demandes. Il a ainsi rejeté la demande de l'Aripa qui souhaitait que les greffes lui transmettent les coordonnées bancaires des parents qui se séparent, considérant que cela n'était pas de leur ressort.

⁶³¹ Décret n° 2024-673 du 3 juillet 2024 portant diverses mesures de simplification de la procédure civile et relatif aux professions réglementées.

D'autres arbitrages renvoyant au partage des responsabilités entre les acteurs du service public des pensions alimentaires n'ont toutefois pas encore été rendus, nuisant au bon fonctionnement de ce service.

b) Des arbitrages des pouvoirs publics encore en attente

L'Aripa rencontre des difficultés de fonctionnement dont la résolution demanderait, selon elle, des évolutions législatives ou réglementaires. En l'absence de décisions par les pouvoirs publics, elle s'emploie à les surmonter, imparfaitement, dans le cadre de la seule politique familiale.

L'Aripa souhaiterait que soit inscrite dans les textes la possibilité, pour les organismes gestionnaires, d'allonger la période d'étalement du versement des impayés de pension alimentaire⁶³² lorsque le parent débiteur rencontre des difficultés financières avérées. Une telle évolution ne permettrait toutefois pas de garantir le versement des pensions quand les difficultés financières du parent débiteur sont durables. Dans ce cas, l'intérêt des ex-conjoints commanderait, en priorité, de demander au juge de réviser le montant de la pension fixée, en complétant, le cas échéant, cette révision par un allongement de l'échéancier de règlement des sommes impayées. Le délai pour obtenir une décision de justice de révision de la pension constitue cependant une difficulté importante.

La direction de la sécurité sociale étudie la possibilité d'imposer aux parents débiteurs le versement de la pension alimentaire à l'Aripa dès le premier mois, plutôt qu'un versement direct au parent créancier en attendant que l'intermédiation soit mise en place, comme c'est le cas aujourd'hui. Cette solution, qui simplifierait le dispositif, est toutefois conditionnée à la capacité de l'Aripa à verser la première mensualité de la pension à la date fixée dans la convention de divorce, ce qui nécessite qu'elle ait, au préalable, obtenu communication des coordonnées bancaires des deux parents.

Une autre difficulté réside dans la coexistence de deux barèmes distincts proposés par le ministère de la justice et par l'Aripa pour la fixation du montant des pensions alimentaires. Celui mis à disposition des juges à titre indicatif est plus favorable aux débiteurs que le simulateur de l'Aripa, utilisé pour les règlements amiables. L'écart entre les deux barèmes, difficile à comprendre pour les ex-conjoints, ne favorise pas le règlement amiable des séparations.

⁶³² Cette période varie actuellement de 6 à 24 mois selon la durée du défaut de paiement.

Sept ans après la création de l'Aripa, certaines décisions nécessaires au bon fonctionnement du service public des pensions alimentaires et à la mise en œuvre de la politique prioritaire de lutte contre les impayés de pension n'ont pas encore été prises.

B - Un manque de suivi des coûts, des moyens additionnels déployés dans l'urgence

Malgré des moyens importants attribués au dispositif d'intermédiation financière, ses coûts de gestion ne font l'objet d'aucun suivi spécifique. Les caisses pivots font face à des difficultés de recrutement et de formation et les développements informatiques, souvent engagés dans l'urgence, ne sont pas achevés.

1 - Un dispositif dont le coût de gestion est mal connu

Simple service mutualisé inter-régimes sans personnalité juridique, l'Aripa n'établit pas de comptes annuels propres. Les systèmes d'information comptables respectifs de la Cnaf et de la caisse centrale de la MSA permettent néanmoins d'identifier la plupart des charges liées à son activité. Il en va de même pour le ministère de la justice, qui isole les coûts de personnel et les dépenses d'affranchissement supportées au titre de l'intermédiation financière.

En l'absence de centralisation par l'Aripa des données relatives aux dépenses engagées par les acteurs publics concernés, la Cour a reconstitué les principaux postes de dépenses directement imputables à la politique d'intermédiation financière.

Les montants qui suivent approchent ces coûts par défaut. Les dépenses de personnel prises en compte n'incluent ni l'appui fourni par les fonctions support de la Cnaf et de la CCMSA, ni l'activité des agents du ministère de l'Europe et des affaires étrangères liée aux dossiers Aripa, toutefois peu nombreux. Les dépenses informatiques correspondent aux seuls développements requis par la mise en œuvre et l'extension de l'intermédiation et du recouvrement par le régime général.

Tableau n° 33 : estimation du coût du service public des pensions alimentaires (en M€)

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
<i>ETP (CAF + MSA)</i>	10,7	12,7	13,2	20,7	24,9	28,9	35,7	36,8
<i>ETP (ministère de la justice)</i>	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.	5,7	3,6	3,0
<i>Investissements SI Cnaf</i>	0	0	0,4	3,7	7,1	6,2	5,5	3,7
<i>Affranchissement (min. justice)</i>	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.	1,8	1,8	2,0
Total	10,7	12,7	13,4	24,4	32,0	42,6	46,6	45,5

Source : Cour des comptes, d'après les données de la Cnaf, de la MSA et du ministère de la justice

Du fait de sa généralisation, le coût de gestion annuel de l'intermédiation financière est passé de 10,7 M€ en 2017 à 46,6 M€ en 2023, avant de revenir à 45,5 M€ en 2024. Dans les années à venir, les frais de personnel sont susceptibles d'évoluer à la hausse du fait de l'augmentation du nombre de dossiers, et à la baisse grâce à l'automatisation de leur traitement. De même, les dépenses d'investissement pourraient diminuer à un horizon encore incertain, une fois les développements informatiques finalisés.

Ce coût de gestion représentait, en 2024, 5,2 % des montants gérés par l'Aripa, à savoir 294 M€ de pensions intermédiées, 295 M€ d'impayés de pension recouvrés et 287 M€ d'ASF complémentaire versée⁶³³.

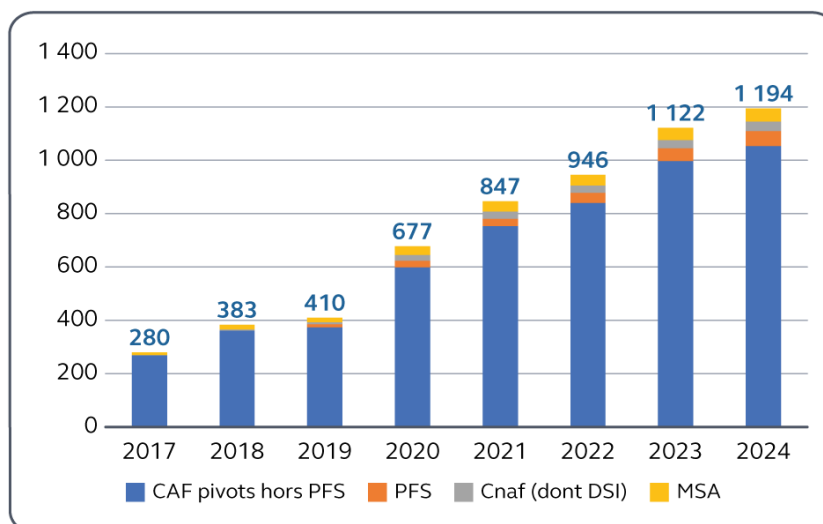
L'identification et le suivi annuel du coût du service public des pensions alimentaires et de ses composantes, indispensables au pilotage et à l'évaluation de l'efficacité du dispositif, pourraient être confiés à la Cnaf et à la CCMSA.

2 - Des difficultés de recrutement et de fidélisation des agents

La branche famille et le ministère de la justice ont dû procéder, dans des délais resserrés, y compris durant la crise sanitaire, à des vagues de recrutement chaque fois que l'intermédiation financière est devenue accessible à de nouvelles catégories de parents séparés. Les effectifs de l'Aripa dans les caisses concernées sont ainsi passés depuis 2017 de 280 équivalents temps plein à 1 194 en 2024.

⁶³³ En toute rigueur, il conviendrait d'ajouter à ces masses financières la part de l'ASF recouvrable versée pour des impayés de pensions alimentaires qui n'ont pas encore été recouvrés. Ce montant n'a pu être déterminé.

Graphique n° 38 : évolution des effectifs de l'Aripa entre 2017 et 2024 (en ETP)



DSI : direction des systèmes d'information de la Cnaf. PFS : plateforme téléphonique nationale
 Source : Cour des comptes d'après les données de la Cnaf et de la MSA

Pour autant, à chaque étape de la réforme, les Caf et la MSA n'ont obtenu les autorisations d'emploi qu'à la date d'extension du dispositif. Compte tenu des délais de recrutement et de formation des nouveaux agents à une mission inédite et juridiquement complexe, les ressources humaines ont suivi avec retard la montée en charge de l'activité de l'Aripa. L'Aripa et les caisses pivots continuent, par ailleurs, de faire face à des difficultés pour attirer et fidéliser des collaborateurs du fait de la technicité des postes et des niveaux de salaires proposés.

Pour sa part, le ministère de la justice a renforcé les greffes des tribunaux judiciaires afin de faire face à la montée en charge de l'intermédiation financière, à hauteur de l'équivalent de 90 postes permanents et de 110 vacataires recrutés en 2022 pour une durée d'un an.

3 - Des systèmes d'information toujours en développement

Sous la pression du calendrier, la Cnaf a fait le choix en 2019 d'une technologie permettant de développer, dans des délais très brefs, une application d'intermédiation financière appelée *Gaia*. L'inconvénient de ce choix, connu dès cette époque, était l'absence d'interconnexion entre *Gaia* et le système d'information préexistant. En conséquence, la Cnaf a été contrainte d'engager une refonte de cette application, qui n'aboutira au plus tôt qu'en 2027, pour un coût estimé à 10,5 M€.

La Cnaf prévoit de compléter cette application par un module destiné à améliorer la gestion du recouvrement amiable puis du recouvrement forcé des impayés de pensions alimentaires. La date de déploiement de ce module n'a pas encore été fixée.

Au total, le système d'information de la branche famille ne s'est pas adapté au rythme requis par l'extension du champ de l'intermédiation financière et par la montée en charge rapide de l'activité qui en est résultée. Les applications informatiques utilisées par les Caf⁶³⁴ concernées ne communiquent pas entre elles, ce qui contraint à ressaisir des données et expose à des risques d'erreurs. De plus, l'Aripa ne satisfait pas encore à l'ensemble de ses obligations en matière de protection des données individuelles⁶³⁵ et d'accessibilité de son site aux personnes en situation de handicap.

À la MSA, la gestion des dossiers d'intermédiation est restée manuelle jusqu'en juillet 2020. La montée en charge de l'activité d'intermédiation (724 demandes en 2024 contre 110 en 2020) a conduit à développer en interne une application spécifique qui n'a pas fait l'objet de financement complémentaire. Cette application doit intégrer au premier semestre 2025 la gestion du recouvrement des impayés, ce qui devrait contribuer à fiabiliser un processus encore entaché de taux d'anomalies importants⁶³⁶.

C - Une qualité de service en deçà des attentes

Les publics visés par l'intermédiation des pensions alimentaires sont, du fait de leur situation souvent fragile, très attentifs à la qualité du service rendu par l'Aripa. Les indicateurs de performance et les enquêtes de satisfaction montrent qu'il existe d'importantes marges de progrès sur ce plan.

⁶³⁴ Gaia pour gérer l'intermédiation financière sans impayés, Nims pour le paiement de l'ASF et NSF pour le recouvrement des impayés de pensions alimentaires.

⁶³⁵ Certaines des recommandations de la Cnil (n° 2020-086 du 3 septembre 2020 et n° 2022-018 du 17 février 2022) ne sont pas encore mises en œuvre, en particulier concernant l'information des enfants majeurs, le recours à un prestataire européen plutôt qu'américain pour l'hébergement des données, la suppression des comptes inactifs ou inutilisés et l'affichage de l'identité des responsables de traitement.

⁶³⁶ Les taux d'anomalies ont même augmenté dans les années récentes, passant de 14 % en 2020 à 20 % en 2024.

1 - Une exigence d'efficacité au regard des publics concernés

Selon une enquête réalisée à la demande de la Cnaf⁶³⁷ en 2022, peu avant la généralisation de l'intermédiation financière, les ouvriers et employés étaient sur-représentés parmi les parents qui en bénéficiaient et les cadres sous-représentés⁶³⁸. Les pensions alimentaires moyennes déclarées par les bénéficiaires de l'intermédiation financière étaient inférieures au montant moyen des pensions estimé pour l'ensemble des parents divorcés, du fait des revenus moyens plus faibles de ces bénéficiaires.

Cette enquête confirmait, par ailleurs, que les parents usagers de l'Aripa sont fragilisés par la séparation elle-même, qu'ils soient créanciers ou débiteurs, les relations entre eux étant rompues ou limitées au strict minimum dans les deux tiers des cas.

Les parents créanciers – dont 96 % sont des femmes – voient dans le dispositif un levier institutionnel susceptible de les sécuriser financièrement⁶³⁹, voire physiquement en cas de violences conjugales, et de les décharger du poids d'avoir à réclamer la pension alimentaire.

2 - Une performance de gestion insuffisante

a) Un taux de recouvrement affiché à un niveau élevé

L'indicateur défini dans le cadre de la convention d'objectifs et de gestion de la Cnaf pour apprécier le recouvrement des impayés a progressé sur la période, passant d'un taux de 63,6 % en 2018 à 69,8 % en 2023 pour atteindre 80 % en 2024.

Ce taux reflète l'efficacité des mesures de recouvrement engagées par l'Aripa dans la mesure où il rapporte les montants encaissés dans le cadre des procédures de recouvrement amiable ou forcé déjà engagées (244 M€ en 2023) au montant des créances comptabilisées au titre de ces procédures (350 M€ la même année).

⁶³⁷ Voir Lou Titli *et al.*, « Évaluation du dispositif d'intermédiation financière des pensions alimentaires en phase de généralisation », *Dossier d'études Cnaf*, n° 233, 2024. Enquête réalisée, en octobre 2022, auprès de 500 débiteurs et créanciers.

⁶³⁸ 60 % des créanciers et 64 % des débiteurs étaient ouvriers ou employés (contre 37,8 % dans l'ensemble de la population) ; 8 % des créanciers et 6 % des débiteurs étaient cadres (contre 22,4 % dans l'ensemble de la population) – données Insee, 2023.

⁶³⁹ De leur côté, certains débiteurs s'acquittant de leurs obligations expriment leur incompréhension quand ils reçoivent des courriers standardisés de l'Aripa qui insistent sur les sanctions encourues en cas d'impayé.

La Cour considère plus judicieux de prendre aussi en compte, parmi les créances à recouvrer, les montants d'impayés pour lesquels l'agence ne parvient pas à mettre en place une procédure de recouvrement amiable ou forcé auprès du parent débiteur⁶⁴⁰, soit 293 M€ en 2023. En ce cas, le taux de recouvrement pour 2023 n'est que de 38 %⁶⁴¹.

b) Des taux d'erreurs encore importants

Le paiement à bon droit des montants dus aux parents créanciers dépend de la capacité des organismes gestionnaires du service public des pensions à fiabiliser chaque étape de la chaîne opérationnelle de l'intermédiation et du processus de recouvrement des montants dus par les parents débiteurs.

Les plans d'action mis en œuvre par la branche famille ont permis de réduire les taux d'erreurs depuis 2017⁶⁴². Cependant, les contrôles réalisés par les directions comptables et financières montraient encore en 2023 la présence d'anomalies dans le traitement de 26 % des demandes d'intermédiation et de 14 % des saisies manuelles des coordonnées bancaires ou des révisions de pension prévues dans les jugements ou titres exécutoires.

c) Des délais de traitement et de réponse excessifs

Le respect par l'Aripa des délais de traitement des dossiers et de réponse aux usagers, fixés par les textes ou par la branche famille, conditionne la qualité du service rendu aux usagers. Dans ce domaine, plusieurs indicateurs se sont dégradés depuis 2018 ou restent élevés.

Après avoir diminué entre 2018 et 2021, le délai de traitement des pièces reçues est reparti à la hausse, pour atteindre 40 jours en 2024. Mesuré depuis 2022, le délai d'approbation par l'Aripa des demandes d'intermédiation financière sans impayé était de 38,2 jours en 2024, soit une durée dépassant de 9 % l'objectif fixé par la branche. Le délai d'encaissement des impayés, bien qu'en forte baisse depuis 2021, n'a approché l'objectif fixé qu'en 2023.

Une fois l'intermédiation financière mise en œuvre, la pension alimentaire reçue du parent débiteur doit être reversée au parent créancier le lendemain de la réception de la pension par la CAF ou la caisse de la

⁶⁴⁰ Certification des comptes du régime général de sécurité sociale. Exercice 2023.

⁶⁴¹ 39,5 % à la MSA selon la même méthode.

⁶⁴² Concernant l'ASF, ces taux diminuent depuis 2021.

MSA⁶⁴³. Ce délai réglementaire n'est pas respecté en raison du temps nécessaire pour s'assurer de la bonne réception des fonds, affecter les recettes et reverser les montants reçus. La mutualisation en 2025 des flux financiers de l'Aripa au sein des quatre Caf pivots spécialisées n'allègera que partiellement ces contraintes.

Enfin, les délais de réponse des services de l'Aripa aux appels téléphoniques des usagers ne répondent ni aux attentes de ces derniers, ni aux objectifs fixés à l'agence. Le taux de décroché a chuté, passant de 69 % en 2020 à 37 % en 2024, tandis que le nombre des appels était multiplié par plus de quatre pour atteindre 112 000 par mois en moyenne⁶⁴⁴.

La qualité insuffisante du service rendu aux usagers se traduit par un taux d'abandon élevé des parents. La Cnaf évalue ainsi à 15 %⁶⁴⁵ la part des parents qui renoncent finalement à l'intermédiation financière après en avoir demandé le bénéfice. Cette qualité dégradée affecte la satisfaction des parents qui s'engagent dans le processus d'intermédiation et dégrade, en retour, l'image de l'Aripa.

3 - Des enquêtes de satisfaction aux résultats contrastés

La branche famille dispose d'indicateurs internes rendant compte de la satisfaction des usagers, qui confirment la performance très insuffisante de l'accueil téléphonique. La Cnaf et l'Aripa ont conduit plusieurs enquêtes⁶⁴⁶ pour recueillir l'appréciation des parents concernés, dont les résultats tracent des voies de progrès pour l'action publique.

a) Un service jugé facile à utiliser mais peu réactif

Les deux tiers des parents interrogés, qu'ils soient créanciers ou débiteurs, jugent simples les démarches requises pour mettre en place l'intermédiation financière. Les trois quarts de ceux qui ont créé un compte sur le site de l'Aripa n'ont pas rencontré de difficulté.

Deux tiers des parents estiment aisée la navigation sur le site internet, et plus des deux tiers, suffisantes les informations fournies au démarrage de la procédure. Les parents débiteurs apprécient le choix offert

⁶⁴³ Article R. 582-7 du code de la sécurité sociale.

⁶⁴⁴ À la MSA, le nombre d'appels était de 3 850 par mois en 2024 et tous les appels étaient pris en charge.

⁶⁴⁵ Le taux d'abandon est de 8,23 % à la MSA.

⁶⁴⁶ Voir l'enquête réalisée par Titli *et al.*, *ibid*, auprès des bénéficiaires de l'intermédiation financière en octobre 2022 et celle conduite par l'Aripa sur « *mon compte Aripa* » en janvier 2024.

entre plusieurs modalités de versement de la pension (prélèvement automatique, virement, chèque et même espèces), dont l'Aripa souligne toutefois qu'il est à l'origine de difficultés de gestion.

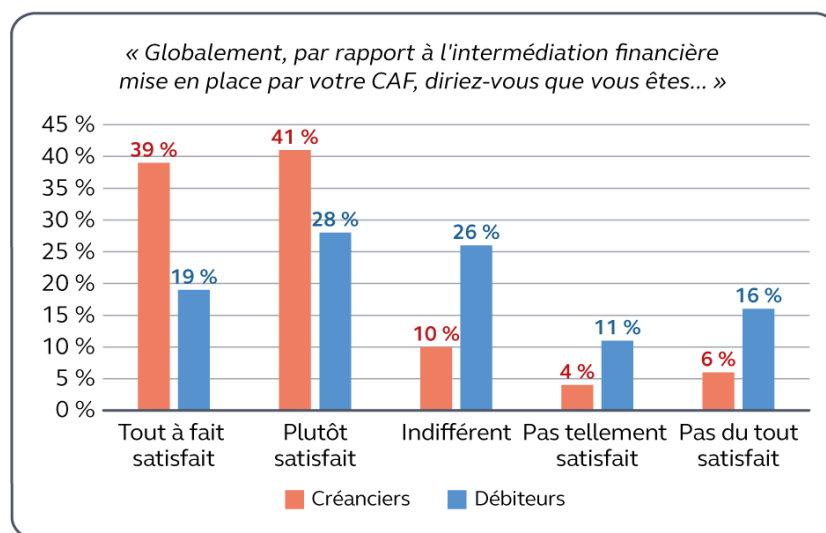
En revanche, les délais de mise en œuvre de l'intermédiation financière sont perçus comme longs et, en cas d'impayé, l'information fournie par l'Aripa est jugée insuffisante. 42 % des parents créanciers déclarent ne pas savoir vers qui se tourner en cas de problème relatif à leur dossier, ce taux atteignant 58 % pour les débiteurs. Un tiers des parents n'a pas entendu parler de la plateforme téléphonique 32-38, canal privilégié pour contacter l'Aripa.

Au total, seuls 26 % des parents considéraient l'agence comme un service réactif en 2023.

b) Des taux de satisfaction différenciés selon les profils des usagers

La satisfaction des usagers dépend de leur statut (créancier ou débiteur) et de leur milieu social d'origine. Ainsi, les parents créanciers sont à 80 % satisfaits de l'intermédiation financière, qui réduit « les démarches et les soucis » et les occasions de conflit financier. Les parents débiteurs sont plus critiques, puisque 53 % se déclarent indifférents ou insatisfaits.

Graphique n° 39 : taux de satisfaction à l'égard de l'intermédiation financière (2022)



Source : Dossier d'études Cnaf, n° 233, 2024.

L'insatisfaction est nettement moins marquée parmi les parents débiteurs issus de milieux modestes que parmi ceux issus de milieux aisés : 47 % des débiteurs titulaires d'un diplôme d'un niveau supérieur à bac+3 estiment que l'intermédiation financière alourdit les démarches administratives, contre 17 % de ceux ayant un diplôme de niveau bac+2 et 20 % de ceux ayant un diplôme inférieur au baccalauréat.

Les parents débiteurs issus des classes aisées et moyennes sont 15 % à juger que l'intermédiation financière aggrave les tensions liées aux questions financières, contre 4 % pour les débiteurs issus de milieux modestes.

c) Des attentes fortes pour une amélioration de la qualité de service

L'intégration de l'intermédiation financière dans le parcours « séparation » que les Caf et la MSA déploient depuis 2021 pour faciliter l'accès aux droits des ex-conjoints, contribue à la faire mieux connaître, en particulier auprès des parents aux revenus modestes ayant charge d'enfant⁶⁴⁷.

L'accroissement du recours à l'intermédiation financière s'accompagne d'attentes élevées, non satisfaites, des parents qui se séparent, à l'égard de l'Aripa. Dans la mesure où les trois quarts des appels téléphoniques restent sans réponse (cf *supra*), la quasi-totalité des parents interrogés dans le cadre de l'enquête précitée auraient souhaité pouvoir échanger par courrier électronique avec l'agence, et plus des deux tiers au travers de rendez-vous téléphoniques. Ces formules mériteraient d'être développées.

Conformément à l'objectif inscrit dans la convention d'objectifs et de gestion de la Cnaf pour la période 2023-2027, l'Aripa pourrait en outre améliorer la qualité de l'information fournie aux usagers quant à l'avancement de leur dossier. Des mises à jour plus fréquentes du service en ligne « mon compte » pourraient leur permettre de suivre, en temps réel, le traitement de leurs demandes, la réception par l'Aripa et le reversement de la pension alimentaire, ainsi que les différentes étapes du processus de recouvrement des impayés. Des notifications pourraient être envoyées aux usagers lors de changements de leur situation, comme le proposent déjà certaines sociétés de service.

⁶⁴⁷ Pour autant, le parcours séparation n'était pas connu de plus de la moitié des parents bénéficiaires de l'intermédiation financière interrogés dans le cadre de l'enquête de satisfaction précitée.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Le service public des pensions alimentaires est un dispositif innovant, mis en place en peu de temps, pour faciliter le paiement à bonne échéance des pensions alimentaires aux parents créanciers, essentiellement des femmes. Bien qu'il figure parmi les politiques prioritaires du Gouvernement, il souffre toutefois d'un manque de pilotage. Les données relatives aux séparations, aux pensions et aux impayés sont toujours lacunaires, ce qui ne permet pas d'en apprécier la plus-value. Son coût de gestion n'est pas consolidé, ce qui ne permet pas d'évaluer son efficience.

Le calendrier resserré de sa mise en œuvre n'a pas permis à l'Aripa de mobiliser au même rythme les outils et les moyens humains qui lui ont été affectés. Les échanges d'information entre l'Aripa et le ministère de la justice conservent des limites. La mise en œuvre du service public des pensions alimentaires n'est pas finalisée. Sept ans après sa création, la qualité du service rendu aux bénéficiaires demeure en deçà des attentes. En conséquence, la Cour formule les quatre recommandations suivantes :

Au ministère du travail, de la santé, des solidarités et de la famille, au ministère de la justice, au ministère de l'économie, des finances et de la souveraineté industrielle et numérique et à la Caisse nationale des allocations familiales,

- 41. confier à l'Agence de recouvrement et d'intermédiation des pensions alimentaires, avec l'appui de l'Insee, la réalisation d'enquêtes et la collecte des données portant sur les séparations et les pensions alimentaires nécessaires, notamment, à l'évaluation des taux et des montants d'impayés, en vue de la constitution d'un observatoire géré par la Caisse nationale des allocations familiales ;*
- 42. rendre obligatoire la transmission à l'Agence de recouvrement et d'intermédiation des pensions alimentaires des données relatives au nombre des séparations extra-judiciaires enregistrées par les notaires, précisant l'existence d'enfants à charge et le montant d'éventuelles pensions alimentaires.*

Au ministère du travail, de la santé, des solidarités et de la famille, au ministère de la justice, au ministère de l'Europe et des affaires étrangères, à la Caisse nationale des allocations familiales et à la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole,

43. *charger la Caisse nationale des allocations familiales et la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole d'identifier et de suivre les coûts de gestion du service public des pensions alimentaires et y intégrer ceux transmis par le ministère de la justice et le ministère de l'Europe et des affaires étrangères.*

À la Caisse nationale des allocations familiales et à la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole,

44. *enrichir l'information mise à disposition des usagers et les tenir informés, en temps réel, de l'évolution de leur situation, afin de réduire le volume d'appels reçus par l'Agence de recouvrement et d'intermédiation des pensions alimentaires.*
-

Chapitre XIII

Les pensions d'invalidité : des évolutions nécessaires, un retour à l'emploi à favoriser

PRÉSENTATION

Les pensions d'invalidité sont versées par la sécurité sociale aux assurés dont la capacité de travail ou de gain⁶⁴⁸ est fortement réduite à la suite d'un accident ou d'une maladie n'ayant pas une origine professionnelle.

Le régime général concentre près de neuf bénéficiaires de ces pensions sur dix, ainsi que l'essentiel des dépenses. Celles-ci couvrent à la fois les dépenses de prestations et celles découlant des droits liés à l'invalidité en matière de retraite et d'exonération du ticket modérateur⁶⁴⁹ pour l'essentiel des frais de santé.

En 2019⁶⁵⁰, la Cour observait que l'invalidité était un dispositif mal connu et peu suivi, malgré des dépenses dynamiques. Six ans plus tard, elle a souhaité examiner si la dépense poursuivait sa progression rapide et analyser les déterminants de son évolution. Elle a aussi cherché à évaluer, dans l'intérêt des assurés et des comptes sociaux, le fonctionnement du dispositif dans le régime général et sa capacité à favoriser le retour à l'emploi quand l'état de santé des personnes s'améliore.

Le nombre élevé de bénéficiaires de pensions d'invalidité, dont la majorité est jugée « absolument incapable » de travailler selon les termes du code de la sécurité sociale, contribue à l'importance des dépenses, même si celles-ci ont crû moins rapidement au cours des dernières années (I). L'efficacité du dispositif serait améliorée si l'invalidité était mieux suivie et si les médecins-conseils de l'assurance maladie, qui décident des mises en invalidité, étaient mieux outillés pour apprécier la capacité de travail et de gain des assurés (II). Le retour à l'emploi, lorsqu'il est possible, est un enjeu essentiel pour les assurés comme pour les finances sociales, ce qui nécessite une intensification des actions en amont de la mise en invalidité et en matière de prévention de la désinsertion professionnelle (III).

⁶⁴⁸ La capacité de gain désigne la capacité de l'assuré à se procurer « la rémunération soumise à cotisations et contributions sociales qu'il percevait dans la profession qu'il exerçait avant la date de l'interruption de travail suivie d'invalidité ou la date de la constatation médicale de l'invalidité » (article L 341-1 du code de la sécurité sociale).

⁶⁴⁹ Part de la dépense de santé restant à la charge de l'assuré.

⁶⁵⁰ Cour des comptes, « Les pensions d'invalidité : une modernisation indispensable au service d'un accompagnement renforcé des assurés », rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, chapitre IV, 2019.

Chiffres-clés 2023

Le régime général a versé une pension d'invalidité à un peu plus de 700 000 assurés en décembre 2023, dont 57 % de femmes, et à plus de 830 000 assurés au moins une fois pendant l'année⁶⁵¹. Les dépenses de pensions d'invalidité du régime général se sont élevées à 7,5 Md€, auxquelles s'ajoute 0,3 Md€ de dépenses d'allocation supplémentaire d'invalidité (minimum social).

L'assuré admis en invalidité est placé dans l'une des trois catégories déterminant le montant de sa pension, selon qu'il est capable d'exercer une activité rémunérée (catégorie 1), qu'il est absolument incapable d'exercer une profession (catégorie 2), ou qu'il est, en outre, dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour les actes ordinaires de la vie (catégorie 3). En décembre 2023, 27 % des personnes en invalidité étaient en catégorie 1, 71 % en catégorie 2 et 2 % en catégorie 3. Par rapport aux hommes, les femmes étaient plus fréquemment en catégorie 1 (30 % contre 23 %).

L'invalidité recouvre souvent plusieurs pathologies. Sur près de 67 000 avis médicaux favorables à une admission en invalidité à l'initiative de l'assurance maladie, en moyenne annuelle de 2021 à 2024, les pathologies les plus fréquemment déclarées comme motif principal sont les épisodes ou troubles dépressifs (12 400), les tumeurs malignes du sein (3 200), les accidents vasculaires cérébraux et les lombalgies basses (1 500 chacun).

I - Un dispositif encadré qui indemnise un nombre élevé d'assurés

La réglementation soumet l'indemnisation de l'invalidité à des conditions médicales et administratives strictes. Les dépenses de pensions d'invalidité ont cessé de croître depuis 2020 mais restent élevées en raison d'un nombre important de bénéficiaires.

A - Une indemnisation soumise à des conditions strictes

La reconnaissance de l'invalidité est soumise à des conditions à la fois administratives et médicales. Elle donne droit à une prestation contributive⁶⁵², qui peut être complétée par des prestations d'assistance.

⁶⁵¹ L'écart est notamment lié aux décès et aux départs à la retraite en cours d'année.

⁶⁵² Elle est servie en contrepartie de cotisations versées et dépend des rémunérations perçues.

1 - Un rôle central du médecin-conseil de l'assurance maladie dans le placement en invalidité

La reconnaissance de l'invalidité fait intervenir deux services distincts : d'une part les services administratifs de la caisse primaire d'assurance maladie (Cpam), d'autre part les échelons locaux du service médical, services déconcentrés de la caisse nationale d'assurance maladie (Cnam).

Un processus médico-administratif complexe

Est considéré comme invalide un assuré dont la capacité de travail ou de gain est réduite d'au moins deux tiers en raison d'un événement de la vie d'origine non professionnelle⁶⁵³. L'invalidité est reconnue par le médecin-conseil de l'échelon local du service médical, à la suite d'une demande directe de l'assuré ou, le plus souvent, à l'occasion d'un contrôle de l'arrêt de travail, lorsque l'état de santé s'est stabilisé, ou au terme du délai maximum de 36 mois de versement des indemnités journalières pour arrêt maladie. L'avis du médecin-conseil précise la catégorie d'invalidité.

Pour être éligible à une pension d'invalidité, l'assuré doit en outre être affilié à la sécurité sociale depuis au moins 12 mois et avoir exercé une activité professionnelle minimale⁶⁵⁴ au cours de l'année précédant l'interruption de travail intervenue avant l'admission en invalidité ou la constatation de l'invalidité. Ces conditions sont vérifiées par la Cpam à qui l'assuré adresse sa demande de pension.

La Cpam notifie à l'assuré la décision d'attribution de sa pension⁶⁵⁵ qui lui est versée chaque mois, en tenant compte d'éventuelles évolutions de sa situation ou de ses revenus. La pension d'invalidité peut être supprimée si la capacité de travail ou de gain de l'assuré s'améliore.

2 - Des pensions liées aux salaires passés, éventuellement complétées par des prestations d'assistance

Le montant de la pension dépend de la catégorie d'invalidité. Il est calculé en fonction de la moyenne des salaires perçus au cours des

⁶⁵³ Article L. 341-1 et suivants du code de la sécurité sociale et règlement du régime d'assurance invalidité-décès des travailleurs indépendants.

⁶⁵⁴ 600 heures de travail ou des cotisations équivalentes à celles dues sur un salaire correspondant à 2 030 fois le Smic horaire.

⁶⁵⁵ Les recours amiables et contentieux contre les décisions relatives aux pensions d'invalidité sont limités, avec des taux inférieurs respectivement à 3 % et à 1 % en 2023. Le juge a donné tort à l'assurance maladie dans 0,2 % des contentieux.

dix meilleures années de la carrière, dans la limite du plafond de la sécurité sociale. La pension est encadrée par un minimum et un maximum. Elle est revalorisée annuellement en fonction de l'inflation observée. Les personnes en invalidité de catégorie 3 perçoivent, en outre, 1 288,13 € au titre de la majoration pour tierce personne (MTP), qui compense forfaitairement leurs besoins spécifiques d'accompagnement au quotidien.

**Tableau n° 34 : barème des pensions d'invalidité
dans le régime général au 1^{er} avril 2025**

<i>Catégorie</i>	Part du salaire de référence	Minimum mensuel	Maximum mensuel
1	30 %	335,29 €	1 177,50 €
2	50 %	335,29 €	1 962,50 €
3	50 % + MTP	1 623,42 €	3 250,63 €

Source : Cnam

Les montants moyens de pension d'invalidité augmentent avec la catégorie, compte tenu du barème (fraction croissante du salaire de référence et, pour la catégorie 3, majoration pour tierce personne). Les femmes perçoivent des pensions plus faibles en moyenne que celles des hommes en raison des écarts de salaire de référence.

**Tableau n° 35 : montant mensuel moyen de la pension d'invalidité
par genre et par catégorie dans le régime général en décembre 2023**

	Catégorie 1	Catégorie 2	Catégorie 3 (*)
<i>Femmes</i>	576 €	850 €	2 094 €
<i>Hommes</i>	675 €	1 060 €	2 184 €
Ensemble	612 €	945 €	2 149 €

Note : hors allocation supplémentaire d'invalidité, (*) y compris majoration pour tierce personne.
Source : Cnam

Le titulaire d'une pension peut demander à bénéficier d'une allocation supplémentaire d'invalidité. Cette prestation différentielle garantit un montant mensuel minimum de revenus.

L'allocation supplémentaire d'invalidité

Le minimum de ressources mensuelles en cas d'invalidité est porté, depuis le 1^{er} avril 2025, à 914,85 € pour une personne seule et à 1 601 € pour un couple. Ainsi, une personne seule percevant le minimum de pension d'invalidité (335,29 €) sans autres ressources bénéficie en outre de 579,56 € au titre de l'allocation supplémentaire d'invalidité⁶⁵⁶. En 2023, 9 % des personnes en invalidité bénéficiaient de cette allocation.

À ces pensions peuvent s'ajouter des rentes d'invalidité au titre de contrats de prévoyance. En 2023, 73 % des entreprises déclaraient avoir mis en place une garantie de prévoyance en cas d'invalidité⁶⁵⁷. Les 14,2 millions de salariés des branches professionnelles comptant plus de 100 000 salariés ayant mis en place un accord de prévoyance étaient couverts à 99,9 % contre le risque d'invalidité de catégories 2 et 3, et à 80 % contre celui de catégorie 1⁶⁵⁸. Le nombre de bénéficiaires de rentes d'invalidité au titre de la prévoyance n'est pas précisément connu, mais les prestations correspondantes s'élevaient à 3,2 Md€ en 2022⁶⁵⁹.

B - Des dépenses moins dynamiques depuis 2020 mais un coût qui reste important

Le niveau des dépenses d'invalidité reste élevé en raison d'un nombre de bénéficiaires important, et le coût pour le régime général est accru par des droits connexes.

⁶⁵⁶ Les revalorisations de cette allocation en 2020 et 2021 n'ont pas permis de porter son montant (899,56 € en 2024) au niveau de celui de l'allocation aux adultes handicapés (AAH), soit 1 016,05 €. En 2023, 75 % des bénéficiaires de l'allocation supplémentaire d'invalidité ont complété cette allocation avec l'AAH.

⁶⁵⁷ Selon le baromètre du centre technique des institutions de prévoyance et de l'institut de sondage Ifop d'octobre 2023. La convention collective nationale de retraite et de prévoyance des cadres prévoit une couverture complémentaire obligatoire en cas de décès mais facultative pour ce qui concerne l'invalidité.

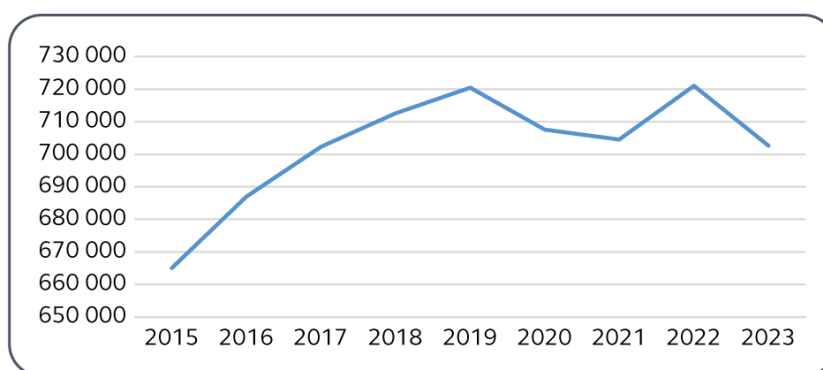
⁶⁵⁸ Centre technique des institutions de prévoyance, *Les accords de branche en prévoyance*, 2024.

⁶⁵⁹ Drees, « Le profil des bénéficiaires d'une pension d'invalidité », *Les retraités et les retraites*, édition 2024.

1 - Une progression du nombre d'invalides interrompue depuis 2020

Entre 2010 et 2019, le nombre de bénéficiaires de pensions d'invalidité du régime général a progressé d'environ 3 % par an. Il fluctue depuis entre 700 000 et 720 000 assurés.

Graphique n° 40 : nombre de travailleurs indépendants et de salariés du régime général bénéficiaires d'une pension d'invalidité en décembre de chaque année (2015-2023)



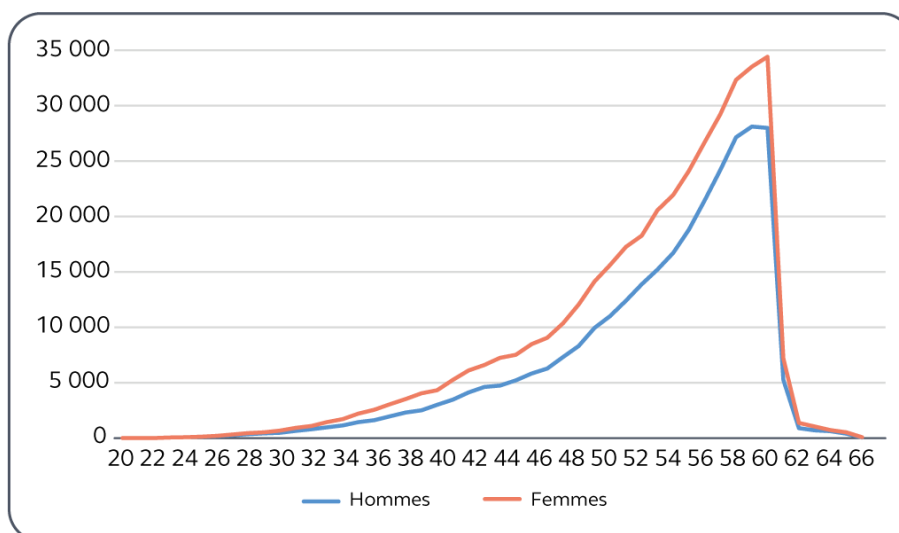
*Note : les effectifs des travailleurs indépendants en invalidité ont été ajoutés à ceux du régime général avant leur intégration à ce régime en 2020 pour conserver un champ homogène sur toute la période.
Source : Cour des comptes, d'après les données de la Cnam*

La forte progression jusqu'en 2019 s'explique essentiellement par la réforme des retraites de 2010, qui a reculé l'âge minimum légal de départ à la retraite de 60 à 62 ans. En effet, le nombre des bénéficiaires de pensions d'invalidité croît avec l'âge et la pension d'invalidité est remplacée par une pension de retraite pour inaptitude à un âge qui correspondait alors à l'âge minimum légal de départ à la retraite⁶⁶⁰.

Un tel effet ne se produira pas à la suite de la réforme de 2023 qui a repoussé l'âge minimum légal de départ à la retraite de 62 à 64 ans. En effet, la réforme a maintenu à 62 ans l'âge de la retraite pour inaptitude, faisant désormais de l'inaptitude un motif de départ anticipé à la retraite.

⁶⁶⁰ Articles L. 341-15 et 16 du code de la sécurité sociale. La personne en invalidité doit préalablement en faire la demande mais, si elle continue à travailler, elle peut continuer à cumuler ses revenus d'activité avec sa pension d'invalidité jusqu'à 67 ans.

Graphique n° 41 : répartition par âge et par genre des bénéficiaires d'une pension d'invalidité du régime général en décembre 2023



Source : Cour des comptes, d'après les données de la Cnam

Un autre facteur de hausse entre 2015 et 2019 est lié à la croissance de la population âgée de 50 à 62 ans, qui concentre les trois quarts des bénéficiaires de pensions d'invalidité. Cet effet est amplifié par la hausse de l'emploi des seniors, qui augmente la part de ceux éligibles à une pension d'invalidité⁶⁶¹. Enfin, la part des personnes en invalidité à chaque âge a augmenté sur cette période, pour des raisons qui n'ont fait l'objet d'aucune analyse.

Le retournement à la baisse en 2020⁶⁶² et 2021 a été dû à la crise sanitaire : les mises en invalidité des assurés ont été retardées car les médecins-conseils n'ont pu constater la stabilisation de leur état de santé en raison des confinements. Après le rattrapage observé en 2022, la baisse en 2023 reste, à ce jour, inexpliquée.

L'évolution du nombre de bénéficiaires de pensions d'invalidité devrait rester modérée à l'avenir. Selon les projections démographiques de l'Insee, l'effectif de la population âgée de 50 à 62 ans aurait atteint un point haut en 2023 et la tendance s'inverserait ensuite avec une baisse de 0,6 % par an en moyenne au cours des dix années suivantes.

⁶⁶¹ Drees, *Arrêts maladie : au-delà des effets de la crise sanitaire, une accélération depuis 2019*, Études et Résultats n° 1321, décembre 2024.

⁶⁶² Hors l'effet de l'intégration des travailleurs indépendants au régime général.

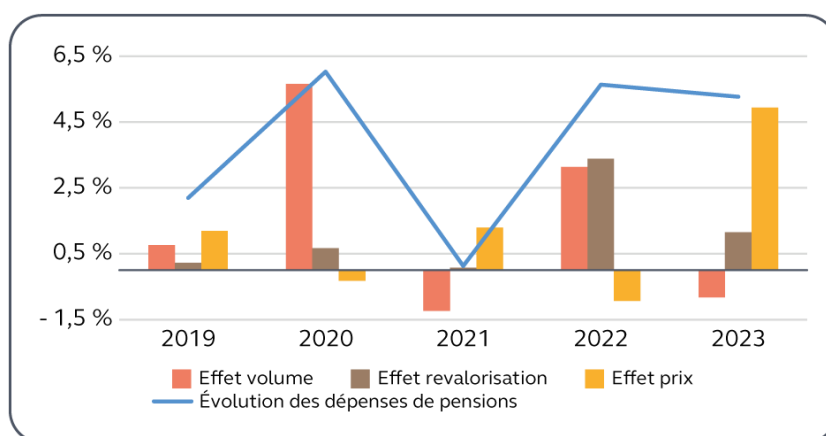
2 - Des dépenses de prestations aux évolutions heurtées

La Cour constatait en 2019 le dynamisme des dépenses de pensions d'invalidité pour la période allant de 2011 à 2018. Entre 2018 et 2023, leur progression a été plus modérée : hors allocation supplémentaire d'invalidité, elles ont augmenté à champ constant⁶⁶³ de 15,5 %, soit à peine plus que l'inflation (+ 13,9 %).

L'évolution des dépenses d'invalidité au cours de la période résulte de trois facteurs :

- principalement, un effet volume dû à l'augmentation du nombre des bénéficiaires résultant de l'intégration des travailleurs indépendants en 2020 et du rattrapage en 2022 des retards d'entrées dans le dispositif du fait de la crise sanitaire ;
- un effet lié à la revalorisation des pensions, marqué en 2022⁶⁶⁴ du fait de l'inflation ;
- un effet prix, dû notamment à l'augmentation des salaires de référence en 2023.

Graphique n° 42 : décomposition de l'évolution annuelle des dépenses de pensions d'invalidité du régime général entre 2019 et 2023 (en %)



Note : y compris majoration pour tierce personne, hors allocation supplémentaire d'invalidité.
Source : Cour des comptes, d'après les données et la méthodologie de la Cnam

⁶⁶³ L'intégration des travailleurs indépendants dans le champ du régime général a conduit à une augmentation de 300 M€ de la dépense en 2020 pour ce régime.

⁶⁶⁴ Revalorisations de 1,8 % au 1^{er} avril 2022 et de 4 % au 1^{er} juillet 2022.

3 - Un coût annuel total pour le régime général d'environ 10 Md€

En 2023, les prestations versées au titre de l'invalidité se sont élevées à 7,8 Md€. Une appréhension complète des coûts de l'invalidité pour le régime général nécessite de prendre en compte deux facteurs supplémentaires.

L'invalidité ouvre droit à une exonération du ticket modérateur pour l'ensemble des frais de santé, à l'exception des médicaments à service médical rendu modéré et faible. Le coût de cet avantage a été estimé par la Cour à environ 270 M€ en 2023.

L'invalidité permet aussi de valider des trimestres pour la retraite et de partir à la retraite à taux plein dès l'âge de 62 ans au titre de l'inaptitude. Selon la caisse nationale d'assurance vieillesse, le coût de ces avantages était de 2,3 Md€ en 2020 pour le régime général. Ce coût intègre celui lié à l'octroi du minimum contributif, minimum de pension du régime général dont l'obtention est conditionnée au taux plein : 42 % des retraités précédemment en invalidité en bénéficient alors qu'ils seraient, sinon, 9 %⁶⁶⁵.

En prenant en compte ces avantages indirects, le coût de l'invalidité pour le régime général atteint un montant de l'ordre de 10 Md€ par an. Toutefois, une partie de ces dépenses, non évaluée, devrait être imputée à la branche accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP) au lieu de la branche maladie, dans la mesure où les AT-MP ne sont pas tous déclarés comme tels⁶⁶⁶.

II - Une gestion de l'invalidité à améliorer

La gestion de l'invalidité par la Cnam est fragilisée par une organisation complexe, à la performance en demi-teinte, et un traitement hétérogène des demandes de pension. La maîtrise du risque invalidité est affectée par un outillage insuffisant des médecins-conseils pour apprécier la capacité de travail et de gain des assurés.

⁶⁶⁵ L'invalidité donne aussi droit à des avantages au régime complémentaire Agirc-Arrco (attribution de points au titre des périodes d'invalidité et annulation des coefficients d'abattement).

⁶⁶⁶ La commission sur la sous-déclaration des AT-MP (article L. 176-2 du code de la sécurité sociale) n'évalue pas ces dépenses, qui sont difficiles à identifier, en raison de conditions d'accès différentes aux dispositifs de rente AT-MP et de pension d'invalidité.

A - Un pilotage et une qualité de service à renforcer

Le pilotage du dispositif par la Cnam n'inclut pas de gestion du risque lui-même et se concentre sur l'efficacité et la qualité du service. L'effort de mutualisation et de dématérialisation de la gestion doit être poursuivi pour améliorer la qualité de service et réduire les disparités de traitement.

1 - Un dispositif insuffisamment piloté

La convention d'objectifs et de gestion 2023-2027 de la Cnam est plus ambitieuse en matière d'invalidité que la précédente, qui passait pour l'essentiel ce sujet sous silence. Elle s'engage à améliorer la qualité de service et à consolider la performance de gestion⁶⁶⁷. Pour autant, cette ambition n'est pas pleinement traduite dans les différents outils de gestion partagés entre la Cnam et les organismes du réseau.

Les indicateurs nationaux relatifs à la gestion administrative de l'invalidité sont instables dans le temps⁶⁶⁸. Le système d'information doit être unifié pour consolider des données produites au niveau local, insuffisamment exploitées. Il en résulte un déficit d'analyse sur l'invalidité, pourtant nécessaire à la mise en œuvre d'une gestion active de ce risque et à l'appréciation de la performance et de la qualité du service rendu. La Cnam a créé en décembre 2024 une direction de projet pour préparer le changement des outils de production de données et améliorer l'homogénéité de leur traitement sur le territoire.

La caisse nationale n'est pas en mesure d'évaluer l'intégralité des coûts de gestion de l'invalidité. Elle estime le coût des services administratifs à 35,4 M€ en 2023, dont 31 M€ de masse salariale et 4,4 M€ d'autres frais (postes informatiques, amortissements, frais de déplacement, etc.). Pour le service médical, elle n'évalue à ce jour que la masse salariale, soit 18,7 M€.

Au total, les coûts de gestion de l'invalidité évalués par la Cnam sur un périmètre incomplet s'élevaient à 54,1 M€ en 2023⁶⁶⁹. Faute de données, le suivi de leur évolution dans le temps, pourtant nécessaire, n'est pas assuré.

⁶⁶⁷ Elle prévoit de garantir des paiements rapides et homogènes, de développer les téléservices depuis le compte Ameli et de simplifier les démarches lors du passage à la retraite.

⁶⁶⁸ Issus du référentiel national du processus et des contrats pluriannuels de gestion, 18 indicateurs relatifs à l'invalidité étaient suivis en 2022, 8 en 2023, dont seulement 5 communs entre les deux exercices.

⁶⁶⁹ Par ailleurs, elle estime les coûts d'investissement dans les systèmes d'information sur le champ de l'invalidité à 3,6 M€.

2 - Une disparité de moyens alloués, partiellement mutualisés

La gestion administrative de l'invalidité fait partie des processus progressivement mutualisés par la Cnam à partir de 2017 dans le cadre plus général de la démarche de travail en réseau de l'assurance maladie (Tram)⁶⁷⁰. La Cnam de résidence conserve la relation de proximité avec l'assuré mais la gestion administrative de son dossier d'invalidité est assurée par l'un des 29 pôles Tram.

Cette mutualisation a permis d'harmoniser les pratiques et de renforcer la productivité des techniciens spécialisés sur ce dispositif complexe, dont une partie des tâches a été automatisée. Alors que le nombre d'assurés en invalidité augmentait de 7 % entre 2019 et 2023, l'effectif des pôles Tram chargé de leur gestion a baissé de 10 %.

Toutefois, la répartition de cet effectif rapporté au nombre d'invalides reste hétérogène selon les territoires, sans que cela se justifie par le nombre de demandes de pension d'invalidité, d'invalides de catégorie 3 ou de bénéficiaires de l'allocation supplémentaire d'invalidité. En 2023, un agent administratif du pôle Tram de Saint-Lô gérait 2,4 fois plus d'invalides qu'à Digne. Une plateforme d'entraide entre les Cnam permet aux caisses mieux dotées de mettre à disposition une partie de leurs techniciens en renfort conjoncturel auprès de caisses en difficulté.

Des disparités sont également constatées dans la répartition de l'effectif du service du contrôle médical chargé de l'invalidité, qui a baissé de 13,5 % entre 2019 et 2023⁶⁷¹, principalement en raison de la pénurie de médecins-conseils. Ainsi, un agent du service du contrôle médical en Provence-Alpes-Côte d'Azur et Corse suivait deux fois plus d'invalides qu'en Bretagne en 2023.

Un projet d'intégration du service médical au sein des Cnam est en cours. Il serait souhaitable, à cette occasion, d'étudier la pertinence d'une mutualisation de la gestion médicale de l'invalidité, dans une perspective d'harmonisation des pratiques.

⁶⁷⁰ Axe 4 de la convention d'objectifs et de gestion 2014-2017 de la Cnam.

⁶⁷¹ 216 équivalents temps plein étaient chargés du processus invalidité dans les échelons locaux du service médical en 2023.

3 - Une qualité de service à conforter pour une meilleure équité de traitement

Selon l'enquête de satisfaction réalisée par la Cnam en 2024, le taux de satisfaction des assurés en invalidité (78 %) est supérieur de 12 points à celui de l'ensemble des assurés bénéficiant d'un revenu de remplacement de l'assurance maladie.

Toutefois, l'hétérogénéité de traitement résultant de la disparité des moyens alloués doit être réduite. En 2022, un assuré en arrêt de travail dans le Centre-Val de Loire entrait en invalidité en moyenne 75,4 jours plus tard qu'en Auvergne-Rhône-Alpes. Sans que cela en soit la seule cause, l'écart entre les effectifs chargés de l'invalidité dans les deux régions dépasse 20 %. En 2023, le taux d'entrée en invalidité au terme du délai maximum de 36 mois de versement des indemnités journalières était quatre fois plus faible en Grand-Est que dans les Hauts-de-France.

La gestion de l'invalidité a été en partie dématérialisée, permettant d'améliorer la fiabilité et les délais de traitement. Depuis 2022, les assurés ayant un compte *Ameli*⁶⁷² doivent remplir puis transmettre en ligne leurs déclarations de ressources sur l'honneur pour vérifier et ajuster le montant de leur pension. Cette automatisation a permis de renforcer la performance du service.

Les résultats doivent toutefois encore être améliorés car la Cnam n'atteint pas tous les objectifs qu'elle s'est fixés : le taux d'erreurs dans l'attribution des pensions d'invalidité est certes inférieur à 2 % ; il doit en revanche être réduit pour l'allocation supplémentaire d'invalidité, pour laquelle il reste supérieur à 5 %. L'objectif de traitement des dossiers de demande de mise en invalidité dans un délai de 60 jours n'est pas atteint pour une partie des salariés, ni pour les travailleurs indépendants⁶⁷³.

Le logiciel *Scapin*, utilisé pour l'instruction, la gestion et le paiement des pensions d'invalidité, est vieillissant. Son interopérabilité, notamment avec *Ameli*, est instable, ce qui oblige les gestionnaires à des saisies manuelles, sources d'erreurs. Une nouvelle version, prévue pour 2026, doit permettre de consolider dans une interface unique toutes les données relatives à un assuré, ce qui facilitera le travail des agents qui doivent aujourd'hui consulter une multitude d'outils pour traiter un dossier.

⁶⁷² Environ 85 % des assurés en invalidité ont un compte *Ameli*.

⁶⁷³ 84,5 % des dossiers de travailleurs indépendants ont été instruits en 60 jours en 2022 pour un objectif de 90 % fixé par la Cnam. L'indicateur n'était plus suivi en 2023. Il était de 85,4 % pour les salariés qui sollicitent directement leur mise en invalidité.

Le déploiement du dispositif de ressources mensuelles⁶⁷⁴, qui permettrait de préremplir les déclarations sur l'honneur des ressources, initialement prévu en 2024, n'interviendra pas avant 2026, avec le nouvel outil de gestion administrative de l'invalidité.

Après plusieurs retards, le calendrier de développement des téléservices et de refonte des outils doit être respecté pour améliorer la qualité de service et mobiliser davantage les pôles Tram sur des missions de contrôle et d'accompagnement des situations les plus complexes.

B - Une capacité de travail et de gain à mieux évaluer

Les décisions d'attribution de pension d'invalidité varient sensiblement d'un département à l'autre et sont parfois en décalage avec la capacité de travail des assurés. Une évaluation de la capacité de gain mobilisant des outils plus performants, et intervenant de façon plus régulière, permettrait de limiter ces incohérences.

1 - Des décisions d'attribution de pension hétérogènes, sources d'incohérences

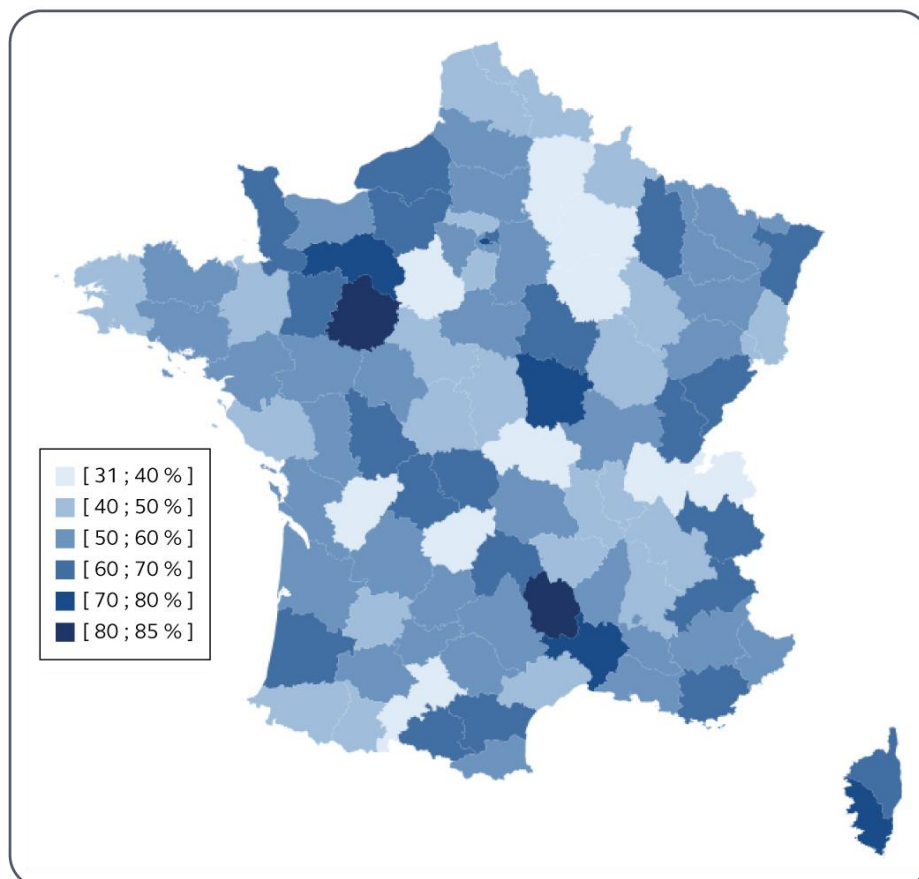
Le taux de personnes en invalidité dans la population active variait en 2021 de 1,3 % à 4,8 % selon les départements métropolitains⁶⁷⁵. Ces écarts peuvent s'expliquer en partie par la structure par âge de la population, son état de santé et les possibilités d'emploi offertes par le marché local du travail.

Malgré un effort de supervision des dossiers d'invalidité par les médecins-chefs, les décisions de mise en invalidité à la demande de l'assuré varient aussi fortement. En 2023, la part des dossiers acceptés parmi les demandes variait de 31 % à 85 % selon les départements.

⁶⁷⁴ Base de données relatives aux revenus connus de l'administration fiscale.

⁶⁷⁵ En l'absence d'informations disponibles sur le nombre d'assurés dans chaque département, ce taux rapporte le nombre de personnes en invalidité à la population active âgée de 15 à 64 ans, fournie par l'Insee pour l'année 2021.

**Carte n° 4 : taux d'attribution des pensions d'invalidité
en proportion des demandes directement adressées
par les assurés en 2023 (en %)**



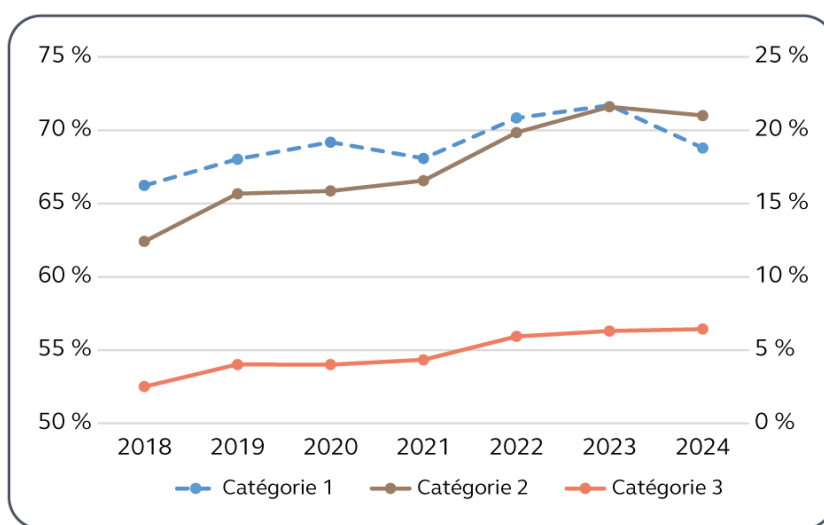
Source : Cour des comptes d'après les données de la Cnam

Selon la Cnam, ces différences pourraient s'expliquer par les particularités socio-économiques des territoires et par des degrés variables de connaissance par les assurés des conditions à réunir pour que leur invalidité soit reconnue. La diversité des pratiques médicales a toutefois aussi une responsabilité : au sein d'une même région, l'Occitanie, le taux d'acceptation des demandes de mise en invalidité par l'assurance maladie variait ainsi de près de un à trois selon les échelons locaux du service médical en 2023.

Les catégories d'invalidité attribuées peuvent, par ailleurs, être en décalage avec la situation de certains assurés : en novembre 2024, 69 % des salariés placés en invalidité et considérés comme pouvant travailler

(catégorie 1) exerçaient une activité professionnelle ; c'était aussi le cas de 21 % des salariés de catégorie 2 et de 6,4 % de ceux de catégorie 3⁶⁷⁶, censés en être « absolument incapables ». Ces proportions ont augmenté depuis 2018.

Graphique n° 43 : proportion de salariés invalides exerçant une activité professionnelle (2018-2024)



Lecture : catégorie 1 : échelle de gauche ; catégories 2 et 3 : échelle de droite.

Source : Cour des comptes d'après les données de la Cnam

La direction de la sécurité sociale a cherché à réformer les catégories d'invalidité pour les simplifier et mieux les faire correspondre aux capacités de travail et de gain des assurés placés en invalidité. Elle souhaitait aussi corriger l'asymétrie entre la capacité de gain pour entrer en invalidité, qui doit être réduite des deux tiers, et celle pour en sortir, qui doit correspondre à au moins 50 % de la capacité de gain antérieure. Elle voulait enfin inciter à la reprise et à l'accroissement d'une activité professionnelle. La difficulté d'atteindre simultanément l'ensemble de ces objectifs l'a conduite à renoncer à modifier les catégories existantes.

⁶⁷⁶ Cette activité peut toutefois être très partielle. Pour les travailleurs indépendants, le taux d'emploi était plus élevé encore : 79 % en catégorie 1, 54 % en catégorie 2 et 21 % en catégorie 3.

2 - Des médecins-conseils mal outillés pour apprécier la capacité de travail

En matière de prestations d'invalidité, contrairement aux rentes d'accident du travail et de maladie professionnelle, les services du contrôle médical ne disposent d'aucun barème associant pathologies et incapacité permanente de travail. Les médecins-conseils expliquent cette absence par le fait que l'invalidité ne résulte pas d'un traumatisme ou d'une lésion circonscrite mais d'un état général de santé, qui trouve son origine dans une ou plusieurs pathologies.

Cette difficulté existe également dans le domaine du handicap. Toutefois, un guide-barème permet, dans ce cas, d'évaluer les conséquences de l'incapacité sur la vie quotidienne de la personne. Afin de réduire l'hétérogénéité des pratiques d'attribution des pensions, la Cour a préconisé en 2010, puis à nouveau en 2019, la création d'un référentiel de l'invalidité cohérent avec le guide-barème du handicap⁶⁷⁷.

Ces recommandations n'ont pas été mises en œuvre mais les services du contrôle médical disposent depuis 2015 d'un outil d'aide à la décision de mise en invalidité, qui mesure les capacités restantes de l'assuré pour seize activités⁶⁷⁸ de la vie quotidienne et qui produit un avis indicatif. Comme la Cour l'avait déjà relevé en 2019, cet outil reste peu utilisé par les médecins-conseils, même s'il est aujourd'hui plus largement utilisé par les infirmiers de l'assurance maladie qui instruisent les demandes.

Dans ces conditions, l'appréciation de la réduction de la capacité de gain susceptible de conduire à une mise en invalidité continue de reposer exclusivement sur l'expérience et le jugement du médecin-conseil.

Pour mesurer la capacité d'un assuré à occuper un emploi, le médecin-conseil doit en principe prendre en compte les caractéristiques du poste, les possibilités de reclassement au sein de l'entreprise, la capacité de l'assuré à être formé à une nouvelle activité professionnelle, ainsi que la situation sur le marché local du travail. Il dispose de peu d'informations sur ces éléments et évalue, pour l'essentiel, la capacité de gain résiduelle des assurés sur la base de leur état de santé et de leur situation sociale.

⁶⁷⁷ Cour des comptes, « L'invalidité et l'inaptitude dans le régime général », *rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, chapitre XV, 2010 et « Les pensions d'invalidité ; une modernisation indispensable au service d'un accompagnement renforcé des assurés », *rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, chapitre IV, 2019.

⁶⁷⁸ Les seize items retenus par l'application permettent d'évaluer, entre autres, la capacité d'apprentissage et d'application des connaissances, la capacité à exécuter une ou plusieurs tâches, à communiquer, à porter, déplacer et manipuler des objets, à marcher et se déplacer et à interagir avec autrui.

La mise en place d'une commission pluridisciplinaire pour assister le médecin-conseil dans sa prise de décision a été expérimentée en 2023 à l'initiative de la direction de la sécurité sociale et de la Cnam. Cette commission, composée d'un médecin du travail et d'un représentant du réseau des Cap emploi⁶⁷⁹, spécialistes du maintien en emploi, devait éclairer le médecin-conseil dans les cas jugés complexes.

Selon le bilan de l'expérimentation établi par la Cnam, 18 % des dossiers étudiés ont fait l'objet d'un avis divergent entre le médecin-conseil et l'instance collégiale. Dans les deux tiers de ces cas, l'instance collégiale estimait possible l'exercice d'une activité professionnelle contrairement au médecin-conseil. L'expérimentation ne sera pas généralisée car elle a été jugée trop consommatrice de temps dans un contexte de manque de ressources médicales. Elle souligne toutefois l'importance de disposer d'informations précises sur l'employabilité, en amont de la mise en invalidité.

Une allocation plus efficiente du temps médical devrait conduire à mobiliser les équipes des services de santé au travail (infirmiers, conseillers sociaux, psychologues, etc.), pour recueillir les informations pertinentes sur les conditions de travail et d'emploi des assurés susceptibles d'être mis en invalidité et les transmettre au service médical de l'assurance maladie avant évaluation par le médecin-conseil.

3 - Des réévaluations de la capacité de travail trop peu fréquentes

Le service du contrôle médical opère peu de révisions d'invalidité. En 2023, seules 20 724 pensions ont été réexaminées, soit 2,9 % des pensions versées dans l'année. La Cnam considère qu'il n'est pas opportun d'augmenter le nombre de ces réexamens, compte tenu de la pénurie de médecins-conseils et dans la mesure où ils conduisent à un maintien de la catégorie d'invalidité dans 98 % des cas.

Toutefois, le faible nombre de réexamens ne garantit pas la représentativité de ce dernier taux. Or, les réévaluations assurent le paiement à bon droit des pensions d'invalidité et l'équité de traitement entre les assurés. En l'absence de réexamen, une personne placée en catégorie 2 dont la capacité de gain s'améliore percevra une pension d'invalidité plus élevée qu'une personne placée en catégorie 1, même si leurs capacités de gain sont devenues identiques. De même, faute de réexamen de leur situation, les personnes placées en catégorie 1 sont maintenues en invalidité y compris lorsqu'elles ont recouvré plus de 50 % de leur capacité de gain. Enfin, des réévaluations conduiraient, dans certaines situations, à des économies de prestations (cf. encadré *infra*).

⁶⁷⁹ Réseau chargé de l'accompagnement dans et vers l'emploi des personnes en invalidité ou en situation de handicap.

Comme la Cour l'a recommandé en 2019, il serait souhaitable d'accorder les pensions d'invalidité de catégorie 1 pour une durée limitée mais renouvelable, dépendant de l'âge et de l'état de santé de l'assuré. La situation des bénéficiaires de catégories 2 et 3 qui reprennent un emploi devrait être systématiquement réexaminée par le médecin-conseil. Cette information, qui figure dans la déclaration sur l'honneur des ressources, pourrait donner lieu à une alerte informatisée.

Les moyens humains nécessaires à ces réexamens devraient pouvoir être obtenus par l'entrée en vigueur, prévue au printemps 2025, du protocole établi par la Cnam qui permet la délégation de tâches des médecins-conseils aux infirmiers du service du contrôle médical.

L'enjeu financier du retour en emploi des personnes en invalidité

La meilleure évaluation de la capacité de travail et de gain des personnes en invalidité est un levier essentiel pour garantir la dépense à bon droit. Par ailleurs, favoriser le retour en emploi des personnes en situation d'invalidité constitue, au-delà de l'intérêt personnel qu'elles peuvent en retirer, un gisement d'économies important (cf. *infra*) :

- 1 % des personnes en invalidité de catégorie 1 reprenant un emploi adapté, leur permettant de sortir de l'invalidité, représenterait une économie de prestations de 14 M€ par an ;
- 1 % des personnes en invalidité de catégorie 2 reprenant une activité professionnelle, les conduisant à être placés en catégorie 1, représenterait une économie de prestations de 20 M€ par an.

III - Un retour à l'emploi à favoriser dans l'intérêt des assurés et des comptes sociaux

La Cour a recommandé en 2019 de réformer les modalités de cumul des pensions d'invalidité avec des revenus professionnels, afin de renforcer l'incitation à la reprise d'emploi. Des avancées importantes ont eu lieu dans ce domaine. L'enjeu du retour en emploi des personnes souffrant de problèmes de santé dépasse toutefois la seule question de ce cumul et constitue notamment un enjeu financier important. En amont de la mise en invalidité, les employeurs doivent être mobilisés de façon plus précoce, et les interventions des acteurs de la prévention de la désinsertion professionnelle mieux articulées.

A - Des conditions de cumul invalidité-emploi rendues plus incitatives

Jusqu'en 2022, la pension d'invalidité était supprimée en tout ou partie dès que le montant cumulé de la pension et des revenus professionnels dépassait pendant deux trimestres consécutifs le salaire trimestriel moyen de la dernière année d'activité. La reprise d'un emploi pouvait ainsi se traduire par une perte de revenus⁶⁸⁰.

Un décret du 23 février 2022 a corrigé cet effet. Désormais la pension d'invalidité n'est plus amputée que de la moitié (et non de la totalité) du dépassement lorsque son montant cumulé avec celui des revenus d'activité devient supérieur au salaire de comparaison⁶⁸¹. Ce dernier ne pouvait toutefois dépasser le plafond de la sécurité sociale.

Selon la Cnam, la nouvelle réglementation a conduit à augmenter le montant de la pension d'invalidité de 65 394 bénéficiaires dont les revenus d'activité étaient en moyenne de 20 000 € par an. Toutefois, du fait du plafonnement du salaire de comparaison, elle a conduit à diminuer la pension versée à 9 950 personnes dont le revenu annuel moyen d'activité était plus élevé (27 000 €) et même à la suspendre pour 1 474 personnes aux revenus plus élevés encore (73 000 €).

Afin de limiter le nombre de perdants, le plafond du salaire de comparaison a été porté à 1,5 fois le plafond de la sécurité sociale⁶⁸² par un décret du 28 juillet 2023, ce qui a conduit à restaurer ou ré-augmenter la pension d'invalidité de près de 6 700 bénéficiaires.

La suspension de la pension d'invalidité en raison d'un dépassement du salaire de comparaison a toutefois des conséquences importantes pour un nombre limité d'assurés. De nombreux contrats de prévoyance conditionnent en effet le versement de la rente d'invalidité et la prise en charge des remboursements d'emprunts, prévus au contrat, au versement d'une pension par l'assurance maladie. L'accroissement des revenus d'activité peut alors se traduire par une baisse du pouvoir d'achat des assurés.

⁶⁸⁰ Le risque était d'autant plus important que les salaires sont assujettis à un taux de prélèvements sociaux de 21 %, alors que ce taux est de 6,7 % pour les pensions d'invalidité.

⁶⁸¹ Il s'agit du montant maximum entre le salaire annuel moyen des dix meilleures années et celui de la dernière année d'activité précédant le passage en invalidité.

⁶⁸² Soit un montant annuel égal à 70 650 € au 1^{er} janvier 2025.

B - Des employeurs à mieux mobiliser pour favoriser le maintien en emploi

Le fait d'avoir été en arrêt maladie de plus de soixante jours une année donnée s'accompagne d'un risque accru de transition vers le chômage ou l'inactivité l'année suivante⁶⁸³. Ce constat souligne la nécessité de favoriser le retour vers l'emploi, y compris dans des conditions adaptées, dès que l'état de santé de l'assuré le permet.

Pour permettre ce retour à l'emploi, le concours actif des employeurs est indispensable. Contrairement à d'autres pays qui les sollicitent fortement, y compris financièrement, les employeurs ne sont pas, en France, au cœur du dispositif d'insertion professionnelle des personnes souffrant de problèmes de santé.

Les incitations au retour en emploi en Belgique et aux Pays-Bas

Dans ces deux pays, les employeurs contribuent de façon importante à l'indemnisation des salariés placés en arrêt maladie, ce qui constitue une incitation forte à agir pour leur retour en emploi.

En Belgique, les employeurs versent l'intégralité du salaire durant la première année de l'absence d'un de leurs salariés pour cause de maladie ou d'accident d'origine non professionnelle. Lorsque l'incapacité de travail se prolonge au-delà d'un an, l'assurance obligatoire prend le relais et verse une indemnité d'invalidité mensuelle à l'intéressé. Depuis avril 2023, afin d'encourager la réintégration de travailleurs malades en cas d'absence de longue durée, les employeurs qui emploient une personne en invalidité dans le cadre d'une reprise progressive du travail peuvent bénéficier d'une prime.

Aux Pays-Bas, le dispositif de reprise du travail des personnes partiellement invalides oblige les employeurs à maintenir le salaire de la personne en arrêt de travail pendant les deux premières années de maladie et à investir dans des mesures de réinsertion professionnelle.

Jusqu'à la loi du 2 août 2021 portant renforcement de la santé au travail, les employeurs n'étaient mobilisés en France que de façon indirecte, par l'intermédiaire de la médecine du travail.

⁶⁸³ Parmi les personnes ayant connu un arrêt maladie de plus de soixante jours, 18,9 % des femmes et 14,2 % des hommes étaient au chômage ou en inactivité l'année suivante, contre respectivement 7,1 % des femmes et 4,4 % des hommes pour les salariés n'ayant pas connu d'arrêt de travail (Drees, *Études et Résultats* n° 938, octobre 2015).

La loi a ouvert la possibilité d'un rendez-vous de liaison⁶⁸⁴ organisé à l'initiative de l'employeur ou du salarié, au cours duquel sont évoquées, entre autres, les conditions d'un retour en emploi. Cette possibilité est toutefois encore mal connue et les rendez-vous sont peu nombreux selon Presanse⁶⁸⁵. Ce dispositif mériterait de faire l'objet d'une campagne d'information et de communication auprès des acteurs.

Les employeurs ont la responsabilité d'organiser une visite de reprise à l'issue de l'arrêt de travail⁶⁸⁶ mais, dans les cas où la santé des salariés est durablement altérée, le retour dans l'entreprise doit être préparé en amont. C'est l'objet de la visite dite de préreprise. Celle-ci est effectuée par l'infirmier ou le médecin du travail et n'associe pas l'employeur. Elle permet d'envisager les aménagements nécessaires à la reprise du poste ou d'un nouvel emploi dans l'entreprise avant que l'employeur ne soit consulté sur la possibilité de les mettre en œuvre.

Cette visite joue un rôle crucial pour amorcer le processus d'adaptation des conditions de travail et d'emploi, en vue d'un retour du salarié sur son poste ou à un autre poste. Même si elle peut désormais être organisée dès le trentième jour d'arrêt maladie⁶⁸⁷, la loi de 2021 précitée a rendu son organisation facultative, ce qui en atténue la portée.

L'accord national interprofessionnel du 10 décembre 2020, à l'origine de la loi du 2 août 2021, visait à systématiser la visite de préreprise au même titre que la visite de reprise, en cas d'arrêt maladie de longue durée. Il serait par conséquent souhaitable que la convocation à cette visite soit rendue obligatoire. Elle devrait intervenir le plus tôt possible afin de donner le temps à l'employeur de mobiliser tous les leviers à sa disposition pour favoriser le maintien en emploi.

L'employeur pourrait avoir l'obligation d'informer le service de santé au travail des arrêts de longue durée, l'organisation de la visite de préreprise incombant à ce service. Face à la pénurie de médecins du travail, la possibilité ouverte par la loi du 2 août 2021 de déléguer ces visites aux infirmiers en santé au travail devrait être exploitée, ce qui n'est pas le cas aujourd'hui, 99 % d'entre elles étant encore réalisées par des médecins⁶⁸⁸.

⁶⁸⁴ Possible dès le trentième jour d'arrêt maladie continu ou discontinu.

⁶⁸⁵ Organisme représentatif des services de prévention et de santé au travail interentreprises.

⁶⁸⁶ Depuis le décret n° 2022-372 du 16 mars 2022, cette visite est obligatoire à l'issue de 60 jours au moins d'arrêt de travail contre 30 jours auparavant. À cette occasion l'infirmier ou le médecin du travail peut émettre un avis d'inaptitude.

⁶⁸⁷ Au lieu de trois mois avant l'entrée en vigueur du décret du 16 mars 2022.

⁶⁸⁸ Direction générale du travail, *L'activité des services de prévention et de santé au travail en 2023*.

C - Des acteurs de la prévention de la désinsertion professionnelle à mobiliser plus précocement

Les assurés dont la poursuite de l'activité professionnelle est menacée pour raison de santé sont identifiés par le service médical et le service social de l'assurance maladie, par la médecine du travail, ou encore lorsqu'ils se présentent à l'accueil des Cnam.

1 - Un renforcement de la coordination entre l'assurance maladie et les services de prévention et de santé au travail à parachever

S'ils y consentent, ces assurés sont pris en charge par la cellule pluridisciplinaire de prévention de la désinsertion professionnelle de leur service de santé au travail qui élabore, avec eux, un plan personnalisé de retour à l'emploi. Ils peuvent également être suivis par le service social de l'assurance maladie, qui finance, conjointement aux employeurs, des actions dites de remobilisation⁶⁸⁹ mises en œuvre durant les arrêts maladie. Les assurés qui perdent leur emploi au cours ou à l'issue d'un arrêt maladie sont orientés vers France Travail.

La multiplicité des acteurs et des points d'entrée dans le dispositif de prise en charge du risque de désinsertion professionnelle le rend peu lisible pour les assurés et complique l'orientation de ces derniers. Bien que la prévention de la désinsertion professionnelle soit l'un des objectifs assignés à l'assurance maladie depuis près de quinze ans, ses services communiquent encore difficilement avec ceux de la médecine du travail et la convergence de leurs modalités de détection du risque de désinsertion doit être organisée.

La loi du 2 août 2021 a créé un cadre de partenariat entre l'assurance maladie et les services de prévention et de santé au travail afin de favoriser la détection précoce du risque de désinsertion professionnelle. Elle prévoit que, lorsqu'un tel risque apparaît, sous réserve de l'accord de l'assuré, le service médical de l'assurance maladie transmette au service de prévention et de santé au travail du salarié des informations concernant ses arrêts de travail. En retour, le service de prévention et de santé au travail devrait transmettre à l'assurance maladie les informations sur les conditions de travail des assurés qui lui ont été signalés.

⁶⁸⁹ Formations, essais encadrés pour tester la compatibilité d'un poste de travail avec l'état de santé du salarié, conventions de rééducation professionnelle en entreprise, etc.

Ces dispositions ne sont toutefois toujours pas mises en œuvre car des difficultés d'ordre juridique et technique ont retardé l'élaboration des décrets d'application de la loi. Trois ans après la promulgation de celle-ci, ces textes doivent être pris dans les meilleurs délais.

2 - Anticiper la mise en invalidité pour favoriser un accompagnement adapté

L'article R 341-8 du code de la sécurité sociale prévoit que la mise en invalidité intervienne dès la stabilisation de l'état de santé de l'assuré. Il n'y a donc pas lieu de continuer à verser des indemnités journalières au-delà de cette date, d'autant qu'elles sont généralement plus coûteuses pour la sécurité sociale que les pensions d'invalidité⁶⁹⁰ et que le prolongement de la période d'inactivité des assurés est préjudiciable à leur retour à l'emploi.

Le statut d'invalidé permet à l'assuré de bénéficier d'un accompagnement renforcé, favorable au retour à l'emploi. La mise en invalidité vaut, en effet, reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé. À ce titre, les personnes placées en invalidité peuvent bénéficier de l'expertise des Cap emploi, sollicités par la médecine du travail dans le cadre de l'adaptation du poste ou du reclassement dans l'entreprise. De leur côté, les employeurs peuvent bénéficier des aides proposées par l'association pour la gestion des fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées (Agefiph). Les personnes placées en invalidité, qui sont au chômage, peuvent être accompagnées par des équipes spécialisées, en association avec France Travail.

La mise en invalidité reste aujourd'hui tardive. Alors que de telles situations devraient rester exceptionnelles selon la Cnam, le taux de mise en invalidité au terme de la durée maximale de 36 mois de versement des indemnités journalières atteignait encore 20,7 % en 2023. Il était de 17,9 % en 2019.

⁶⁹⁰ Les indemnités journalières sont égales à 50 % du salaire de référence, contre 30 % pour la pension d'invalidité de catégorie 1, et le salaire de référence est calculé sur les trois derniers mois d'activité pour ces indemnités, contre les dix meilleures années pour les pensions d'invalidité. Le plafond de salaire retenu pour le calcul des indemnités journalières (3 243 € bruts mensuels) est toutefois plus faible que celui utilisé pour les pensions d'invalidité (3 864 €).

Afin de limiter le nombre des mises en invalidité tardives et de favoriser le retour à l'emploi lorsqu'il est possible, le service du contrôle médical doit améliorer le ciblage de ses contrôles des arrêts de travail de longue durée et les mettre en œuvre de façon plus précoce. Dans ce but, la Cnam testait fin 2024 une campagne de contrôle systématique des arrêts de plus de 18 mois sans affection de longue durée exonérante. Ces efforts doivent être poursuivis et généralisés.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Le nombre de bénéficiaires de pensions d'invalidité est élevé et la plupart d'entre eux perçoivent un revenu de remplacement jusqu'à leur retraite. L'importance du coût global de l'invalidité pour le régime général, environ 10 Md€ en 2023, nécessite que soit mise en place une gestion active de ce risque.

L'un des principaux enjeux est l'évaluation de la capacité de la personne à reprendre une activité même à temps très partiel, pendant l'arrêt de travail mais aussi une fois la mise en invalidité décidée.

Cette évaluation est difficile. Elle dépasse les seules compétences médicales et nécessite de prendre en compte les conditions de travail et d'emploi. Elle requiert des échanges plus étroits entre l'assurance maladie et les services de prévention et de santé au travail. Prévus par la loi du 2 août 2021 dans le cadre de la prévention de la désinsertion professionnelle, ces échanges ne sont toujours pas effectifs en l'absence de décrets d'application qu'il convient de prendre au plus vite.

Pour favoriser le retour vers l'emploi des personnes souffrant de problèmes de santé, en amont de la mise en invalidité ou une fois celle-ci prononcée, la Cour formule les recommandations suivantes :

- 45. (Recommandation reformulée) limiter le versement des pensions d'invalidité de première catégorie à une durée définie et renouvelable, en fonction de l'âge et de l'état de santé des assurés (ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles) ;*
 - 46. accroître la fréquence des réexamens de pensions d'invalidité en mettant en place une alerte en cas de reprise d'activité déclarée par l'assuré et en mobilisant davantage les infirmiers du service médical (Caisse nationale d'assurance maladie) ;*
 - 47. organiser la transmission à l'assurance maladie, par les infirmiers et les autres personnels des services de prévention et de santé au travail, des informations relatives aux conditions de travail et d'emploi des assurés, afin que l'assurance maladie puisse mieux évaluer leur employabilité (ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles, Caisse nationale d'assurance maladie) ;*
 - 48. rendre obligatoire la convocation des salariés absents depuis plus de 30 jours pour raison médicale à une visite de préreprise ; à cet effet, prévoir la transmission des informations nécessaires par leur employeur à la médecine du travail (ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles).*
-

Chapitre XIV

La retraite des artistes-auteurs : une indispensable restructuration de la gestion

PRÉSENTATION

Les artistes-auteurs sont rattachés à cinq branches professionnelles : écrivains, auteurs et compositeurs de musique, auteurs des arts graphiques et plastiques, du cinéma et de l'audiovisuel, et de la photographie. Ils sont affiliés au régime général pour la couverture de base, ce qui leur ouvre des droits aux prestations de sécurité sociale (retraite, maladie et famille), et à trois régimes spécifiques pour leur retraite complémentaire. Au sein du régime général, ils cotisent selon des modalités plus avantageuses que celles des autres assurés, ce qui justifie de vérifier leur affiliation en tant qu'artiste-auteur.

Pour la couverture de base, deux associations agréées par l'État géraient jusqu'en 2018 l'affiliation, le recouvrement des cotisations, l'action sociale et l'information des assurés : l'association pour la gestion de la sécurité sociale des auteurs (Agressa) pour les écrivains, compositeurs, artistes-auteurs du cinéma et de la télévision, photographes, et la Maison des artistes pour les graphistes et plasticiens. Ces associations ont rencontré des problèmes de gouvernance, doublés pour l'Agressa de graves défaillances dans l'appel des cotisations vieillesse. Pour y remédier, les pouvoirs publics ont transféré le recouvrement des cotisations au réseau des Urssaf à partir de 2019. L'Acoss (Urssaf Caisse nationale) en a confié la gestion à l'Urssaf Limousin. L'Agressa et la Maison des artistes se sont rapprochées pour créer la sécurité sociale des artistes-auteurs (SSAA), à laquelle ont été confiées, fin 2022, les missions d'affiliation, d'action sociale et d'information.

Les trois régimes de retraite complémentaire sont gérés depuis 2012 par l'institution de retraite complémentaire de l'enseignement et de la création (Irccec), qui collecte les cotisations, en coordination désormais avec l'Urssaf Limousin, et verse les pensions de retraite complémentaire aux artistes-auteurs.

Dans ce contexte, la Cour a souhaité évaluer les principales évolutions de la gestion des retraites des artistes-auteurs depuis 2019 en procédant au contrôle des comptes et de la gestion de la SSAA et de l'Irccec.

La population des artistes-auteurs se distingue par une grande diversité en termes d'activités et de revenus, à l'origine de la complexité et des spécificités de leur système de retraite (I). Des progrès notables ont été accomplis en matière de gestion par l'Urssaf Limousin et par l'Irccec mais les insuffisances graves et persistantes de la SSAA nécessitent de poursuivre la restructuration engagée en 2019 (II).

Chiffres-clés

L'Urssaf Limousin prélève les cotisations obligatoires de sécurité sociale (474 M€ en 2023, dont 455 M€ au bénéfice de la retraite de base) auprès d'environ 400 000 artistes-auteurs⁶⁹¹ et 50 000 diffuseurs⁶⁹². La caisse nationale d'assurance vieillesse (Cnav) verse une retraite de base, selon les règles applicables aux salariés, à environ 40 000 personnes (en avril 2024) qui ont cotisé à un moment de leur carrière en qualité d'artistes-auteurs, soit dix fois moins que le nombre de cotisants, pour un montant annuel total estimé à 385 M€.

Pour ce qui concerne les régimes complémentaires, 71 078 artistes-auteurs cotisaient à l'Ircec et moins de 25 000 artistes-auteurs et leurs ayants droit percevaient une retraite complémentaire au 31 décembre 2023. Cette même année, l'Ircec a perçu 145 M€ de cotisations et versé 51,9 M€ de prestations. Elle disposait, à fin 2023, de 1 Md€ de réserves.

I - Une population diverse, bénéficiant d'un système de retraite spécifique

La population des artistes-auteurs se caractérise par une grande diversité de professions et de revenus d'activité (A). Elle bénéficie d'un système de retraite spécifique, tenant compte de ses caractéristiques (B).

A - Un public hétérogène aux revenus disparates

Les artistes-auteurs forment une population peu nombreuse qui exerce des professions diverses (1), souvent avec des revenus artistiques faibles complétés par d'autres revenus d'activité (2).

1 - Des artistes-auteurs en nombre limité, aux professions diverses

En vertu de l'article L. 382-1 du code de la sécurité sociale, les artistes-auteurs sont affiliés obligatoirement au régime général de la

⁶⁹¹ Tirant leurs revenus de l'exploitation d'une création originale, ils se distinguent des intermittents du spectacle, engagés comme salariés sous contrat à durée déterminée.

⁶⁹² Un diffuseur est une personne physique ou morale qui verse une rémunération à un artiste-auteur en contrepartie de la diffusion ou de l'exploitation commerciale de l'œuvre originale et du profit pécuniaire qu'il peut en tirer (éditeurs, commerces d'art, etc.).

sécurité sociale. Le décret n° 2020-1095 du 28 août 2020 a clarifié le champ des artistes-auteurs au sens de la sécurité sociale en le rapprochant de celui des auteurs d'œuvres de l'esprit au sens du code de la propriété intellectuelle, donnant lieu en général à des droits d'auteur⁶⁹³. De nouvelles professions correspondant à cette définition ont été intégrées, comme les auteurs en auto-édition ou ceux de logiciels originaux.

Les revenus artistiques principaux sont tirés de la conception ou de la création, de l'utilisation ou de la diffusion d'une œuvre, lorsque ces activités ne sont pas exercées sous la forme du salariat. Les revenus artistiques accessoires (issus de cours donnés par l'artiste-auteur ou de sa participation à des rencontres publiques, etc.), sans être issus par eux-mêmes d'une activité de création, présentent un lien avec le revenu artistique principal déclaré.

Selon l'Urssaf, qui recouvre leurs cotisations sociales, le nombre des artistes-auteurs augmente et atteignait 390 000 à fin 2023. Ce sont des hommes à près de 60 % et plus de 40 % résident en Île-de-France.

La répartition par profession est seulement connue pour le principal régime de retraite complémentaire, auquel cotisent près de 50 000 artistes-auteurs appartenant à 56 professions artistiques. La plus représentée est celle des graphistes (23 % en 2022), en raison de l'essor des activités numériques dans les années 2000. Les écrivains, photographes, compositeurs et plasticiens représentent, chacun, 7 à 9 % des cotisants du régime, et les autres professions artistiques moins de 5 % chacune.

2 - Une grande disparité de revenus d'activité, souvent faibles

L'observatoire des revenus et de l'activité des artistes-auteurs, créé en septembre 2023, recense leurs revenus artistiques, approchés par les assiettes de cotisation déclarées à l'Urssaf, et leurs autres revenus⁶⁹⁴. L'assiette de cotisation correspond au montant brut hors taxes des droits d'auteur pour ceux, tels la plupart des musiciens ou écrivains, qui déclarent leurs revenus au fisc dans la catégorie des traitements et salaires, même si les droits d'auteur ne sont pas des salaires versés par un employeur. Elle correspond aux bénéfices non commerciaux majorés de 15 %⁶⁹⁵ pour ceux,

⁶⁹³ Le droit d'auteur comprend un droit moral incessible (une œuvre appartient à son créateur) et un droit patrimonial qui permet l'utilisation de l'œuvre en contrepartie d'une rémunération proportionnelle aux recettes d'exploitation.

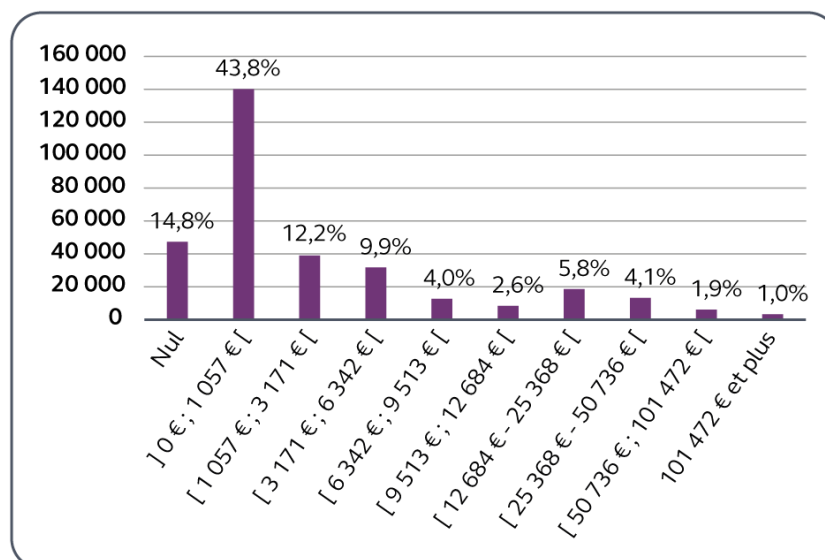
⁶⁹⁴ Salaires des secteurs privé et public, revenus des travailleurs indépendants et des auto-entrepreneurs, mais pas les retraites, ni les minima sociaux et les autres revenus.

⁶⁹⁵ Cette majoration correspond approximativement à l'ajout des cotisations sociales, afin d'obtenir une assiette de cotisation brute.

notamment des artistes des arts visuels (peintres, sculpteurs, etc.), qui déclarent leurs revenus dans cette catégorie et déduisent leurs frais professionnels du montant de la vente de leurs œuvres.

Les 329 068 artistes-auteurs recensés par l'observatoire en 2022 ont perçu en moyenne 7 649 € de revenus artistiques en 2022. Parmi eux, près de 15 % n'en ont perçu aucun. Les revenus artistiques non nuls sur l'année sont disparates et souvent faibles : près de 60 % sont inférieurs à 1 057 € et un peu plus de 1 % supérieur à 100 000 €.

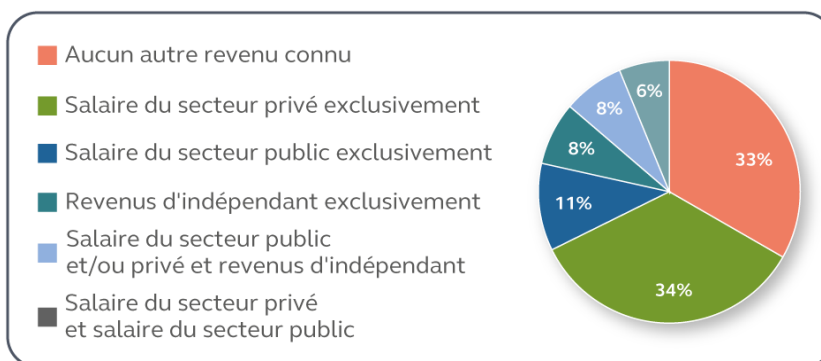
Graphique n° 44 : répartition des artistes-auteurs selon leurs revenus artistiques annuels (assiette de cotisation) en 2022



Note : les tranches de revenus correspondent à des pourcentages de Smic horaire de 2022 (10,57 €).
Source : Cour des comptes, à partir des données de l'observatoire des artistes-auteurs

Les revenus des artistes-auteurs sont complétés par d'autres revenus d'activité dans deux tiers des cas.

Graphique n° 45 : répartition des artistes-auteurs selon la perception ou non d'autres revenus d'activité en 2022



Source : Cour des comptes, à partir des données de l'observatoire des artistes-auteurs

Les autres revenus annuels sont bien supérieurs aux revenus artistiques, puisque les revenus totaux d'activité s'élevaient en 2022 à 93 241 € en moyenne. Les revenus artistiques ne sont donc pas la principale source de revenus pour un grand nombre d'artistes-auteurs, par exemple des chercheurs au titre de leurs publications.

Pour les 110 000 artistes-auteurs qui n'ont pas d'autres revenus d'activité en 2022, les revenus artistiques sont aussi fréquemment faibles, représentant 11 700 € en moyenne et moins de 988 € par an pour la moitié d'entre eux.

B - Une couverture vieillesse qui tient compte des spécificités des artistes-auteurs

Les artistes-auteurs ont été rattachés au régime général pour leur couverture de base par une loi de 1975⁶⁹⁶ (1) et à trois régimes spécifiques pour leur retraite complémentaire (2). Le montant de leur retraite complète est difficile à évaluer (3).

⁶⁹⁶ Loi n° 75-1348 du 31 décembre 1975 relative à la sécurité sociale des artistes-auteurs d'œuvres littéraires et dramatiques, musicales et chorégraphiques, audiovisuelles et cinématographiques, graphiques et plastiques.

1 - Une intégration au régime général avec des taux de cotisation inférieurs pour les hauts revenus

La Cnav liquide les droits à retraite de base des artistes-auteurs selon les règles du régime général puis leur verse leur pension.

Contrairement aux travailleurs indépendants et aux salariés du secteur privé, les artistes-auteurs ne paient pas de cotisations vieillesse sur leurs revenus au-delà du plafond de la sécurité sociale. En effet, depuis 2020, celles-ci sont prises en charge par l'État⁶⁹⁷. Cela conduit à une absence de solidarité des artistes-auteurs à hauts revenus envers ceux aux revenus plus modestes. Il en résulte également un manque d'équité vis-à-vis des travailleurs indépendants et des salariés du secteur privé, dont les revenus supérieurs au plafond annuel de la sécurité sociale se voient appliquer une cotisation déplafonnée pour la retraite de base.

La Cour a estimé le manque à gagner pour l'assurance vieillesse résultant des écarts de taux entre les artistes-auteurs dont les revenus sont supérieurs au plafond annuel de la sécurité sociale et les travailleurs indépendants, ainsi qu'entre ces mêmes artistes-auteurs et les salariés⁶⁹⁸, à partir des revenus artistiques déclarés en 2023. Le manque à gagner serait d'environ 40 M€ lorsqu'on compare la situation des artistes-auteurs avec celle des travailleurs indépendants ; il serait plus faible si on la compare avec celle des salariés.

Dans le respect des principes de solidarité et d'équité du régime général, le taux de cotisation vieillesse sur les revenus supérieurs au plafond de la sécurité sociale pourrait être relevé au-delà du niveau pris en charge par l'État.

Le précompte des cotisations sociales par les diffuseurs est obligatoire pour les artistes-auteurs déclarant leurs revenus en traitements et salaires. En pratique, les organismes de gestion collective, qui négocient les droits d'auteur auprès des diffuseurs et les perçoivent, redistribuent ces droits, nets de cotisations sociales, aux artistes-auteurs et versent à l'Urssaf les cotisations sociales prélevées, en précisant le détail par artiste-auteur⁶⁹⁹.

⁶⁹⁷ Les artistes-auteurs ne relèvent pas de l'assurance chômage et n'ont pas bénéficié de la suppression des cotisations chômage qui a accompagné la hausse de la contribution sociale généralisée en 2018. En contrepartie, l'État prend en charge depuis 2020 notamment les cotisations vieillesse à la charge des artistes-auteurs au-delà du plafond de la sécurité sociale.

⁶⁹⁸ En tenant compte des cotisations versées par les diffuseurs et par les employeurs.

⁶⁹⁹ Excepté le secteur du livre, où ces opérations sont assurées en général par les éditeurs.

Les organismes de gestion collective des droits d'auteur

Vingt-trois organismes de gestion collective existent en France. Les trois principaux en termes de droits d'auteur perçus et distribués sont la société des auteurs, compositeurs et éditeurs de musique (Sacem), la société des auteurs et compositeurs dramatiques (SACD) et la société civile des auteurs multimédia (Scam). En 2023, ces trois organismes ont perçu près de 1,9 Md€ de droits d'auteur et en ont réparti près de 1,6 Md€.

Les artistes-auteurs bénéficient en outre de deux dispositifs spécifiques : d'une part, la possibilité de se faire rembourser les cotisations vieillesse appelées au-delà du plafond de la sécurité sociale en raison de la diversité de la provenance de leurs revenus et, d'autre part, la possibilité, si leurs revenus sont faibles, de cotiser sur une assiette forfaitaire pour valider quatre trimestres de retraite dans l'année.

2 - Trois régimes complémentaires prenant en compte la nature de l'activité artistique

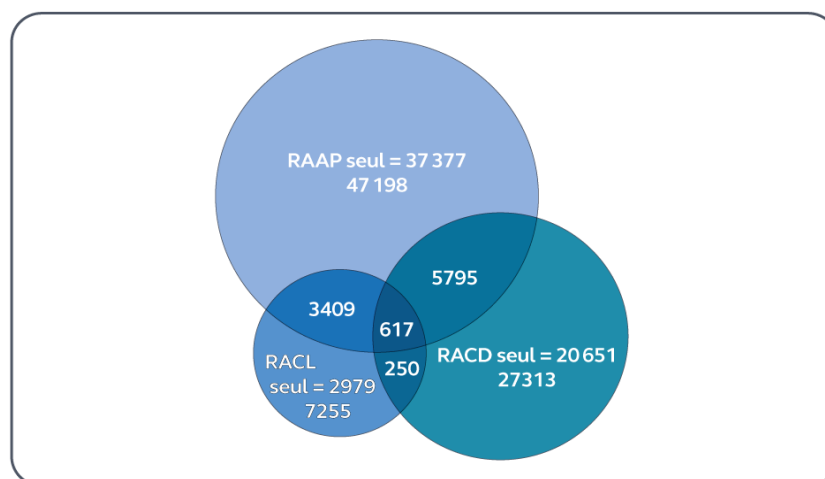
L'institution de retraite complémentaire de l'enseignement et de la création (Irccec) gère, depuis 2012, un régime de retraite complémentaire pour les artistes-auteurs de toutes professions, le régime des artistes-auteurs professionnels (RAAP), et deux régimes spécifiques, le régime des auteurs et compositeurs dramatiques, auteurs de spectacle vivant et auteurs de films (RACD), mis en place par la société des auteurs et compositeurs dramatiques (SACD), et le régime des auteurs et compositeurs lyriques (RACL), à l'initiative de la société des auteurs, compositeurs et éditeurs de musique (Sacem). L'Irccec recouvre les cotisations, liquide les droits et verse la retraite de chacun des trois régimes.

L'assiette de cotisation correspond aux revenus artistiques de l'année en cours au RACD, dès le premier euro de revenu. Elle correspond aux revenus de l'année précédente au RAAP et au RACL, qui ont maintenu un seuil de revenu minimum⁷⁰⁰. Ces seuils marquent le caractère professionnel des régimes, en écartant les artistes-auteurs qui perçoivent ponctuellement des droits d'auteur. Leur suppression conduirait à élargir le champ des cotisants à des artistes-auteurs avec de faibles droits à retraite.

Fin 2023, 71 078 artistes-auteurs, soit moins de 20 % des affiliés au régime général, cotisaient pour leur retraite complémentaire, dont certains à plusieurs des trois régimes.

⁷⁰⁰ 900 fois le Smic horaire (10 142 € en 2024 pour les revenus de 2023) pour le RAAP et 3 089,54 € pour le RACL.

Graphique n° 46 : nombre de cotisants à l'Ircec au 31 décembre 2023



Source : Cour des comptes, à partir des données de l'Ircec

Le taux de cotisation est de 8 % au régime des artistes-auteurs professionnels sur une assiette limitée à trois fois le plafond de la sécurité sociale (139 104 €). Il est de 8 % également au régime des auteurs et compositeurs dramatiques, avec un plafond de 570 000 €, et de 6,5 % au régime des auteurs et compositeurs lyriques, avec un plafond de 424 811 €. Pour limiter le taux global des cotisations versées au titre de la retraite complémentaire, le taux de cotisation au RAAP est réduit à 4 % sur les revenus déjà soumis à cotisation au RACD ou au RACL⁷⁰¹.

Il existe des cotisations de solidarité⁷⁰² au RACD et au RACL pour les retraités qui perçoivent des droits d'auteur et pour certains non-retraités ayant des revenus (RACL) ou des droits (RACD) élevés.

Compte tenu de la variabilité dans le temps de leurs revenus, les artistes-auteurs dont les revenus passent en-deçà du seuil au RAAP et au RACL peuvent demander à continuer à cotiser⁷⁰³. Pour ceux dont les revenus sont les plus faibles, il est également possible, au choix de l'assuré, de cotiser au taux réduit de 4 % au RAAP. Ainsi, un artiste-auteur, dont l'assiette sociale au RAAP est juste inférieure à 30 429 €, pourra réduire sa cotisation d'environ 1 200 €, avec moins de droits en contrepartie.

⁷⁰¹ Soit 12 % (4 % + 8 %) pour un scénariste de film (RAAP et RACD) et 10,5 % (4 % + 6,5 %) pour un compositeur de musique (RAAP et RACL), contre 10,37 % à l'Agirc-Arrco et 7 % au régime complémentaire des travailleurs indépendants sous le plafond de la sécurité sociale.

⁷⁰² Ces cotisations ne donnent pas de droits à retraite en contrepartie.

⁷⁰³ Ou, au RACD, si l'artiste-auteur n'a pas perçu de droit d'auteur cette année-là.

Les producteurs d'œuvres audiovisuelles prennent en charge 25 % de la cotisation au régime des artistes-auteurs professionnels et de celle au régime des auteurs et compositeurs dramatiques de leurs auteurs. Les écrivains, traducteurs littéraires ou illustrateurs peuvent bénéficier d'une prise en charge de 50 % de leurs cotisations au régime des artistes-auteurs professionnels par la société française des intérêts des auteurs de l'écrit (Sofia) au titre du droit de prêt en bibliothèque⁷⁰⁴, sous certaines conditions⁷⁰⁵.

Le paiement des cotisations a été simplifié avec le prélèvement à la source : la SACD et les producteurs audiovisuels précomptent les cotisations au RAAP et au RACD, la Sacem le fait pour le RACL et la Scam, depuis juillet 2021, verse un acompte sur la cotisation au RAAP à devoir l'année suivante à hauteur de 4 %.

3 - Des retraites difficiles à évaluer

Les artistes-auteurs qui font valoir leurs droits à la retraite ne sont pas soumis à la cessation d'activité et peuvent continuer à percevoir des droits d'auteur. Ils continuent à cotiser et à acquérir des droits au régime général depuis la réforme en 2023 du cumul emploi-retraite, ce qui n'est pas le cas dans les régimes complémentaires⁷⁰⁶.

Le nombre d'artistes-auteurs retraités de droit direct et de bénéficiaires de pensions de réversion au 31 décembre 2023 est d'environ 40 000 personnes à la Cnav⁷⁰⁷ et de 24 612 à l'Irceec. Leur répartition entre les trois régimes complémentaires est similaire à celle des cotisants.

D'après la Cnav, la pension de base perçue par les artistes-auteurs s'élevait en moyenne annuelle à 9 811 €, soit un montant un peu supérieur à l'ensemble des retraités de la Cnav à fin 2023 (environ 9 100 €). La part de cette pension liée à l'activité d'artiste-auteur reste toutefois, en règle générale, limitée, les retraités considérés n'ayant cotisé en qualité d'artistes-auteurs qu'en moyenne 12 années de leur carrière parmi les 31 années validées au régime général.

⁷⁰⁴ Le droit de prêt permet aux auteurs et aux éditeurs d'être rémunérés au titre du prêt de leurs livres en bibliothèque.

⁷⁰⁵ En application de l'article L. 382-12 du code de la sécurité sociale, pour ceux tirant plus de 50 % de leurs revenus de droits d'auteur pour des livres, sous certaines limites.

⁷⁰⁶ Des cotisations de solidarité sont dues au RACD et au RACL mais il n'est plus possible d'acquérir de droits quand la retraite est liquidée.

⁷⁰⁷ Les artistes-auteurs à la retraite sont fondus parmi les retraités du régime général et difficiles à identifier. La Cnav recensait, en avril 2024, 39 225 retraités du régime général ayant eu une période d'activité cotisée en tant qu'artiste-auteur.

En 2022, la pension complémentaire moyenne annuelle de droit direct pour les retraités bénéficiant de retraites complémentaires à l'Ircec était de 1 315 € au régime des artistes-auteurs professionnels, 1 650 € au régime des auteurs et compositeurs dramatiques et 3 668 € au régime des auteurs et compositeurs lyriques, soit moins qu'à l'Agirc-Arrco (environ 6 200 €). Cet écart doit être relativisé car les retraites complémentaires des artistes-auteurs peuvent se cumuler entre elles et avec celles d'autres régimes complémentaires. Les pensions complémentaires sont dispersées, à l'instar des revenus artistiques : pour le RAAP, 50 % des retraités perçoivent moins de 636 € de pension annuelle et 10 % plus de 3 345 €.

Les données font défaut pour estimer le montant total de la retraite des artistes-auteurs, au régime général, à l'Ircec mais aussi dans les autres régimes de retraite. Fin 2016⁷⁰⁸, pour ceux qui ont acquis des droits à l'Ircec, la pension totale moyenne était estimée à 1 538 € par mois (dont 281 € au titre de l'Ircec), supérieure à celle de l'ensemble des retraités (1 435 €). Cette moyenne masquait sans doute de fortes disparités, que la taille trop faible de l'échantillon des retraités de l'Ircec ne permettait pas de mesurer.

II - Des améliorations notables de la gestion des retraites, une restructuration à poursuivre

La gestion de la couverture de base a été réformée en profondeur en 2019, tandis que la gestion par une caisse unique des régimes de retraite complémentaires se consolidait (A). Ces évolutions se sont traduites par des améliorations notables dans la couverture retraite des artistes-auteurs (B) malgré les défaillances de la sécurité sociale des artistes-auteurs (C).

A - Une réforme inaboutie de la gestion de la couverture de base, une consolidation de la gestion des régimes complémentaires

La nouvelle organisation de la gestion de la retraite de base résulte d'un processus long et heurté, insuffisamment accompagné par les ministères de tutelle (ministères chargés des affaires sociales et de la culture) et par la direction de la sécurité sociale des artistes-auteurs (1). À l'inverse, bien que complexe, la gestion des trois régimes de retraite complémentaire a fait preuve d'efficacité (2).

⁷⁰⁸ À partir de l'échantillon inter-régimes de retraités de 2016, le dernier exploité par la Drees, qui recense pour chaque retraité tous ses droits à retraite au 31 décembre 2016.

1 - Une restructuration mal accompagnée de la gestion de la couverture de base

Jusqu'en 2019, deux associations agréées par les ministères chargés de la culture et des affaires sociales, l'Agessa pour les écrivains, compositeurs, artistes-auteurs du cinéma et de la télévision, photographes et la Maison des artistes pour les graphistes et plasticiens, étaient chargées du recouvrement des cotisations vieillesse des artistes-auteurs. Ces cotisations étaient appelées auprès de ceux dont les revenus artistiques déclarés étaient supérieurs à 900 fois le Smic horaire dans l'année (les « affiliés »). Faute d'identifier les artistes-auteurs aux revenus inférieurs à ce seuil (les « assujettis »), l'Agessa, contrairement à la Maison des artistes⁷⁰⁹, n'a pas appelé de cotisations vieillesse auprès d'une grande majorité d'entre eux pendant plusieurs dizaines d'années. Les droits à retraite correspondants ne leur ont donc pas été ouverts.

Ces dysfonctionnements graves ont été à plusieurs reprises signalés aux ministères de tutelle par l'Agessa et la Maison des artistes⁷¹⁰, les organisations professionnelles et les artistes-auteurs. Aucune mesure corrective n'a toutefois été prise avant la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018.

Les ministères de tutelle ne se sont en outre pas mis en situation de définir une vision partagée de l'évolution de la gestion de la retraite de base des artistes-auteurs. Avec la mise sous administration provisoire de la Maison des artistes et de l'Agessa, les artistes-auteurs ont été écartés de la gouvernance de leur couverture de base pendant huit années.

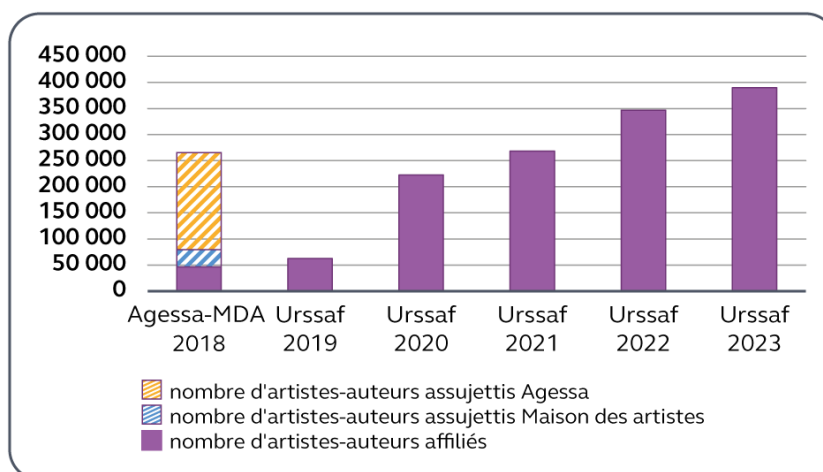
C'est seulement après la réforme de 2019 que la gouvernance de la retraite de base a été structurée avec, fin 2020, la création d'une délégation chargée de l'élaboration d'une politique générale de protection sociale des artistes-auteurs au sein du ministère de la culture et, fin 2022, la désignation, à l'issue d'une enquête de représentativité, d'un conseil d'administration pour la sécurité sociale des artistes-auteurs (SSAA), association agréée fin 2022 en lieu et place de l'Agessa et de la Maison des artistes.

⁷⁰⁹ La Maison des artistes appelait toutes les cotisations auprès de ses adhérents, à hauteur des revenus artistiques déclarés pour la plupart d'entre eux en bénéfices non commerciaux, alors que les cotisations sur les revenus artistiques des artistes-auteurs relevant de l'Agessa, principalement déclarés en traitements et salaires, étaient précomptés par leurs diffuseurs et organismes de gestion collective, à l'exception de la cotisation vieillesse plafonnée, faute de connaître l'intégralité des revenus.

⁷¹⁰ En mai 2016, les associations agréées ont demandé des moyens supplémentaires pour refondre leur système d'informations afin d'assurer le recouvrement des cotisations vieillesse plafonnées. Les ministères de tutelle n'ont pas donné suite à cette demande.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 a transféré le recouvrement des cotisations vieillesse au réseau des Urssaf, avec un appel de cotisations provisionnelles dès le premier euro de revenus artistiques de l'année en cours, régularisé l'année suivante⁷¹¹. Cette réforme a conduit à une hausse sensible du nombre d'artistes-auteurs cotisant pour leur retraite de base. En 2018, le nombre de cotisants relevant de la Maison des artistes et de l'Agessa était estimé à 79 305⁷¹² et pour la grande majorité des 186 157 assujettis de l'Agessa, il n'y avait pas d'appel de cotisations. Le nombre de cotisants est passé à 62 167 en 2019 puis il a augmenté chaque année pour atteindre 389 719 en 2023. Dans le même temps, les cotisations recouvrées sont passées de 273 M€ en 2018 (Agessa et Maison des artistes) à 474 M€ en 2023 (Urssaf Limousin).

Graphique n° 47 : nombre d'artistes-auteurs recensés par l'Agessa, la Maison des artistes puis l'Urssaf Limousin au 31 décembre



Source : Cour des comptes, d'après les données de l'Agessa, de la Maison des artistes et de l'Urssaf Limousin

La réforme ayant été mal anticipée, sa mise en œuvre a été marquée par des échanges limités et peu fluides entre l'Agessa, la Maison des artistes, puis la sécurité sociale des artistes-auteurs (SSAA) et l'Urssaf Limousin. L'articulation entre leurs interventions a été définie progressivement et tardivement, conduisant à une répartition des missions

⁷¹¹ Auparavant les cotisations étaient payées l'année suivante, une fois les revenus connus, et seulement au-delà d'un seuil d'ouverture des droits de 900 fois le Smic horaire.

⁷¹² 46 162 affiliés (29 222 pour la Maison des artistes, 16 940 pour l'Agessa) et 33 143 assujettis de la Maison des artistes.

et des processus peu efficaces, au regard des missions résiduelles confiées à la SSAA (l'affiliation et le contrôle du respect du champ du régime, le secrétariat de la commission d'action sociale et l'information sur la protection sociale des artistes-auteurs).

Cette réforme n'a pas non plus fait l'objet d'un accompagnement suffisant auprès des artistes-auteurs, dans un contexte marqué par des mesures spécifiques liées à la pandémie de covid 19. Ceux-ci ont été confrontés à de nombreuses difficultés techniques et administratives durant les premières années suivant la réforme, tandis que l'Urssaf Limousin, physiquement moins accessible que la Maison des artistes et l'Agessa, situées à Paris, devenait leur principal interlocuteur. Les organisations professionnelles et les organismes de gestion collective ont été fortement mobilisés pour expliquer la réforme et accompagner les artistes-auteurs dans leurs démarches.

La mise en place de la contemporanéité du recouvrement à partir de 2019 a été accompagnée d'un dispositif exceptionnel proposé aux artistes-auteurs, leur permettant d'ouvrir, sous conditions, des droits supplémentaires à la retraite en contrepartie du versement de cotisations, pour compenser les trois semestres au titre desquels des cotisations n'avaient pas été appelées. Moins de 2 000 artistes-auteurs ont eu recours à ce dispositif, aujourd'hui clos.

2 - Des régimes complémentaires gérés par une caisse autonome

Les trois régimes complémentaires des artistes-auteurs, instaurés au début des années 1960, ont été gérés par différentes caisses avant d'être réunis au sein d'une caisse unique, l'Ircec, instituée par décret du 30 décembre 2011 et autonome depuis 2015⁷¹³. L'Ircec seule dispose de la personnalité juridique mais les trois régimes qu'elle gère sont autonomes dans leur fonctionnement, leurs instances et leur financement.

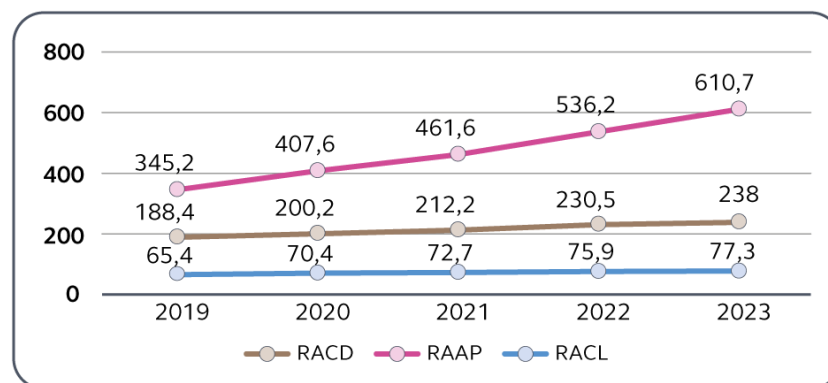
Malgré une comitologie abondante, avec soixante administrateurs en fonction dans quatre conseils d'administration (un pour l'Ircec et un propre à chaque régime) et une dizaine de commissions, l'organisation de l'Ircec est fluide. Elle donne satisfaction aux professionnels, représentés par des pairs qui sont en capacité d'appréhender la diversité des assurés de ces régimes.

⁷¹³ L'Ircec a quitté le groupe Berri, qu'elle avait créé en 1959 avec trois autres caisses de l'organisation autonome d'assurance vieillesse des professions libérales, le 1^{er} octobre 2015.

L'Ircec a développé des relations efficaces avec les organismes de gestion collective, l'Urssaf et les ministères de tutelle.

En raison d'une démographie favorable, avec plus de deux cotisants par retraité au RAAP (artistes-auteurs professionnels) et au RACL (auteurs et compositeurs lyriques), et plus de trois au RACD (auteurs et compositeurs dramatiques, auteurs de spectacle vivant et auteurs de films), les trois régimes présentent des résultats excédentaires et leurs réserves, gérées de manière dynamique, augmentent.

Graphique n° 48 : évolution du montant des réserves par régime en M€ (2019-2023)



Source : Cour des comptes à partir des rapports d'activité de l'Ircec

Selon les projections actuarielles établies avant la réforme des retraites de 2023, le nombre de cotisants par retraité va toutefois rapidement diminuer. Les résultats deviendraient déficitaires à partir de 2032 pour le régime des auteurs et compositeurs lyriques, 2034 pour le régime des auteurs et compositeurs dramatiques et 2045 pour le régime des artistes-auteurs professionnels ; les réserves s'épuiseraient à l'horizon 2070 (2062 pour le RACD).

La gestion financière des réserves de chaque régime est déléguée à des gestionnaires d'actifs, choisis avec l'appui d'un cabinet de conseil en investissement, qui réalise chaque année une analyse détaillée des frais de gestion. Un suivi régulier et rigoureux de la gestion financière est effectué par les commissions des placements de chaque régime et par le conseil d'administration de l'Ircec.

Des rendements élevés

Le RAAP, le RACD et le RACL sont des régimes en points. En 2024, le rendement est d'environ 10 % au RAAP et au RACD, et 6 % au RACL. Cela signifie que chaque euro cotisé donne droit à respectivement 10 et 6 centimes de pension annuelle, soit 2 € et 1,20 € pendant toute la durée de la retraite⁷¹⁴. Le retraité reçoit ainsi davantage de pensions qu'il n'a versé de cotisations. Il récupère la totalité de ses cotisations après seulement 10 années de retraite au RAAP et au RACD et 16,7 années de retraite au RACL.

Afin de favoriser l'équilibre financier sur longue période des trois régimes, leurs conseils d'administration baissent progressivement les rendements des régimes. Le développement de l'intelligence artificielle générative⁷¹⁵, rendant plus incertaines les perspectives d'évolution du nombre d'artistes-auteurs et de leurs revenus, pourrait justifier d'accélérer cette réduction.

Une fusion des trois régimes ne serait pas opportune à brève échéance. Elle irait dans le sens de la simplification mais se heurterait à la diversité des professions artistiques. En outre, elle supposerait au préalable une convergence des règles de seuil d'affiliation et de cotisation ainsi qu'une convergence des rendements.

B - Des progrès en matière de recouvrement des cotisations et de services rendus aux assurés

La restructuration de 2019 a permis d'améliorer la fiabilité du recouvrement des cotisations, y compris aux régimes complémentaires (1) mais le dispositif de régularisation des cotisations arriérées, complexe, est peu utilisé (2). Une offre de services s'est progressivement déployée pour accompagner les artistes-auteurs (3).

1 - Une amélioration du recouvrement des cotisations

Concernant les cotisations au régime de base, les revenus perçus en 2019 n'ont pas été soumis à cotisations pour éviter un double appel cette année-là. Puis le recouvrement a été suspendu pendant la crise sanitaire avant de reprendre progressivement. En avril 2024, le montant des

⁷¹⁴ L'espérance de vie à 65 ans (âge moyen de départ à la retraite en 2022 dans les trois régimes) est selon l'Insee d'environ 19 ans pour les hommes et 23 ans pour les femmes.

⁷¹⁵ Système d'intelligence artificielle capable de produire du texte, des images ou d'autres médias.

cotisations et contributions restant dues par les diffuseurs et par les artistes-auteurs s'établissait à 1,9 M€ pour l'année 2020 sur un total de 338 M€, et à 29 M€ pour l'année 2023 sur un total de 474 M€.

Au regard des priorités qui ont suivi le transfert du recouvrement, l'Urssaf Limousin n'a pas suffisamment déployé de contrôles de l'assiette des revenus artistiques.

L'Ircec recouvre les cotisations dues au titre des trois régimes complémentaires selon des modalités différentes.

Pour le régime des auteurs et compositeurs dramatiques et pour le régime des auteurs et compositeurs lyriques, les cotisations sont précomptées ou prélevées à la source respectivement par la SACD et la Sacem. Les taux d'encaissement après régularisation s'établissent chaque année à près de 100 % dans les deux cas.

Pour le régime des artistes-auteurs professionnels, les cotisations sont précomptées au taux minimum de 4 % sur les revenus de l'année ou font l'objet d'appels de cotisations de l'Ircec, selon le régime fiscal retenu par l'artiste-auteur. Du fait notamment de la variation des revenus d'un exercice à l'autre et des options de taux applicables (4 % ou 8 %), l'Ircec effectue ensuite des appels complémentaires et des régularisations. Compte tenu de ces modalités de recouvrement, le taux d'encaissement des cotisations du RAAP de l'année 2019 s'élevait à fin 2023 à 96 %.

Le conseil d'administration du RAAP a décidé la suspension du recouvrement forcé pour le RAAP pendant la crise sanitaire. Les actions ont été reprises depuis 2022, en ayant recours à un commissaire de justice.

Dans tous les cas, le renforcement de la fiabilité des données transmises par l'Urssaf Limousin participe à l'amélioration de l'appel des cotisations.

Entre 2019 et 2023, les coûts de recouvrement sont restés constants pour le RACD et pour le RACL, s'établissant respectivement à 0,10 % et à 0,54 %. Ils sont plus élevés et en hausse pour le RAAP, passant de 0,64 % en 2019 à 1,10 % en 2023. Cela s'explique par la forte hausse des encaissements et des frais de recouvrement du commissaire de justice, estimés par l'Ircec à environ 10 % des encaissements concernés. Par comparaison, les coûts de recouvrement du réseau des Urssaf, sur un champ plus large⁷¹⁶, sont compris entre 0,32 % et 0,35 %⁷¹⁷.

⁷¹⁶ Les Urssaf sont chargées du recouvrement des cotisations dues au titre des cinq risques couverts par le régime général.

⁷¹⁷ Rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale 2023 annexé au projet de loi de financement de la sécurité sociale.

2 - La régularisation de cotisations arriérées, un dispositif complexe et peu utilisé

Un dispositif de régularisation des cotisations vieillesse plafonnées a été mis en place en 2017, afin de permettre aux artistes-auteurs qui n'auraient pas cotisé depuis 1976 pour l'assurance vieillesse de base de valider des trimestres de retraite. Ce dispositif, ouvert jusqu'au 31 décembre 2027, est géré par la Cnav, en lien avec la sécurité sociale des artistes-auteurs, qui peut être consultée lorsque les pièces justificatives transmises à l'appui des demandes soulèvent des difficultés d'interprétation.

Entre 2019 et 2023, 1 380 demandes de régularisation ont été enregistrées par la Cnav, soit une faible proportion des nombreux artistes-auteurs dont les cotisations n'auraient pas été appelées par l'Agessa.

Bien que les modalités de traitement des dossiers entre la Cnav et la SSAA aient récemment été revues, le dispositif se heurte à la complexité des demandes. Il s'agit de reconstituer, par année civile, des revenus artistiques auprès de diffuseurs qui peuvent ne plus exister. Les délais de traitement sont longs, jusqu'à deux ans ou plus pour les dossiers les plus complexes.

Depuis 2024, l'action sociale de la SSAA peut prendre en charge une partie de la régularisation des cotisations arriérées, avec un plafond qui ne peut dépasser 100 % (50 % jusqu'en juin 2024) de la valeur mensuelle du plafond de la sécurité sociale (3 864 €) alors que le montant moyen estimé du rachat de cotisations arriérées par la Cnav est de l'ordre de 9 000 €.

Ces régularisations sont une réponse apportée par le législateur au fait que des cotisations n'aient pas été appelées par l'Agessa. Les interprétations demeurent divergentes entre la SSAA et les artistes-auteurs pour savoir s'il incombait à l'Agessa d'effectuer un recensement permanent des artistes-auteurs et d'appeler les cotisations, ou aux artistes-auteurs de déclarer leurs ressources, ce qui a donné lieu à des recours.

3 - Des services qui répondent désormais aux attentes des artistes-auteurs

Depuis 2019, une offre d'accueil des artistes-auteurs s'est déployée au sein de l'Urssaf Limousin. Elle s'organise autour d'un canal d'entrée unique, le site <https://www.artistes-auteurs.urssaf.fr>, et d'un portail spécifique, accessible via le site <https://www.urssaf.fr> aux artistes-auteurs et aux diffuseurs. Chaque cotisant dispose d'un espace personnel lui permettant d'effectuer différentes démarches, de s'informer sur ses droits

et d'entrer en contact avec les services de l'Urssaf Limousin. Deux artistes-auteurs sur trois se sont déclarés satisfaits de l'utilisation de leur compte en ligne.

En cas de difficultés, les cotisants disposent d'autres canaux de contact. Le courrier électronique, avec près de 200 000 contacts en 2023, est le plus utilisé, avant le téléphone et le courrier postal.

En lien avec la transformation digitale du réseau des Urssaf, l'arrivée prochaine de nouveaux agents conversationnels recourant à l'intelligence artificielle permettra d'aligner la qualité du service rendu par l'Urssaf Limousin aux artistes-auteurs sur les standards du réseau des Urssaf. Elle devrait permettre d'améliorer le taux de satisfaction des artistes-auteurs qui, malgré les progrès constatés, demeure encore inférieur à celui des autres catégories de cotisants.

Comme le régime général, l'Ircec propose aux artistes-auteurs une offre de services qui s'appuie sur différents canaux de contact (site Internet <https://www.ircec.fr>, accueil physique, téléphone et courrier électronique) dans l'objectif de les informer, les conseiller et les accompagner dans leurs démarches en matière de retraite complémentaire. Plus de 80 % des assurés et 4 000 maisons de production du cinéma et de l'audiovisuel disposaient d'un compte personnel en 2022, leur permettant de régler leurs cotisations en ligne, de prendre rendez-vous avec un conseiller et, depuis 2022, d'accéder à un historique des paiements et d'obtenir un échelonnement du paiement des cotisations en ligne.

Ces évolutions ont permis à l'Ircec d'offrir une qualité de service comparable aux standards du régime général et des caisses de retraite des professionnels libéraux, à l'exception notable de la relation téléphonique. De 2019 à 2023, environ 20 000 appels téléphoniques par an, soit dix fois moins que pour la retraite de base, ont été reçus par l'Ircec et moins d'un assuré sur deux en moyenne a pu dialoguer avec un conseiller. Bien que l'Ircec ait mis en place une politique de rappel, dont trois quarts sont réalisés dans les vingt-quatre heures, cette situation mérite d'être améliorée. Le conseil d'administration de l'Ircec a approuvé une autorisation de dépense permettant de renforcer les ressources affectées à l'accueil téléphonique à compter du premier trimestre 2025.

C - Une réorganisation à poursuivre

La répartition inefficace des missions entre la sécurité sociale des artistes-auteurs et les autres organismes de sécurité sociale (1) et les nombreuses défaillances dans la gestion administrative et comptable de la SSAA (2) imposent de poursuivre la restructuration engagée en 2019 (3).

1 - Une répartition inefficace des missions avec le régime général

La sécurité sociale des artistes-auteurs est chargée de l'affiliation des nouveaux artistes-auteurs et du contrôle du respect du champ d'application du régime. En pratique, depuis le transfert du recouvrement, que les activités artistiques soient déclarées par les diffuseurs ou par les artistes-auteurs eux-mêmes, les données sont en premier lieu collectées par l'Urssaf Limousin, qui recouvre les cotisations sociales. Pour pouvoir inscrire les sommes recouvrées au compte de l'artiste-auteur, l'Urssaf Limousin procède à son immatriculation, puis transmet ces informations pour affiliation à la SSAA.

L'Urssaf Limousin n'est pas en capacité de traiter les éventuelles décisions de rejet de la SSAA. Elle ne dispose en effet d'aucun pouvoir de radiation d'office des artistes-auteurs. Les contrôles de l'affiliation effectués par la SSAA dans un second temps sont donc sans effet. La SSAA ne réalise plus de contrôles *a posteriori* sur la base de factures, ce qu'effectuait l'Agessa avant le transfert du recouvrement des cotisations.

Le champ de l'action sociale de la SSAA est limité à l'aide à la surcotisation dite forfaitaire, permettant à ceux dont les revenus artistiques sont inférieurs à 600 fois le Smic horaire de cotiser jusqu'à ce seuil⁷¹⁸, afin notamment de valider quatre trimestres de retraite dans l'année. Depuis 2024, elle finance aussi l'aide à la régularisation de cotisations arriérées.

Sur la période 2019-2023, 1 243 demandes d'aide à la surcotisation forfaitaire ont été examinées par la commission d'action sociale de la SSAA. En l'absence de critères d'attribution objectifs, la plupart des demandes ont été accordées à hauteur du montant minimum de cotisation nécessaire pour acquérir quatre trimestres (430 € en 2024), quel que soit le nombre de trimestres déjà validés par l'artiste-auteur sur la base de ses revenus artistiques ou autres.

L'absence d'échange d'informations entre la sécurité sociale des artistes-auteurs, l'Ircec et des organismes de gestion collective, qui allouent également ce type d'aides, ne permet pas à la SSAA d'envisager l'attribution d'un montant variable d'aide au rachat de cotisations arriérées selon les demandes.

En termes d'information, la SSAA a mis en place une relation multicanale de bonne qualité vers les artistes-auteurs et les diffuseurs mais elle demeure peu utilisée. Nombre de services et d'informations proposés se retrouvent sur différents portails auxquels renvoie le site de la SSAA, comme celui de la Cnav en matière de retraite ou celui de l'Urssaf Limousin en matière de cotisations, ce qui contribue à la baisse significative de la notoriété et de l'image de la SSAA.

⁷¹⁸ Le seuil était égal à 900 fois le Smic horaire avant 2021.

2 - Une gestion comptable et administrative défaillante, héritage des organismes préexistants

La réforme de 2019 a conduit au transfert des trois-quarts du personnel de la SSAA vers le réseau des Urssaf à compter du 1^{er} janvier 2019. Opposés au transfert, 24 salariés sont restés à la SSAA ; ils n'ont pas bénéficié d'un plan d'accompagnement vers l'organisation cible prédéfinie au regard des missions résiduelles de la SSAA.

Cinq ans après le transfert, la SSAA comptait en 2023 près de 28 équivalents temps plein, dont plus de 70 % de cadres, et un taux d'absentéisme anormalement élevé de 16,8 % malgré une politique salariale et de temps de travail avantageuse. Insuffisant pour accompagner le transfert du recouvrement des cotisations dans les premiers mois qui ont suivi la réforme, l'effectif de la SSAA est actuellement en sous-activité. Le climat social est tendu et des situations de souffrance au travail ont été déclarées.

La SSAA loue, pour un montant annuel de 642 924 € en 2023, un hôtel particulier de plus de 1 000 m² dans le X^e arrondissement de Paris, où elle accueille marginalement du public⁷¹⁹. Avec un taux d'occupation de plus de 40 m² par salarié, alors que les trois-quarts des salariés pratiquent le télétravail au moins une fois par semaine, ces locaux sont disproportionnés.

Depuis 2019, les budgets de la Maison des artistes, de l'Agessa puis de la SSAA n'ont jamais été produits aux ministères de tutelle avant le début de l'année budgétaire, conduisant à verser la dotation de fonctionnement (4,7 M€ en 2023) sur la base de l'exécution de l'année précédente. Aucune analyse de l'exécution budgétaire, permettant de s'assurer de l'adéquation de la dotation aux dépenses, n'a été réalisée. Sur le plan comptable, en dépit de leurs obligations, les deux associations n'ont ni fait certifier ni publié leurs comptes⁷²⁰.

Le contrôle interne est resté embryonnaire. Une cartographie des risques a été établie mais elle n'a pas été actualisée.

Les procédures de la commande publique n'ont pas toujours été appliquées avec suffisamment de rigueur, notamment en ce qui concerne l'attribution et le suivi du marché de refonte de l'applicatif métier de la SSAA. Ainsi, après une mauvaise expression des besoins, l'absence de pilotage et de suivi de l'exécution de ce marché a conduit à un dérapage de son coût supérieur à 1 M€, soit 2,5 fois le montant initial du marché. L'outil informatique développé n'est pas utilisé par les services, qui se trouvent contraints de continuer à utiliser des applicatifs vieillissants et défaillants.

⁷¹⁹ Une centaine d'artistes-auteurs ont été accueillis dans ces locaux en 2023.

⁷²⁰ À l'exception des comptes portant sur l'exercice 2023.

3 - Un *statu quo* impossible

Au regard des défaillances de la SSAA, l'organisation de la gestion de la retraite de base des artistes-auteurs doit continuer à évoluer. Les trois missions de la sécurité sociale des artistes-auteurs devraient être progressivement transférées à l'Urssaf Limousin, qui est aujourd'hui davantage reconnue comme l'interlocuteur des artistes-auteurs. Cette dernière pourrait, de manière plus efficiente, assurer l'affiliation en plus de l'immatriculation des artistes-auteurs. Elle aurait vocation à gérer l'action sociale de la SSAA, qui consiste en des aides aux paiements de cotisations. Elle assure déjà en partie et avec succès l'information sur les droits sociaux, en relation avec les autres organismes de la sécurité sociale. Des collaborateurs de la sécurité sociale des artistes-auteurs pourraient être repris par le régime général et mettre à profit leur expertise du secteur des artistes-auteurs.

Il reviendrait à une instance nationale de représentation des artistes-auteurs, à l'instar du conseil d'administration de la SSAA, d'arbitrer les cas les plus complexes en matière d'affiliation et d'action sociale. Cette instance serait l'interlocutrice des ministères de tutelle concernant la protection sociale de base des artistes-auteurs, qui constituent une population relativement isolée. En plus de l'amélioration attendue du service, une telle réorganisation induirait des économies de gestion, notamment en matière de charges locatives et de système d'information.

La gestion des régimes complémentaires des artistes-auteurs resterait du ressort de l'Ircec et le pilotage de ces régimes et de leurs réserves du ressort de leurs conseils d'administration.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

La gestion du système de retraite des artistes-auteurs, complexe du fait de ses multiples spécificités, a été profondément restructurée depuis 2019, permettant, après une période de transition difficile, d'améliorer le niveau des services rendus.

Les spécificités au sein du régime général et des régimes complémentaires se justifient par la nécessaire prise en compte de la diversité, notamment économique, des situations des artistes-auteurs. Certaines méritent toutefois d'être revues dans une perspective de simplification et de meilleure équité entre les artistes-auteurs et les autres professions.

L'organisation en place depuis 2019 pour gérer la retraite de base reste largement inefficace, la sécurité sociale des artistes-auteurs (SSAA) n'ayant toujours pas trouvé sa place. Une poursuite de la restructuration engagée en 2019 s'impose.

La Cour formule les trois recommandations suivantes :

- 49. conformément aux principes de solidarité et d'équité du régime général de sécurité sociale, relever le taux de cotisation vieillesse sur les revenus supérieurs au plafond de la sécurité sociale au-delà du niveau pris en charge par l'État (ministère du travail, de la santé, de la solidarité et des familles, ministère de la culture);*
 - 50. mettre en place sans délai le contrôle de l'assiette des cotisations sociales des artistes-auteurs afin de s'assurer de l'exactitude et de l'exhaustivité des déclarations (Agence centrale des organismes de sécurité sociale);*
 - 51. transférer à l'Urssaf Limousin les missions actuellement confiées à la sécurité sociale des artistes-auteurs (affiliation, gestion de l'action sociale et information) et confier à une instance nationale de représentation des artistes-auteurs le soin d'arbitrer les cas les plus complexes en matière d'affiliation et d'action sociale (ministère du travail, de la santé, de la solidarité et des familles, ministère de la culture, sécurité sociale des artistes-auteurs, Agence centrale des organismes de sécurité sociale).*
-

Liste des abréviations

Acoss.....	Agence centrale des organismes de sécurité sociale
Agefiph.....	Association pour la gestion des fonds pour l’insertion professionnelle des personnes handicapées
Agessa.....	Association pour la gestion de la sécurité sociale des auteurs
Agirc-Arrco.	Association générale des institutions de retraite des cadres- Association des régimes de retraite complémentaire
AGGIR.....	Autonomie gérontologie groupe iso ressources
AP-HP.....	Assistance publique - hôpitaux de Paris
Anap.....	Agence nationale d’appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux
APA.....	Allocation personnalisée d’autonomie
Aripa.....	Agence de recouvrement et d’intermédiation des pensions alimentaires
ARS.....	Agence régionale de santé
ASF.....	Allocation de soutien familial
Aspa.....	Allocation de solidarité aux personnes âgées
ATIH.....	Agence technique de l’information sur l’hospitalisation
AT-MP.....	Accidents du travail-maladies professionnelles
Cades.....	Caisse d’amortissement de la dette sociale
Caf.....	Caisse d’allocations familiales
CANSSM.....	Caisse autonomie nationale de sécurité sociale dans les mines
CARCDSEF ...	Caisse autonome de retraite des chirurgiens-dentistes et des sages-femmes
Carmf.....	Caisse d’assurance retraite des médecins de France
Carpimko.....	Caisse autonome de retraite et de prévoyance des infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues, orthophonistes et orthoptiste
CARPV.....	Caisse autonome de retraite et de prévoyance des vétérinaires
Carsat.....	Caisse d’assurance retraite et de la santé au travail
Cavamac.....	Caisse d’allocation vieillesse des agents généraux et des mandataires non-salariés d’assurance et de capitalisation
Cavec.....	Caisse d’assurance vieillesse des experts-comptables et des commissaires aux comptes

Cavimac	Caisse d'assurance vieillesse, invalidité et maladie des cultes
Cavom	Caisse d'assurance vieillesse des officiers ministériels, des officiers publics et des compagnies judiciaires
CAVP	Caisse d'assurance vieillesse des pharmaciens
CCMSA	Caisse centrale de la mutualité sociale agricole
CEPS	Comité économique des produits de santé
CGPPP	Code général de la propriété des personnes publiques
CICE	Crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi
CHU	Centre hospitalier universitaire
Cipav	Caisse interprofessionnelle de prévoyance et d'assurance vieillesse
Cnaf	Caisse nationale des allocations familiales
Cnam	Caisse nationale d'assurance maladie
Cnav	Caisse nationale d'assurance vieillesse
CNAVPL	Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales
CNBF	Caisse nationale des Barreaux français
Cnieg	Caisse nationale des industries électriques et gazières
Cnil	Commission nationale de l'informatique et des libertés
Cnis	Conseil national de l'investissement en santé
CNMSS	Caisse nationale militaire de sécurité sociale
CNRACL	Caisse nationale de retraites de agents des collectivités locales
CNSA	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
COG	Convention d'objectifs et de gestion
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CRPCF	Caisse de retraite du personnel de la Comédie-Française
CPRPSNCF ..	Caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la société nationale des chemins de fer
Cropera	Caisse de retraites des personnels de l'Opéra national de Paris
CRP-RATP ...	Caisse de retraite du personnel de la régie autonome des transports parisiens
CASA	Contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie
CSA	Contribution de solidarité pour l'autonomie
CSG	Contribution sociale généralisée
CRDS	Contribution à la réduction de la dette sociale
CSIS	Conseil scientifique de l'investissement en santé
Dares	Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques
DGFiP	Direction générale des finances publiques
DGOS	Direction générale de l'offre de soins

DGS.....	Direction générale de la santé
Drees	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DRCI	Direction de la recherche clinique et de l'innovation
DRM	Dispositif de ressources mensuelles
DSN.....	Déclaration sociale nominative
DSS	Direction de la sécurité sociale
EBE	Excédent brut d'exploitation
Ehpad	Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
Enim	Établissement national des invalides de la marine
ESMS	Établissements de santé et médico-sociaux
ETPR.....	Équivalent temps plein
FATIACL.....	Fonds d'allocation temporaire d'invalidité des agents des collectivités locales
FFP.....	Pièces faciales filtrantes
FHF	Fédération hospitalière de France
FIR	Fonds d'intervention régional
FRR.....	Fonds de réserve pour les retraites
FSPOEIE.....	Fonds spécial des pensions des ouvriers des établissements industriels de l'Etat
FSV	Fonds de solidarité vieillesse
Gers	Groupement pour l'élaboration et la réalisation de statistiques
GIE.....	Groupement d'intérêt économique
GIP	Groupement d'intérêt public
GIR.....	Groupe iso-ressources
GCS.....	Groupement de coopération sanitaire
GHT	Groupement hospitalier de territoire
HAS.....	Haute autorité de santé
HCFP.....	Haut Conseil des finances publiques
HCSP.....	Haut Conseil de la santé publique
IADE	Infirmier anesthésiste diplômé d'État
IBODE	Infirmier de bloc opératoire diplômé d'Etat
Igas.....	Inspection générale des affaires sociales
IGF	Inspection générale des finances
Insee	Institut national de la statistique et des études économiques
Ircec.....	Institution de retraite complémentaire de l'enseignement et de la création
Irdes.....	Institut de recherche et de documentation en économie de la santé

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
M€	Millions d'euros
Md€	Milliards d'euros
MTP	Majoration pour tierce personne
MSA	Mutualité sociale agricole
NIR.....	Numéro d'inscription au répertoire
OCDE.....	Organisation de coopération et de développement économiques
Ondam.....	Objectif national des dépenses d'assurance maladie
Pacs	Pacte civil de solidarité
PCG.....	Plan comptable général
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
PME	Petites et moyennes entreprises
PPV	Prime de partage de la valeur
RAAP	Régime des artistes-auteurs professionnels
RACD	Régime des auteurs et compositeurs dramatiques, auteurs de spectacle vivant et auteurs de films
RACL	Régime des auteurs et compositeurs lyriques
Ralfss.....	Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale
Ratocem	Rentes d'accidents du travail des ouvriers civils des établissements miliaires
RGCU	Répertoire de gestion des carrières unique
Risp	Régime d'indemnisation des sapeurs-pompiers communaux non-professionnels
Robss.....	Régimes obligatoires de base de la sécurité sociale
RSA.....	Revenu de solidarité active
SAE	Statistique annuelle des établissements de santé
SACD	Société des auteurs et compositeurs dramatiques
Sacem	Société des auteurs, compositeurs et éditeurs de musique
Sandia.....	Service administratif national d'immatriculation des assurés
Saspa	Service de l'allocation spéciale aux personnes âgées
Scam.....	Société civile des auteurs multimédia
SEL	Société d'exercice libéral
SGDSN	Secrétariat général de la défense et de la sécurité nationale

Smic	Salaire minimum de croissance
SNGI	Système national de gestion des identifiants
SPF	Santé publique France
SSAA	Sécurité sociale des artistes-auteurs
TVA	Taxe sur la valeur ajoutée
Unédic	Union nationale interprofessionnelle pour l'emploi dans l'industrie et le commerce
Urssaf	Union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales