

POUR UN REDRESSEMENT DURABLE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

SYNTHÈSE

Le présent rapport répond à la saisine conjointe par le Premier ministre de trois Hauts Conseils, le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (Hcaam), le Haut Conseil du financement de la protection sociale (HCFiPS) et le Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge (HCFEA), lui-même composé de trois Conseils thématiques. Il était demandé d'« éclairer utilement les discussions » du Projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2026. Instances indépendantes composées de représentants des parties prenantes et des pouvoirs publics, les Hauts Conseils, en raison de leur investissement sur le champ des politiques sociales et de l'attachement fort de leurs membres à la sécurité sociale et à sa pérennité, ont eu à cœur de contribuer au débat public sur le redressement des comptes sociaux. Ils y ont travaillé à la fois de manière transversale et chacun sur son domaine de compétence spécifique.

Reconnaissant le contexte financier préoccupant dans lequel la sécurité sociale évolue, les Hauts Conseils estiment que ce dernier ne doit pas laisser la place à l'inaction. Il ressort de leurs travaux la volonté collective de retrouver la voie d'un redressement des comptes de la sécurité sociale, comme cela a été le cas entre 2011 et 2019, en mobilisant différents leviers. Une stratégie cohérente et juste, inscrite dans la durée, est possible pour rétablir progressivement les comptes sociaux. Dans le même temps, les Hauts Conseils insistent sur la nécessité de ne pas renoncer à la couverture des besoins, en particulier pour les populations les plus vulnérables, et soulignent l'importance de proposer des solutions répartissant équitablement et de manière équilibrée la charge de l'effort.

L'effort de redressement doit produire des effets à court terme pour ne pas laisser les déficits augmenter, ce qui conduirait à une situation intenable en trésorerie. Mais il doit aussi s'inscrire dans le respect de grands principes - les Hauts Conseils en proposent neuf cardinaux - s'intégrer dans une stratégie pluriannuelle et s'accompagner d'une rénovation profonde de l'action publique, ainsi que d'un effort de simplification.

Les Hauts Conseils rappellent que la sécurité sociale est l'affaire de tous et participe à renforcer la cohésion sociale. L'effort de redressement doit être supporté par toutes les catégories d'acteurs : assurés sociaux, employeurs, établissements et professionnels de la santé et du *care*. La justice et l'équité contributive sont les conditions d'un redressement durable des comptes sociaux, de même qu'un usage plus sobre et efficient des ressources publiques consacrées au financement d'une couverture large et solidaire des risques sociaux que nos concitoyens souhaitent conserver. Les solutions proposées ne doivent pas compromettre la cohérence d'ensemble des politiques publiques destinées à couvrir ces risques.

La sécurité sociale joue un rôle important dans l'objectif consensuel d'augmentation du taux d'emploi de notre pays, elle participe à accroître la richesse nationale et individuelle. Renforcer cette stratégie constitue un levier pour augmenter durablement, sans hausses de taux de cotisation, les recettes sociales.

Un accent fort doit être mis sur le développement de la prévention à tous les âges et pour toutes les catégories de ménages. Face aux défis démographiques que notre pays traverse - vieillissement de la population « par le haut », fléchissement de la natalité notamment - la sécurité sociale doit s'adapter et préparer l'avenir pour remplir durablement ses missions.

Enfin, le développement de la fraude, tant en montants estimés que dans ses formes nouvelles, doit être enrayer en renforçant l'efficacité de la politique et des outils qui visent à la prévenir, à la détecter ainsi qu'à la réprimer.

Un état des lieux inédit et préoccupant

Atteignant 15 Md€ en 2024 (et 25 Md€ prévus en 2029), le déficit de la sécurité sociale représente environ 0,5 % du PIB. Il est d'autant plus préoccupant qu'aucune perspective de résorption spontanée ne se dessine. Si la sécurité sociale a déjà connu dans le passé des phases déficitaires importantes, la phase actuelle présente une forte atypie : le déficit actuel ne résulte pas d'un choc externe. Contrairement aux années 2010, la France ne traverse ni crise économique ni crise financière. La crise du Covid a été absorbée dès 2023 et le choc inflationniste entamé début 2021 s'est estompé début 2024.

Au-delà des aspects conjoncturels et des retards à la prise de décision, les causes du déficit sont structurelles, avec une dynamique spontanée des dépenses plus rapide que celle des recettes. Ainsi, alors que les recettes évoluent globalement comme le PIB, les dépenses d'assurance maladie, soit près de 40 % des dépenses, évoluent spontanément plus vite que la richesse nationale, portées par le vieillissement de la population, un contexte épidémiologique défavorable, l'impact de l'innovation médicale et des gains de productivité structurellement plus faibles dans ces secteurs intensifs en main d'œuvre que sont la santé et le *care* que dans le reste de l'économie. Avec des volumes beaucoup moins importants, les dépenses d'autonomie sont amenées à évoluer fortement sous l'effet de l'arrivée des générations du *baby-boom* à des âges avancés. Seules les dépenses de la branche famille sont peu dynamiques, du fait de la baisse du nombre de naissances et de la règle d'indexation des prestations, calée sur l'inflation.

À ces facteurs structurels s'ajoutent des choix décisionnels : des dépenses importantes ont été engagées, sans financement correspondant, notamment en matière d'assurance maladie, parmi lesquelles par exemple le Ségur de la santé (13 Md€), dans le contexte de la crise sanitaire Covid-19.

Les déficits et la dette des administrations sociales sont de moindre ampleur que ceux de l'État, mais s'inscrivent dans ce contexte de finances publiques

très dégradées, avec des administrations publiques en déficit récurrent et une dette publique qui, en conséquence, s'accroît toujours. Aujourd'hui la France est, après la Pologne, le pays où le déficit public est le plus élevé en Europe et le 3^e pays le plus endetté (après la Grèce et l'Italie). Les besoins en matière de défense ou de transition écologique rendent plus difficile l'équation.

Les perspectives inscrites en LFSS pour 2025 ne proposent pas de trajectoire de retour à l'équilibre, en particulier pour la branche maladie, qui concentre aujourd'hui l'essentiel du déficit. Un retour à l'équilibre à l'horizon 2029 implique, s'agissant de la seule assurance-maladie, un effort de l'ordre de 35 Md€ : 3,5 à 4 Md€ sont nécessaires chaque année pour tenir un Ondam à 2,9 %, 22 Md€ sont nécessaires pour ramener l'assurance-maladie à l'équilibre et les établissements de santé à leur situation antérieure.

La dette sociale continue de s'accroître et la question de sa prise en charge doit être impérativement posée, sachant que la dette reprise au titre de la loi de 2020 ne sera amortie qu'en 2033. Une reprise de dette par la Cades suppose, soit l'affectation à la caisse de recettes nouvelles, soit un allongement de sa durée de vie, ce qui nécessite une loi organique. Sauf à dénaturer le principe de remboursement dans des délais raisonnables de la dette sociale, cette reprise de dette n'aura de sens qu'accompagnée par une trajectoire crédible de retour à l'équilibre.

Ces constats sont connus : début 2022, le HC Fi PS a alerté sur ces sujets, comme d'autres institutions (Cour des comptes, Haut Conseil des finances publiques ou comité d'alerte sur les dépenses d'assurance maladie). **L'enjeu est aujourd'hui d'agir, et rapidement : tout report des décisions rendra les ajustements ultérieurs plus complexes et plus coûteux.**



Quels principes pour guider le redressement des comptes sociaux ?

Les Hauts Conseils considèrent que le retour à l'équilibre des comptes de la sécurité sociale est indispensable. Ils ont cependant pleinement conscience des enjeux d'acceptabilité politique et sociale qu'il soulève : en l'absence de mesures cohérentes et équitables, le risque de rejet est important. C'est pourquoi les Hauts Conseils ont tenu à faire précéder leurs propositions pour redresser les comptes de principes structurants, indispensables pour apporter des réponses durables aux défis auxquels fait face la sécurité sociale.

■ PRINCIPE N° 1

La sécurité sociale doit être gérée à l'équilibre, avec un pilotage par les soldes. C'est une nécessité absolue, sauf à reporter les dépenses non financées sur les générations futures, à miner la confiance dans le système et à mettre en question, *in fine*, le modèle de protection sociale. Cela signifie qu'il faut penser les finances sociales au sein des finances publiques, mais avec un portage propre, qui assure une cohérence globale entre dépenses et recettes. Cette cohérence est essentielle : en effet, la pertinence de la redistribution, au cœur des politiques de sécurité sociale, doit s'apprécier sur cet ensemble. Dans ce cadre, il faut retrouver une trajectoire d'équilibre des comptes sociaux : même dans une situation financière très dégradée, un retour à l'équilibre est possible, comme le montre la sortie de la crise de 2010. Il convient néanmoins de penser le retour à l'équilibre sur plusieurs années : une dizaine d'années ont été nécessaires pour revenir à un quasi-équilibre suite à cette même crise, en utilisant tous les leviers.

■ PRINCIPE N° 2

La production de richesse et le taux d'emploi sont des déterminants fondamentaux du retour à l'équilibre qu'il s'agit de soutenir. Le rapport souligne les marges qui existent en matière de taux d'emploi, s'agissant notamment des jeunes, des seniors et des femmes. Elles font consensus depuis de nombreuses années, mais peinent à être mobilisées. Les Hauts Conseils portent la conviction que l'un des leviers essentiels pour rendre ces marges effectives consiste

à se doter d'une stratégie de qualité de l'emploi, reposant sur différents leviers : évolution de la politique de santé au travail, évolution des pratiques managériales, maîtrise des sur-risques liés à l'intérim et à la microentreprise, par exemple. Pour un pilotage efficace de cette stratégie de qualité de l'emploi, une réflexion sur le portage de ce sujet par les administrations centrales est nécessaire.

■ PRINCIPE N° 3

La trajectoire de retour à l'équilibre doit à la fois prendre en compte le vieillissement de la population, accélérateur spontané des dépenses de protection sociale, et préserver les dépenses d'avenir. La stratégie de rétablissement des comptes sociaux doit anticiper cette question, en limitant les impacts de l'accélération spontanée des dépenses liées au vieillissement. D'autre part, les dépenses d'avenir ne doivent pas être sacrifiées dans cette phase : en particulier, la réduction de la pauvreté, notamment des enfants, doit constituer un axe fort des politiques publiques, si l'on veut prévenir les risques d'exclusion. Dans un autre registre, la capacité d'innovation doit continuer à être promue, notamment en matière de santé, car elle peut contribuer tant à l'amélioration de l'état de santé des populations qu'à l'efficacité du système.

■ PRINCIPE N° 4

La trajectoire de retour à l'équilibre des comptes sociaux doit s'accompagner de nouvelles règles de gouvernance pour en garantir un pilotage efficace. Ce pilotage doit reposer sur une cohérence réelle entre l'action publique portée par chaque ministère et les objectifs de finances publiques : il s'agit de définir des stratégies de moyen ou long terme pertinentes et assumées, non déconnectées des réalités sociales et de leur mise en œuvre opérationnelle. En particulier, la trajectoire ne peut être fixée de manière implicite ou non documentée, au détour de la loi de programmation des finances publiques ou de la trajectoire budgétaire transmise aux autorités européennes.

Un temps doit impérativement être dédié à ce sujet chaque printemps pour préparer les échéances budgétaires de l'automne : les conditions de l'examen du PLFSS, selon une procédure d'urgence, rendent en effet difficiles une analyse en profondeur et une mise en perspective de moyen / long terme au dernier

trimestre de l'année. Ce temps dédié doit notamment permettre des échanges approfondis au Parlement, mais aussi avec les partenaires sociaux et les organisations représentatives concernées.

Ce pilotage doit être outillé financièrement. Plusieurs propositions sont faites à ce titre (fonds de lissage, constitution de provisions, renforcement du rôle du Parlement en matière d'évaluation et de contrôle, etc.). Le HCFiPS insiste sur les conditions que devrait respecter la décision de mesures nouvelles en dépense : elles doivent être financées par des économies ou l'apport de ressources équivalentes. À défaut, les mesures de dépenses, aussi légitimes soient-elles, s'ajoutent à la dynamique spontanée liée à la démographie ou à l'épidémiologie et rendent le pilotage particulièrement difficile en cas de déficit important.

Par ailleurs, le pilotage doit respecter les principes, posés en 1994, régissant les relations financières entre l'État et la sécurité sociale, chacun devant porter le coût des politiques dont il a la charge. L'État finance les mesures en faveur de l'emploi dès lors qu'elles ont un impact sur la sécurité sociale ; la sécurité sociale porte l'intégralité de ses politiques.

■ ■ PRINCIPE N° 5

Le plan de redressement doit impérativement chercher à concilier des mesures de rendement de court terme et une stratégie de moyen terme, dans une vision anticipatrice, donnant de la cohérence, de la crédibilité et du sens au plan d'ensemble. Des mesures ayant un impact de court terme sont nécessaires pour stopper la dérive des comptes. Ces mesures de court terme sont à combiner avec des mesures de plus long terme, assises sur des leviers d'action qui infléchissent réellement, ou à tout le moins modèrent, les tendances spontanées.

■ ■ PRINCIPE N° 6

La stratégie de moyen terme doit comporter un effort en faveur de la prévention. La prévention des risques sanitaires et sociaux est le meilleur moyen d'infléchir ou d'atténuer la progression des dépenses. Or, elle est aujourd'hui très éclatée et insuffisamment évaluée. Il est indispensable de mettre en place une stratégie nationale, avec un pilotage *ad hoc*. Les mesures portées par les différents Hauts Conseils sont développées dans chacun des chapitres thématiques.

■ ■ PRINCIPE N° 7

Un des axes fondamentaux de la stratégie de moyen terme doit être l'efficacité. Premièrement, l'enjeu est de payer au « juste prix » les services financés par la sécurité sociale, en mettant en place une réelle politique des revenus. Deuxièmement, il s'agit de mettre au cœur du système de santé et de l'action des acteurs le parcours patients, en luttant notamment contre les silos. Troisièmement, il s'agit de renforcer la régulation des acteurs économiques qui sont financés par la sécurité sociale pour mettre en œuvre des services (santé, autonomie, petite enfance) à la population. À cet égard, des travaux universitaires, les constats d'acteurs, des autorités de contrôle et des ouvrages récents ont mis au jour les défauts de régulation des acteurs privés lucratifs dans le domaine des Ehpad, des crèches et de la santé (notamment du fait de la financiarisation). Le paiement de la non-qualité pose un problème d'efficacité. Deux axes de travail devraient être mis en œuvre sans tarder : une meilleure observation des stratégies économiques des acteurs au sein du ministère en charge de la santé et des affaires sociales, avec une cellule dédiée et des ressources humaines *ad hoc* ; la conclusion de conventions avec des groupes dépassant une certaine taille, portant sur un reporting de transparence financière, des engagements et un reporting qualité notamment sur la formation des managers et des professionnels en contact avec les personnes accueillies, ainsi que des engagements de continuité d'exercice territorial. Ces contrats devraient, évidemment, trouver également leur place dans le secteur public. Travailler sur l'efficacité de la dépense publique sociale suppose une réforme en profondeur de la tutelle.

■ ■ **PRINCIPE N° 8** : Le financement doit être clarifié en garantissant la cohérence du prélèvement par rapport à sa finalité, au champ des bénéficiaires et à l'équité dans le financement. Les prestations garantissant des revenus de remplacement doivent être financées par les revenus qu'elles remplacent ; les prestations servies, non en raison de critères professionnels, mais en fonction de la résidence régulière et stable sur le territoire, doivent être financées par des prélèvements reposant sur des assiettes plus larges, telles que la CSG. Il s'agit de garantir la lisibilité et l'acceptation du prélèvement. Par ailleurs, le

financement doit être équitable : il est tout à fait admissible que le niveau de prélèvement ne soit pas identique pour tous les assurés sociaux selon les régimes, mais, à revenu équivalent, le niveau des prestations en espèces doit être corrélé à l'effort contributif.

■ ■ PRINCIPE N° 9

L'ensemble doit s'accompagner d'une démarche de pédagogie citoyenne durable en matière de sécurité sociale. Si l'adhésion au système de protection sociale est indubitable, il convient de la conforter, en mettant l'accent sur le lien logique droits / devoirs. Le 80^e anniversaire de la sécurité sociale est l'occasion de contribuer à cet objectif, avec d'ores et déjà un site internet dédié : 80ans.securite-sociale.fr.

Cette pédagogie citoyenne doit s'accompagner d'une action des organismes sur le non-recours, mais aussi d'une action résolue de lutte contre la fraude et les abus, éléments qui minent le pacte républicain.

Ces principes, largement partagés par les Hauts Conseils, étant posés, le rapport examine différents leviers envisageables, en dépenses, mais aussi en recettes. La question des dépenses et de leur maîtrise est primordiale et doit être priorisée. Pour autant, l'expérience de la sortie de crise de 2010 montre que la seule mobilisation des mesures en dépenses n'est pas suffisante pour rétablir l'équilibre. **Chaque Haut Conseil, ainsi que les trois Conseils spécialisés s'agissant du HCFEA, livre son analyse des politiques publiques et des dépenses relevant de son champ, ainsi que des pistes pour mobiliser des recettes supplémentaires.**



Les leviers d'action pour un système de santé efficient et solidaire

■ ■ LE RETOUR À L'ÉQUILIBRE NÉCESSITE UNE TRANSFORMATION PROFONDE DU SYSTÈME DE SANTÉ

Le retour à l'équilibre, sans dégrader l'accès de la population à la santé et en lui permettant de continuer à bénéficier des progrès scientifiques, suppose une transformation profonde du système de santé : de son organisation, de sa structuration, de ses modes de financement et de régulation. Afin d'assurer une plus grande adaptabilité des règles de compétences des professionnels de santé en phase avec les innovations, il serait souhaitable d'étendre le champ des LFSS et de délégaliser les règles pouvant l'être.

Trois ensembles de leviers mobilisables sont examinés pour agir respectivement sur le volume de soins, le coût des soins et le périmètre de prise en charge. La plupart des leviers s'inscrivent dans un horizon de moyen / long terme, mais certains peuvent être activés à court terme.

L'ampleur historique du défi est telle que nous ne sommes pas dans la situation de pouvoir choisir entre certains moyens à l'exclusion d'autres : il faut mobiliser l'ensemble des instruments disponibles. Par ailleurs, ceux relatifs à la seule efficacité du système de santé, s'ils doivent être activés résolument et mobilisés de façon plus effective que jamais, ne suffiront pas à ramener l'assurance-maladie à l'équilibre. Le quantum d'économies d'efficacité identifié, de façon volontariste, par la Cour des comptes, ne représente qu'un peu moins de la moitié de l'effort nécessaire pour ramener l'assurance-maladie à l'équilibre à horizon 2029. Partant de là, le reste de l'effort devra être réalisé :

- soit par des mesures de périmètre d'une telle ampleur qu'elles constitueraient une véritable remise en cause de notre système de prise en charge de santé, ainsi que de sa régulation, sans accroître en rien son efficacité ;

- soit par un relèvement des ressources allouées à l'assurance-maladie, comme cela a été réalisé au cours de la décennie 2010.

■ LES LEVIERS PERMETTANT D'AGIR SUR LES VOLUMES DE SOINS

■ LA PERTINENCE ET LE BON USAGE DES SOINS

Le premier levier, et le plus consensuel, est de ne prendre en charge que ce qui est utile aux patients, en fonction de l'état de la science et des recommandations médicales. Les actions menées en faveur de la pertinence et du bon usage des soins contribuent d'ores et déjà aux mesures d'économie qui permettent de ramener la tendance spontanée d'évolution des dépenses vers l'objectif de progression de l'Ondam. La question est donc de savoir si, et comment, ce levier peut être mobilisé au-delà de ce qui est déjà fait depuis des années.

Le Hcaam recommande d'approfondir la connaissance sur les pratiques, mais aussi la compréhension des ressorts des comportements de prescription et de consommation, de façon à améliorer l'efficacité des actions. Celles-ci peuvent s'orienter dans deux voies :

- poursuivre la logique actuelle qui recherche **l'adhésion, la responsabilisation, l'engagement des acteurs de soins** aux objectifs poursuivis, pour obtenir des évolutions de pratiques acceptées et durables. L'amélioration passe par la mise à disposition d'outils (notamment numériques), l'information aux professionnels et aux patients, l'alignement des incitations économiques avec les objectifs ;
- **renforcer les contraintes** qui limitent la liberté de pratique des professionnels et la liberté d'usage du système par les patients (telles que les demandes d'accord préalable, l'accompagnement à la prescription, la limitation des remboursements...). Dans ce registre, introduire des obligations relatives à la documentation de certaines prescriptions ou à l'utilisation des outils numériques pourrait être envisagé.

Les actions de pertinence doivent être améliorées par le déploiement des outils numériques qui doit être accéléré. **Mon Espace Santé** doit permettre de réduire les coûts induits par la mauvaise coordination

des soins. Son utilisation effective reste encore en deçà des attentes initiales, en raison de difficultés portant sur le retard d'implémentation à l'hôpital, l'interopérabilité des systèmes (notamment avec les logiciels des professionnels de santé), son alimentation inégale, l'absence d'une masse critique d'utilisateurs, et surtout son ergonomie d'utilisation. L'amélioration de ce dispositif, notamment à travers des solutions permettant aux professionnels d'obtenir simplement l'information qu'ils recherchent, est cruciale pour qu'il réponde enfin aux attentes placées en lui depuis sa création dans la loi en 2004.

L'ordonnance électronique, qui poursuit son déploiement en visant notamment une meilleure sécurisation de la délivrance, pourrait représenter une rupture radicale si elle était complétée d'une **mention obligatoire de l'indication clinique**, qui constitue une condition décisive à la fois pour mieux connaître les enjeux de non-pertinence et cibler des actions d'amélioration de la pertinence.

Les logiciels d'aide à la prescription (LAP) pourraient davantage intégrer les enseignements des sciences comportementales et l'intelligence artificielle pour améliorer la pertinence des alertes tout en assurant leur acceptation par les prescripteurs.

■ PRIORISER LES ACTIONS DE PRÉVENTION VERS LES ENJEUX À PLUS FORT IMPACT, MOBILISER LES CONTACTS ENTRE LES PERSONNES ET LE SYSTÈME DE SOINS, RENFORCER LES TAXES COMPORTEMENTALES

La prévention et la promotion de la santé sont des approches indispensables pour réduire les coûts des maladies chroniques, que ce soit en agissant sur les facteurs modifiables de ces pathologies, ou en prévenant la dégradation de l'état de santé des patients concernés ou les impacts de cette évolution. Une baisse de 5 % des prévalences des facteurs de risque modifiables (tabac, alcool, surpoids et obésité), qui représentent une dépense publique de 30 Md€, permettrait une économie de l'ordre de 1,5 Md€.

Il est indispensable de **prioriser les actions sur une combinaison d'interventions qui ont fait leurs preuves, sur les enjeux de santé publique à fort impact et sur les populations sur lesquelles l'effet de levier peut être le plus élevé.**

La capacité de la prévention à résorber plutôt qu'amplifier les inégalités sociales de santé est un défi : nombre d'actions de prévention bénéficient d'abord aux catégories sociales ayant la plus forte propension à prendre soin de leur santé. Le principe de l'aller-vers et la promotion d'environnements favorables à la santé demeurent des leviers indispensables.

Le Hcaam recommande l'utilisation opportuniste des contacts entre les personnes et le système de soins pour mettre en place des actes de prévention. Cette approche « **faire que chaque contact compte** » peut être mise en place à l'hôpital et dans le contexte des soins primaires : il en va ainsi de l'utilisation du passage de certains patients dans les laboratoires de biologie médicale pour réaliser des analyses de dépistage de la maladie rénale chronique (mesure effective depuis 2025), du cancer colorectal et du col de l'utérus.

Il convient par ailleurs de prioriser à court terme les **mesures de prévention secondaire et tertiaire dans le champ des maladies chroniques** qui ont un fort potentiel en termes de gains sanitaires et de dépenses de santé évitables.

En termes de prévention, **les taxes dites comportementales** sont un outil efficace pour améliorer la qualité de l'offre et réduire les consommations néfastes pour la santé, à condition que le signal-prix soit sensible et qu'il soit périodiquement renouvelé par des hausses significatives. Une taxation des produits transformés ou des aliments en fonction de leur teneur en gras, sel ou en sucre, ainsi qu'une taxation des jeux en ligne au vu de leur impact addictif, pourrait être envisagée. Le Hcaam rappelle le caractère inadéquat de la taxation des alcools en France, qui n'est pas en rapport avec leur teneur en alcool, et pèse peu sur le prix des boissons les plus courantes. Au vu du coût sanitaire (49 000 décès) et social de l'alcool en France (15 Md€ selon le Trésor), il est nécessaire de refondre la fiscalité de l'alcool pour qu'elle garantisse un prix minimal par quantité d'alcool et d'assurer son indexation.

Le Hcaam souligne que l'efficacité de cet outil est maximisée quand il s'insère dans une stratégie glo-

bale mobilisant plusieurs leviers facilitant l'évolution des comportements. Doivent à cet égard être mentionnés : l'encadrement de la publicité et de la présentation des produits gras, salés et sucrés dans la distribution ; la généralisation du NutriScore et la promotion des options végétariennes dans les cantines scolaires ; la réglementation relative aux produits sucrés ajoutés ; la prescription de traitements de substitution nicotinique.

■ L'ORGANISATION DE L'OFFRE ET LA GRADATION DES SOINS

Un système de santé efficient repose sur une gradation des soins qui permet que les problèmes de santé soient traités au bon niveau, depuis la première ligne de soins jusqu'aux structures les plus spécialisées, selon un principe de subsidiarité. L'essentiel des besoins concerne aujourd'hui les pathologies chroniques et les besoins liés au vieillissement.

Le recours inadapté à l'hôpital à travers des sollicitations des urgences et des hospitalisations évitables, notamment pour les personnes âgées hébergées en Ehpad, est source de surcoûts financiers et est préjudiciable pour les personnes âgées fragiles. L'enjeu financier est majeur : si l'on évitait, par une prise en charge adéquate, 20 % de l'ensemble des passages aux urgences, plus d'1 Md€ d'économies directes pourraient être réalisées, et près de 2 Md€ si l'on prend en compte les transports sanitaires associés et les hospitalisations consécutives pour les personnes âgées.

Pour réduire les séjours à l'hôpital, il convient de développer les alternatives à l'hospitalisation complète : **développer au maximum la chirurgie ambulatoire** (63 % en 2022 pour un potentiel de 82 %) **et les programmes de récupération améliorée après chirurgie (RAAC) ; systématiser la prise en charge à domicile** dès lors qu'elle est possible, que ce soit par l'HAD ou par les prestataires de soins à domicile, appuyés par des infirmiers libéraux.

Au-delà, le système de santé doit être organisé pour fournir à la population à proximité une gamme de services beaucoup plus large qu'aujourd'hui. Ceci suppose :

- de développer le travail en équipe dans les soins primaires et rationaliser les dispositifs de coordination pour en assurer l'effectivité et la lisibilité auprès des professionnels et des usagers ;
- d'étendre l'organisation de la permanence de soins ambulatoires (PDSA) et de la prise en charge des soins non programmés des spécialités par l'intermédiaire du service d'accès aux soins (SAS), et d'inciter fortement voire contraindre à la régulation préalable avant toute admission aux urgences ;
- d'organiser des solutions alternatives à la sollicitation des urgences ;
- de renforcer la capacité de l'Ehpad à éviter des hospitalisations (renforcement de la présence soignante en Ehpad et / ou des interventions en Ehpad, y compris HAD), proposition partagée avec le Conseil de l'âge (voir *infra*).

Pour que ces leviers produisent des économies, ils doivent s'accompagner d'un ajustement des capacités hospitalières.

Le Hcaam a affirmé l'intérêt de faire évoluer les modes de prise en charge, que ce soit par une **meilleure coordination entre les acteurs du soin et du médico-social autour des services à rendre au patient, par un élargissement du champ des prises en charge et en assouplissant les règles de compétences des professionnels et des structures**. L'article 51 offre désormais un cadre général pour des expérimentations d'innovation organisationnelle dérogeant aux règles de compétence et de financement qui entravent aujourd'hui ces évolutions. Certaines innovations récentes de notre système (dispensation d'antibiotiques par le pharmacien d'officine après réalisation d'un test rapide d'orientation diagnostique (Trod) pour les « petits maux », dépistage VIH sans ordonnance, prise en charge des consultations de psychologues) résultent d'expérimentations réussies et généralisées.

Cette dynamique d'innovations doit être poursuivie pour expérimenter de nouveaux cas d'usage et faciliter leur passage à l'échelle. Il convient surtout de mieux sécuriser le passage à l'échelle des expéri-

mentations article 51, en assurant notamment le respect par l'ensemble des acteurs des conclusions des évaluations d'impact réalisées, et en assurant une généralisation dans des conditions conformes à celles de l'expérimentation.

■ MOBILISER L'INNOVATION TECHNIQUE

Le **potentiel de l'intelligence artificielle (IA)**, notamment générative, est reconnu comme majeur pour augmenter la productivité à court terme des professionnels de santé en automatisant notamment les tâches administratives et l'analyse de données médicales complexes. Ces gains de productivité permettraient de répondre à certaines tensions en ressources humaines du système de santé, et de dégager des économies. Toutefois, le déploiement de ces technologies doit surmonter des défis juridiques, éthiques, écologiques et sociaux significatifs, nécessitant un cadre réglementaire clair et un dispositif rigoureux d'évaluation médico-économique.

Les innovations telles que les biomarqueurs pour la détection précoce de maladies comme les cancers, prometteuses en matière de transformation des prises en charges et d'économies potentielles, exigent des évaluations approfondies. La capacité actuelle limitée à évaluer rapidement ces innovations constitue un frein à leur intégration efficace dans le système de santé ; par ailleurs, des innovations de rupture impliquant des redéploiements d'interventions supposent des évaluations médico-économiques fiables pour éclairer les décisions de prise en charge. Il est donc nécessaire de renforcer les capacités d'évaluation médico-économiques.

■ LA QUESTION DES ARRÊTS MALADIE

Si la croissance des dépenses relatives aux indemnités journalières s'explique pour 60 % par des déterminants économiques et démographiques, on constate sur la période récente une progression plus forte des taux de recours à tous âges, y compris chez les jeunes. Plusieurs pistes peuvent être avancées pour l'expliquer : conditions de travail, pratiques de management, évolutions épidémiologiques, et existence d'arrêts injustifiés ou frauduleux.

Malgré une focalisation du débat sur les arrêts courts, la régulation doit **prioritairement cibler les arrêts longs** qui concentrent l'essentiel de l'enjeu financier - les arrêts indemnisés de plus d'un mois représentent 83 % de la dépense, ceux de plus de six mois 45 %.

À moyen terme, les actions doivent donc porter avant tout sur la prévention de la désinsertion professionnelle par une anticipation et un accompagnement renforcés du retour à l'emploi des salariés en arrêt de longue durée associant médecin conseil, médecin prescripteur et médecin du travail, l'employeur et le salarié.

La maîtrise du recours aux arrêts maladie de courte durée nécessite de combiner des actions à destination des employeurs, en leur permettant d'identifier des profils de sinistralité atypiques ; et des prescripteurs, par des retours d'information et en favorisant l'usage des référentiels de durée.

Le partage d'informations entre acteurs (employeurs, assurance-maladie, assureurs en prévoyance) est nécessaire pour améliorer l'efficacité des actions préventives et des contrôles.

Un transfert des arrêts de courte durée vers l'employeur serait à instruire afin d'encourager la responsabilisation des acteurs.

■ LUTTER CONTRE LA FRAUDE

La fraude représente à l'évidence un impact préjudiciable pour les ressources du système de santé. La mobilisation par l'assurance-maladie de moyens importants a permis des progrès tant dans l'évaluation que dans les résultats obtenus. Le Hcaam reprend à son compte certaines mesures : mieux intégrer les pratiques abusives dans le champ des pratiques frauduleuses, conditionner le tiers payant à la présentation de la carte vitale pour éviter les facturations fictives, rendre obligatoire l'usage d'un logiciel de géolocalisation par les transporteurs sanitaires. Faciliter la transmission croisée d'information entre assurance-maladie obligatoire (AMO) et assurance-maladie complémentaire (AMC) constitue par ailleurs un enjeu crucial pour améliorer leur articulation dans la lutte contre la fraude.

■ LES LEVIERS PERMETTANT D'AGIR SUR LES PRIX ET LES COÛTS DES SOINS

■ PAYER LES PRODUITS ET PRESTATIONS AU JUSTE PRIX

Les modes de régulation tarifaires actuels des produits et prestations financés par l'assurance-maladie sont décorrélés d'une connaissance des conditions économiques des secteurs les produisant. Cela peut se traduire par des inadéquations tarifaires dommageables. La tarification des produits et prestations au juste prix constitue non seulement un impératif de bonne gestion des deniers de l'assurance-maladie, mais aussi un enjeu d'équilibre au sein du système de santé. L'analyse des différents secteurs met en évidence des dépenses de soins pour lesquels des inadéquations tarifaires sont constatées.

Des mesures tarifaires ciblées peuvent être menées à court terme pour **réduire des rentes** dans les secteurs où des inadéquations tarifaires sont identifiées. En complément, il est proposé de bloquer la prise en charge des produits, actes et arrêts-maladie prescrits par les **prescripteurs déconventionnés**.

À moyen terme, il est nécessaire de **doter la régulation d'un observatoire de la situation économique et de la rentabilité** d'un certain nombre de secteurs, ainsi que des revenus des professionnels. Cet observatoire permettrait d'évoluer à moyen terme vers un pilotage par la rentabilité et / ou les revenus, et viendrait aussi bien à éviter des situations de sous-financement que la constitution et le maintien de rentes.

La rupture de tendance de l'évolution des dépenses de médicaments après 2020 a contribué à l'accélération de la croissance de l'Ondam, du fait de la moindre vigueur des baisses de prix et de l'impact des innovations médicamenteuses, tout particulièrement pour les médicaments onéreux relevant de la liste en sus.

Il convient en premier lieu de réinterroger l'inscription sans condition sur la **liste en sus des médicaments** présentant une amélioration mineure du service médical rendu (ASMR IV) ; d'élargir le **répertoire**

des génériques et de transposer aux biosimilaires des outils d'incitation à la substitution (marges officinales, tiers payant contre biosimilaires).

Par ailleurs, le renforcement de l'évaluation médico-économique et de l'exploitation des données en vie réelle constituent des leviers essentiels pour mieux utiliser les médicaments innovants.

■ L'EFFICIENCE HOSPITALIÈRE

La crise sanitaire a durablement perturbé les organisations hospitalières, se traduisant par une baisse apparente de la productivité, qui coexiste avec des situations de souffrance au travail des personnels face aux tensions qui résultent des effets persistants de ce choc.

Cette situation, conjuguée à la dégradation inédite de la situation financière des établissements de santé et à la raréfaction des ressources humaines, impose de réenclencher des actions permettant aux établissements de santé d'accroître leur efficacité, en complément de l'action en faveur de la gradation des soins visant à éviter le recours aux hospitalisations évitables.

À cet égard, il convient de réengager une dynamique visant une meilleure **organisation territoriale des activités hospitalières**, que ce soit en assurant une meilleure gradation et hiérarchisation de la répartition des activités entre établissements, ainsi qu'en assurant davantage de complémentarités et de mutualisations entre établissements. Cet axe vise à répondre à la fois à la rareté des ressources humaines notamment dans certains territoires, certains métiers ou certaines spécialités, aux enjeux de qualité en évitant la dispersion des ressources d'expertise, et aux enjeux économiques, par des effets de mutualisation. Il s'agit de poursuivre le mouvement amorcé par les groupements hospitaliers de territoires (GHT), en étendant le champ des mutualisations obligatoires dans le cadre des GHT et le cas échéant en dotant ces dernières de la personnalité morale afin de faciliter ces évolutions.

La carte des activités appelle des révisions. Le travail de gradation des activités de chirurgie doit être poursuivi. L'expérience d'autres pays montre qu'une réduction du maillage en maternités est possible tout en améliorant les indicateurs de santé, à condi-

tion d'assurer un suivi resserré de l'ensemble de la grossesse et un hébergement temporaire à proximité d'une maternité dès que la probabilité d'accoucher le nécessite.

C'est sur l'activité de médecine et des urgences que les gains les plus conséquents peuvent être attendus en intervenant sur les parcours de soins. Une restructuration des lignes de garde s'impose aujourd'hui pour des raisons tenant au moins autant aux tensions sur les ressources humaines que pour des raisons économiques.

Enfin, des évolutions de l'autorisation de court séjour en médecine permettraient de mieux distinguer la médecine spécialisée et la médecine polyvalente. De même, une réforme des activités de soins de longue durée, attendue à la suite du rapport Jeandel-Guérin, permettrait de gagner en performance dans l'hébergement et le suivi des personnes dépendantes et de réduire le recours non pertinent à la médecine-chirurgie-obstétrique (MCO), aux soins médicaux et de réadaptation (SMR) et aux urgences.

■ LES MESURES DE PÉRIMÈTRE

■ LES PÉRIMÈTRES DE PRISE EN CHARGE DE L'AMO ET DE L'AMC

La part des dépenses de santé prises en charge par l'AMO et l'État augmente (+ 3 points entre 2013 et 2023), en lien avec la part croissante des dépenses des patients en affections de longue durée (ALD). Chercher à compenser cette évolution par des transferts depuis l'AMO vers l'AMC ou les patients conduirait, dans la durée, à des transferts tels qu'ils ne constitueraient plus des mesures paramétriques, mais un changement de nature de notre système, conduisant soit à ramener la prise en charge de nombreux soins courants à 50 % ou moins, soit à créer un niveau de reste à charge après AMC dissuasif au détriment de l'accès aux soins. Une telle évolution est d'autant moins souhaitable qu'une hausse de ticket modérateur ne réduit pas la dépense de santé et a des effets économiques comparables à une hausse de prélèvements obligatoires, qui seraient de surcroît croissants avec l'âge et la taille du foyer. Les mesures de périmètre n'ont donc de sens que si elles permettent de maîtriser la dépense AMO et AMC.

À cet égard, au vu de la hausse des dépenses d'AMC consécutives à la réforme du **100 % santé**, qui ont permis de vrais gains en termes d'accès aux audioprothèses et aux soins dentaires, un certain nombre de mesures s'imposent pour maîtriser le coût de ces garanties pour les assurés, notamment les plus âgés. Plusieurs leviers peuvent être mobilisés : l'allongement du délai de renouvellement des équipements, la fixation de prix limites de vente sur l'actuel panier libre en audioprothèse, l'interdiction de la publicité. Il conviendrait aussi de renforcer le recours au panier 100 % santé, en incitant les professionnels à le promouvoir, en favorisant la transparence auprès des assurés, et en réduisant la prise en charge de l'AMC sur les paniers libres.

Il convient par ailleurs de revoir la prise en charge par l'AMO et l'AMC des **prestations et produits sans bénéfice démontré** : pour l'AMO, la prise en charge des médicaments à 15 % (délistage ou suppression des exonérations de ticket modérateur) et des cures thermales ; pour l'AMC, des pratiques non conventionnelles sans bénéfice démontré, dont la prise en charge doit être exclue du champ des contrats responsables et solidaires.

■ LES EFFETS DU RÉGIME DES ALD SUR LA STRUCTURE DE PRISE EN CHARGE DES SOINS SOULÈVENT DES QUESTIONS D'ARTICULATION ENTRE L'AMO ET L'AMC

Le régime des ALD implique une hausse permanente du taux de prise en charge des dépenses par l'AMO, ce qui, même dans une hypothèse où la part de la dépense de santé dans le PIB resterait stable, impliquerait soit d'accroître les recettes affectées à l'AMO, soit de régulièrement réduire la prise en charge des soins courants, accentuant de ce fait la polarisation des prises en charge entre les soins ALD et les autres soins.

Pour répondre à cet enjeu, plusieurs options aménageant la prise en charge des soins coûteux ont été évoquées :

- soit des aménagements du régime ALD, comme la création d'un double régime d'ALD, en distinguant un premier niveau pour les patients avec des ALD sans traitements coûteux mais susceptibles d'évoluer vers une forme grave, avec une exonération de ticket modérateur recentrée sur les soins à visée préventive, et un second niveau inchangé,

ou l'introduction d'un ticket modérateur spécifique pour les personnes en ALD sur l'ensemble de leurs soins, en lien ou non avec l'ALD ;

- soit une réforme plus structurelle qui consisterait à remplacer le dispositif ALD par un bouclier sanitaire, en plafonnant les participations des assurés (sur le champ des montants remboursables), ce plafond pouvant être uniforme ou modulé selon le revenu. Une telle hypothèse soulève plusieurs questions : impact sur la mutualisation des risques par les patients dans le cadre de l'AMC ; risque d'un accroissement du reste à charge sur les soins courants en-deçà du plafond ; remise en cause des principes constitutifs de l'assurance-maladie.

D'autres scénarios polaires d'articulation entre AMO et AMC examinés par le Hcaam en 2022, non consensuels parmi ses membres, sont repris succinctement dans ce rapport : une assurance complémentaire obligatoire, universelle et mutualisée, un accroissement des taux de remboursement de la sécurité sociale, ou un décroisement entre les domaines d'intervention de l'AMO et de l'AMC. Ces scénarios de périmètre ont des effets redistributifs forts entre acteurs (ménages, organismes complémentaires, entreprises).



Santé et santé mentale de l'enfant : l'efficacité par la prévention et des réponses diversifiées

Les propositions du Conseil de l'enfance et de l'adolescence du HCFEA en vue d'un redressement des comptes de la sécurité sociale visent ici des diminutions de dépenses par une prévention généraliste. En lien avec les mesures de soutien à la parentalité, qui favorisent l'emploi et les conditions de vie des enfants, une meilleure efficacité devrait prendre appui sur une vision stratégique d'ensemble des spécificités de l'enfance et de l'adolescence.

■ RÉPONDRE AUX BESOINS NON COUVERTS DE SOIN ET D'ACCOMPAGNEMENT

Pour protéger l'avenir, il est essentiel de répondre aux besoins non couverts des enfants et des adolescents, faute d'anticipation sur la démographie des professionnels de l'enfance. Le Conseil propose d'évaluer le coût du retard de prise en charge des enfants sur toutes les étapes de leur développement physique, affectif, intellectuel et social. Il propose aussi de mesurer les impacts des projets de loi sur les enfants par une commission dédiée au Parlement. Enfin, une infrastructure de recherche sur l'enfance pourrait rassembler des données mieux centrées sur les enfants, reliant chercheurs, administrations et utilisateurs.

■ RÉDUIRE LE TAUX DE MORTALITÉ INFANTILE, UNE URGENCE

La France est 23^e sur 27 pays au sein de l'Union européenne. Les causes en sont multiples. Les progrès impliquent des soins de qualité de la mère et de l'enfant, y compris quand leur situation de vie est complexe ou précaire. Ils passent par la prévention « prévenante » de l'aller-vers. Centres de PMI, de prévention médico-psycho-sociale de la mère et de l'enfant, maternités, structures d'accueil collectif et individuel du jeune enfant et services sociaux renforcent la prévention et l'accès aux soins par leur aptitude à détecter des signaux d'appel ou de risques.

■ RÉDUIRE LA CONSOMMATION DE MÉDICAMENTS PSYCHOTROPES PAR LES ENFANTS, UNE PISTE D'ÉCONOMIE

Si les médicaments psychotropes sont en soi une réponse, ils sont pour certains recommandés par les autorités de santé en deuxième intention, quand les mesures non médicamenteuses seules s'avèrent insuffisantes, et la surconsommation est à éviter. Il convient de donner la priorité, lorsque cela est possible, aux approches non pharmacologiques et aux autres formes d'aides adaptées, dans des délais courts, et à proximité. Or la consommation de psychotropes est en forte augmentation, par des enfants de plus en plus jeunes, sur des durées longues, et avec des poly-prescriptions : entre 2010 et 2023, le taux de délivrance pour les patients de 0 à

17 ans a augmenté de + 137 % pour les hypnotiques, + 88 % pour les antidépresseurs, + 50 % pour les neuroleptiques et + 40 % pour les psychostimulants, pour des prescriptions souvent hors autorisation de mise sur le marché et malgré l'existence d'effets indésirables. La réponse aux difficultés mentales des enfants ne saurait être que sanitaire. Réduire la consommation de médicaments psychotropes va de pair avec des offres thérapeutiques diversifiées, incluant la participation des familles et du milieu éducatif, et inscrivant la santé mentale dans une approche plurielle et préventive. Le Conseil propose d'estimer le coût global de la consommation de psychotropes (traitements, consultations, examens et coûts liés aux effets indésirables à moyen et long terme, dont les pathologies chroniques), d'inciter à prescrire pour des durées plus courtes, conformes aux recommandations des autorités de santé, et d'envisager la déprescription avec les jeunes patients, leurs familles et le milieu éducatif au besoin.

■ DÉVELOPPER LA PRÉVENTION EN SANTÉ PAR LA QUALITÉ ET LA COORDINATION DES SERVICES, À L'ÉCHELLE DU BASSIN DE VIE

Une meilleure égalité territoriale des réponses aux problématiques de santé et de santé mentale des enfants et adolescents, avec des offres diversifiées et dans des délais raisonnables, est une mesure de justice et d'économie. Elle repose sur un « triple continuum » de ressources locales, pour l'accessibilité, pour tous les âges afin de prévenir les ruptures de parcours, et pour les différents niveaux de gravité, à travers une coordination à chaque moment de la chaîne thérapeutique, pour une meilleure efficacité.

■ QUEL SERVICE PUBLIC DE LA PETITE ENFANCE ?

L'équilibre des comptes de la sécurité sociale repose sur l'emploi et le renouvellement des générations comme principale richesse. Or la jeune génération hésite à procréer. Lutter contre la pauvreté, par la qualité de l'emploi et une socialisation progressive dès la petite enfance est une mesure d'avenir. Depuis 2017, le HCFEA a instruit un ensemble de propositions favorables à la conciliation entre la vie professionnelle des mères et des pères et leur besoin de temps et de droits pour leurs enfants et adolescents,

et leurs proches âgés ou à besoins spécifiques. Pour la première enfance, il a défini les outils de pilotage d'une **montée en qualité affective, éducative et sociale de l'accueil collectif et individuel** qui favorise la prévention des troubles du lien enfant-parents et l'adaptation entre enfants, école et société. Il défend aussi **l'accueil très précoce du jeune enfant en situation de handicap** en collectivité, à la fois dans son intérêt et pour soutenir les parents, et prévenir leur isolement, leur retrait de l'emploi et les risques d'appauvrissement familial. Pour les 43 % d'enfants qui n'ont pas accès aux modes d'accueil formels, il propose un parc d'accueils plus diversifiés, flexibles, ajustés, qui permettent une socialisation progressive avant l'école, préviennent les troubles de la séparation et lèvent des freins à l'emploi des mères.

■ FAVORISER LA SANTÉ ENVIRONNEMENTALE ET LES CHEMINS D'UN DEHORS INCLUSIF, EN VILLE ET DANS LA NATURE

Les enfants ne veulent plus sortir. Le Conseil de l'enfance a étudié « les conditions d'un extérieur inclusif et habité, à hauteur d'enfants », pour prévenir les troubles mentaux et somatiques liés à la sédentarité, au repli sur les écrans et au huis clos familial. Il propose de lever les mesures entravant l'accès à un espace à ciel ouvert, dans les institutions et services de l'enfance (lieux d'accueil, soins, protection, éducation, justice), et de **réglementer les pratiques éducatives et administratives induisant l'usage des écrans** au quotidien. Il insiste sur la lutte contre le « mal logement », le sans-abrisme, et leurs impacts sur la santé. Il appelle à soutenir les plans d'adaptation au réchauffement climatique, la réduction des pollutions, et **des espaces d'exercice physique et de nature** ouverts à tous. Enfin, il juge nécessaire, pour favoriser l'activité en extérieur, de sécuriser le partage de la voie publique sur les chemins de l'école ou du lycée, et de faire place au besoin de repos, de locomotion active et douce, et de jeux pour les enfants.



La branche famille et les politiques familiales, des dépenses d'avenir à préserver

La branche famille présente la singularité d'être structurellement excédentaire. En effet, ses recettes, assises sur les revenus, progressent au même rythme que la croissance, alors que ses dépenses sont indexées sur l'inflation. La baisse de la natalité observée depuis quelques années contribue également à accroître cet excédent. Ces dernières années, l'excédent de la branche famille a surtout servi à financer des transferts vers d'autres branches (maladie-maternité et vieillesse) : ils représentent aujourd'hui un quart des dépenses de la branche.

La politique familiale doit aider à la réalisation du désir d'enfant et répondre aux besoins des parents pour leur permettre d'élever et éduquer leurs enfants dans de bonnes conditions. Or, ces besoins sont aujourd'hui insuffisamment couverts, notamment en matière d'accueil du jeune enfant. La politique familiale doit également assurer ses fonctions redistributives et participer à lutter contre les inégalités de genre, sociales et territoriales, ce qui peut avoir des effets sur le nombre de naissances et donc à long terme sur le solde comptable de la sécurité sociale dans son ensemble. Pour cela, **il est essentiel que les recettes de la branche famille en pourcentage du PIB soient de nouveau garanties, comme elles l'ont été des années 1970 à 2014.**

Comment la branche famille, structurellement excédentaire, peut-elle participer au redressement des comptes de la sécurité sociale alors que les besoins des familles sont insuffisamment couverts ? Le Conseil de la famille a examiné différentes pistes, en a retenu certaines et rejeté d'autres.

■ ANTICIPER ET PRÉVENIR LES RISQUES POUR ÉVITER DES DÉPENSES FUTURES

Parmi celles retenues, une première est d'**anticiper et prévenir les risques pour éviter des dépenses futures**. Certaines dépenses réalisées aujourd'hui au bénéfice des enfants et de leurs parents permettent en effet de prévenir des risques. En outre,

certaines politiques, en particulier celles visant à faciliter l'articulation entre vie familiale et vie professionnelle, permettent aux parents de travailler et augmentent ainsi les recettes de l'ensemble des branches de la sécurité sociale.

En conséquence, **le Conseil de la famille du HCFEA propose les mesures suivantes : la modification de la règle d'indexation des prestations familiales pour favoriser une évolution plus dynamique de ces dernières ; le développement de l'accueil du jeune enfant ; la refonte du congé parental pour le rendre conforme aux directives européennes ; les mesures contribuant à lutter contre la pauvreté des enfants ; ainsi que la prévention de risques de santé liés à l'alimentation par un meilleur encadrement de la pause méridienne à l'école.** L'excédent de la branche famille, qui pourrait atteindre 4,5 à 6 Md€ à l'horizon 2029, doit être mobilisé pour financer ces mesures et contribuer ainsi à réduire des risques qu'il faudrait sinon compenser à long terme.

■ AMÉLIORER L'EFFICACITÉ DES POLITIQUES PUBLIQUES ASSOCIÉES AUX PENSIONS ALIMENTAIRES

Une deuxième piste retenue consiste à **améliorer l'efficacité des politiques publiques en matière de contribution à l'entretien et à l'éducation de l'enfant (CEEE), communément appelée pension alimentaire**, sous deux angles : adopter un barème unique pour fixer son niveau en cas de séparation ; étendre le dispositif d'intermédiation financière pour limiter les impayés de pensions alimentaires, et donc réduire les dépenses publiques en matière de compensation et de recouvrement.

■ METTRE EN PLACE UN BARÈME UNIQUE DE FIXATION DES PENSIONS ALIMENTAIRES

Depuis 2018, coexistent deux barèmes pour fixer le montant des pensions alimentaires lors des séparations de couples avec enfants : une table de référence indicative mise à disposition des juges aux affaires familiales en 2010 ; un barème publié en 2018 dans le code de la sécurité sociale, et utilisé par l'agence de recouvrement et d'intermédiation des pensions alimentaires (Aripa). Le barème 2018 conduit à des montants de pensions alimentaires plus élevés que le barème 2010 pour les trois-quarts des parents débiteurs. Ce barème est très peu utilisé.

La coexistence de ces deux barèmes est source de confusion pour les parents qui se séparent et les acteurs du secteur. **Le Conseil de la famille recommande de relancer la réflexion pour adopter un barème unique qui serait utilisé par l'Aripa et mis à disposition des juges aux affaires familiales.** Ce barème unique conduirait à un montant moyen des pensions alimentaires plus élevé qu'avec le barème 2010, ce qui réduirait les dépenses d'allocation de soutien familial complémentaire (ASF-C), versée au parent créancier quand la pension est inférieure au montant de l'ASF, ainsi que les dépenses de prestations familiales et sociales sous condition de ressources.

■ POURSUIVRE LE DÉPLOIEMENT DE L'INTERMÉDIATION DES PENSIONS ALIMENTAIRES

L'intermédiation financière des pensions alimentaires a progressivement été mise en place depuis 2017 pour faciliter leur versement à la date prévue au parent créancier, simplifier ses démarches et réduire le risque d'impayé. Si le nombre de parents bénéficiaires de ce dispositif a fortement progressé, beaucoup d'ex-conjoints sont encore en dehors.

Le Conseil de la famille recommande de poursuivre le déploiement du dispositif d'intermédiation financière vers de nouveaux bénéficiaires. La généralisation du dispositif d'intermédiation financière permettrait de diminuer les dépenses d'ASF recouvrable (ASF-R), de réduire le risque de non-recouvrement de l'ASF-R, ainsi que les frais de gestion afférents au recouvrement. Elle réduirait aussi les dépenses de prestations familiales sous condition de ressources et favoriserait une déclaration fiscale plus exacte des pensions alimentaires et donc un gain de recettes d'impôt sur le revenu.

Enfin, afin de permettre une adaptation plus rapide de la pension alimentaire en cas de changement de situation du parent débiteur, **il pourrait être opportun de charger l'Aripa de la révision des pensions alimentaires à la place des juges aux affaires familiales.**

■ DES PISTES NON RETENUES

Le Conseil de la famille a examiné d'autres pistes qu'il n'a pas retenues. Au regard des travaux qu'il a mené en 2023 sur le pouvoir d'achat des familles en période d'inflation, **il s'oppose à des mesures**

du type sous-indexation ou gel des montants et des plafonds de ressources des prestations familiales et de solidarité. De telles mesures conduiraient à faire porter la charge de l'effort du redressement des comptes de la sécurité sociale sur les familles avec enfants, notamment les plus modestes d'entre elles.

De même, il a examiné la possibilité d'une suppression sèche de la majoration pour âge des allocations familiales. Il s'y oppose car une telle mesure pénaliserait particulièrement les familles nombreuses modestes et conduirait à une réduction de l'enveloppe budgétaire dédiée à la politique familiale alors que les besoins ne sont pas couverts. En outre, le Conseil écarte la mesure consistant à augmenter le plafond de ressources utilisé pour le calcul des participations familiales dans le barème PSU.

■ DES PISTES HORS DU CHAMP DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Enfin, le champ des politiques familiales ne se limite pas à la branche famille de la sécurité sociale : des dépenses fiscales et sociales en direction des familles rentrent aussi dans le périmètre des politiques familiales. Un certain nombre de pistes de nature fiscale ont ainsi été examinées : le plafonnement du montant de la pension alimentaire déductible du revenu imposable du parent débiteur et pris en compte dans celui du parent créancier ; le plafonnement du quotient conjugal au niveau du plafond du quotient familial, mesure non consensuelle au sein du Conseil de la famille ; la suppression du crédit d'impôt famille (Cifam) bénéficiant aux entreprises réservataires de berceaux. Ces mesures d'économie devraient s'accompagner d'un redéploiement vers les familles afin de couvrir les besoins des ménages avec enfants.



Les leviers d'une meilleure efficacité de la réponse aux besoins des personnes âgées et au soutien de leur autonomie

La politique de soutien à l'autonomie des personnes âgées est un risque de sécurité sociale jeune, non parvenu à maturité tant dans le niveau des aides apportées que dans son pilotage et sa gestion. L'effort national de solidarité pour l'autonomie des personnes âgées s'élevait à 29,5 Md€ en 2023 (soit 1,05 % du PIB), majoritairement financés par la sécurité sociale (branche autonomie et maladie). Les prestations versées, peu dynamiques depuis 2019, relèvent largement d'une logique d'aide sociale, et leurs bénéficiaires sont appelés à financer une part non négligeable de leurs frais. Le non-recours à l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et la sous-consommation des plans d'aide sont significatifs.

Face à l'absence de levier de type paramétrique actionnable, le Conseil de l'âge du HCFEA se situe dans une stratégie de moyen et long-terme, visant un « refroidissement du moteur » pour éviter une augmentation des dépenses de santé et d'autonomie insoutenable entre 2026 (arrivée à 80 ans des premiers *baby-boomers*) et 2045.

Les propositions du Conseil de l'âge sont centrées sur deux objectifs : prévenir la perte d'autonomie comme priorité de la sécurité sociale et adapter effectivement la société au vieillissement. Ils seraient mis en œuvre au travers de quatre leviers.

■ DÉVELOPPER LA PRÉVENTION PRIMAIRE AU BÉNÉFICE DES SENIORS (LEVIER 1)

Le Conseil propose des objectifs ambitieux pour le déploiement des rendez-vous de prévention à 70-75 ans (« Mon bilan prévention ») et d'Icobe, en s'appuyant, d'une part, sur des démarches d'aller-vers afin notamment de réduire les inégalités sociales d'accès et de recours à la prévention et, d'autre part, sur les caisses de retraite avec une rénovation de leur action sociale. Le Conseil rappelle également l'import-

tance d'accélérer l'adaptation des logements privés et sociaux. **Ces efforts de prévention peuvent notamment générer des économies de 400 M€ sur les dépenses de santé en réduisant de 30 % le nombre de chutes graves.**

■ AMÉLIORER LES PARCOURS À DOMICILE PAR DES PLANS D'AIDES GLOBAUX ET RENFORCÉS (LEVIER 2)

La prévention secondaire et tertiaire doit être développée pour améliorer le bien-être et l'autonomie des personnes et réduire les événements indésirables à domicile, y compris l'épuisement des aidants. Le Conseil appelle à une refonte de l'éligibilité à l'APA pour mieux inclure les personnes souffrant de troubles cognitifs. Il appelle également à une rénovation profonde de l'APA pour créer trois compartiments (aides humaines, aides techniques, répit) avec des plafonds relevés et distincts, ainsi qu'un forfait dédié à la surveillance des personnes souffrant de troubles graves, en appui de leurs aidants.

Cet effort de prévention permettrait, dans une hypothèse volontariste, de diminuer la prévalence de la perte d'autonomie des personnes de 60 ans et plus de 10 % chaque décennie. **La baisse du nombre de bénéficiaires et des dépenses d'APA en résultant, par rapport au tendanciel et à législation constante, apporterait une économie de 0,4 Md€ à horizon 2030 et 1 Md€ à horizon 2040.**

■ RENFORCER L'EFFICIENCE DES ACCOMPAGNEMENTS AUTOUR DE DOMICILES REGROUPÉS (LEVIER 3)

L'objectif est de multiplier les solutions alternatives aux domiciles historiques et aux Ehpad, permettant de réduire l'isolement des personnes et de minimiser les déplacements des professionnels, améliorant ainsi les parcours et les conditions de travail de ces derniers.

Une mobilisation est nécessaire pour accélérer et faciliter le développement de l'offre d'habitats intermédiaires partagés, que pourrait impulser une mission d'animation nationale, ainsi que pour un déploiement effectif d'outils numériques de soins ou de prévention. **Un effort important de financement**

de ces solutions doit être planifié, dans le cadre de la loi de programmation demandée depuis des années par le Conseil de l'âge et prévue par la loi du 8 avril 2024 dite « bien-vieillir ».

■ REVOIR LE PÉRIMÈTRE DE MISSIONS ET DE TARIFICATION DES EHPAD (LEVIER 4)

Pour densifier la présence médico-soignante en Ehpad, le Conseil propose d'élargir le périmètre des soins qui y sont financés et de réviser la grille d'évaluation « Pathos ». Il suggère d'étudier la mise en place d'un tarif partiel élargi aux interventions des professionnels paramédicaux et / ou des dépenses de médicament et de généraliser progressivement le tarif global, tout en développant les systèmes d'information (SI) dans l'objectif d'y renforcer la traçabilité des soins. Ces évolutions doivent être conjuguées avec l'objectif adopté par le Conseil de renforcement de la dimension de lieu de vie des Ehpad. Au-delà, l'ambition doit être de construire de véritables « parcours gériatriques » entre la ville et les établissements. **Le Conseil de l'âge poursuivra des travaux d'approfondissement de ce levier dans le cadre de son plan de travail en cours sur le périmètre pertinent de mission et d'organisation des Ehpad.** Concernant les résidences autonomie, le Conseil propose de les doter d'un forfait « soins » pour organiser la fonction d'infirmier référent.

Le Conseil propose un plan global transverse aux quatre leviers pour établir de véritables parcours gériatriques et **diminuer les séquences et dépenses de soins non pertinentes des personnes âgées pour atteindre une économie de 1 Md€ à horizon 2030**, partagée entre les établissements de santé, les ESMS et l'assurance maladie.

La condition préalable à la meilleure efficacité de la politique de soutien à l'autonomie des personnes âgées est un **effort de simplification de la gouvernance et de la gestion**, pour diminuer la complexité et les iniquités, et appuyé sur un progrès dans la connaissance des situations et aides. Le Conseil propose à ce titre la fusion des deux dispositifs d'aide-ménagère existant pour les personnes en GIR 5 et 6 en les intégrant au sein de l'action sociale de la branche retraite. Il recommande également d'étudier la possibilité de faire

assurer la gestion de l'APA, pour le compte des départements, par les caisses de retraite de base et de développer un SI unique pour l'APA partagé entre la CNSA et la Cnav.

Enfin, le Conseil de l'âge a souhaité se positionner sur les recettes pouvant être mobilisées pour contribuer au redressement des comptes et en particulier de ceux, dégradés, de la branche autonomie. Selon lui, les recettes découlant de toute mesure qui augmenterait le niveau des contributions fiscales ou sociales des retraités ou impacterait le niveau de leurs pensions, devraient être affectées au meilleur financement du soutien à l'autonomie. Il suggère d'envisager, à terme, un élargissement des sources de financement de la perte d'autonomie en mettant davantage à contribution le capital et en augmentant les droits sur les mutations à titre gratuit, piste étudiée par le HCFiPS. En contrepartie, le périmètre du recours sur succession pour l'aide sociale à l'hébergement (ASH) pourrait être réduit.

Quelle évolution des recettes de la sécurité sociale dans le cadre du redressement des comptes sociaux ?

S'agissant des recettes, il convient, en premier lieu, de rappeler que les recettes sont un élément constitutif de la sécurité sociale. Dépenses et recettes constituent un tout, qui s'exprime autour de la formule classique : chacun cotise selon ses moyens et reçoit selon ses besoins. La mise en lien des dépenses et des recettes répond donc, certes, à un enjeu budgétaire, mais elle permet aussi de juger de la diminution des inégalités portée par l'ensemble du système.

Vue ainsi dans sa globalité, une politique de sécurité sociale doit nécessairement comporter une politique de recettes. Cette politique de recettes doit avant tout être pensée pour servir le financement de la sécurité sociale et l'on doit veiller à ce qu'elle ne soit pas instrumentalisée, voire rendue incohérente, au profit d'autres objets.

REVENU DU TRAVAIL ET FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE : UNE ÉVOLUTION PROGRESSIVE

Il est indéniable que le niveau des prélèvements sociaux est élevé : le taux juridique des prélèvements sociaux sur les salaires s'élève, avant allègements et bandeaux, à 68 % au niveau du plafond de la sécurité sociale.

Ce taux est le reflet à la fois du choix d'une protection sociale de haut niveau et d'une socialisation importante des prestations. Il n'est pas aberrant en comparaison internationale : ainsi, hors retraite, le niveau des prélèvements obligatoires « sociaux » est sensiblement plus faible en Allemagne ou aux États Unis, mais simplement parce que les dépenses y sont moins socialisées : les niveaux de dépenses, notamment maladie, sont très proches si on ajoute dépenses publiques et privées.

Ce taux « facial » est cependant très supérieur au taux réel, notamment en bas de la distribution des salaires et dans une moindre mesure jusqu'à 3,5 Smic : avec les politiques d'allègements, le taux de prélèvements s'élève à 28 % au niveau du Smic (à 60 % à 1,6 Smic). Il est en outre relativement stable depuis le milieu des années 2000 : il n'a donc pas contribué à renchérir le coût du travail sur cette période ; avec les politiques d'allègements, il contribue même à en modérer le coût.

Il est également indéniable que l'assiette du prélèvement pèse largement sur les revenus d'activité. On doit tout d'abord noter que les revenus d'activité pèsent moins qu'antérieurement dans la structure des recettes (93 % en 2002, 81 % en 2023), la part des prélèvements sur les revenus assis sur la consommation et sur le patrimoine s'étant accrue : le financement de la sécurité sociale n'est pas inerte. Le fait que les revenus d'activité constituent une part importante de l'assiette est cohérent avec la nature des dépenses : il est totalement logique que les revenus de remplacement soient principalement financés par des cotisations prélevées sur les revenus auxquels ils se substituent. Formulé autrement, le travail paie, par le salaire direct, mais aussi par les cotisations qui financent les revenus différés. Le fait que les revenus d'activité constituent une part importante de l'assiette est également cohérent dès

lors que ces transferts représentent une part importante des revenus des ménages : les branches universelles, financées par un prélèvement universel, sont nécessairement financées pour une large part à partir des revenus salariaux et non salariaux, même si ceux-ci ne constituent qu'une partie de l'assiette. Pour autant, il existe encore des marges de manœuvre sur ce sujet : ainsi la part des revenus d'activité dans la CSG est-elle surpondérée par rapport à leur part dans les revenus des ménages.

■ LE TAUX ET LA QUALITÉ DE L'EMPLOI : DES DONNÉES CLÉS DU REDRESSEMENT DES COMPTES DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Ces constats posés, l'objectif premier en matière de recettes est d'améliorer leur dynamique spontanée : cela passe par des actions en faveur d'un accroissement de la productivité et d'une amélioration du taux d'emploi.

Le taux d'emploi atteint un haut niveau (69,5 % de la population en âge de travailler), mais peut être encore amélioré. Selon une étude du Trésor, un alignement du taux d'emploi français sur celui de l'Allemagne rapporterait 15 Md€ en recettes et permettrait d'économiser 5 Md€ en dépenses. Selon une évaluation du Conseil de la famille, 160 000 personnes déclarent ne pas trouver de mode de garde pour leurs enfants. Si elles en disposaient, et pouvaient ainsi travailler, le gain pour la sécurité sociale serait d'1 Md€.

L'amélioration du taux d'emploi est régulièrement mise en exergue, la question est désormais de l'opérationnaliser. Les Hauts Conseils partagent la conviction que la solution réside très largement dans une stratégie de qualité de l'emploi : aujourd'hui, beaucoup d'analyses convergent sur la faiblesse française en la matière ; or plusieurs leviers sont mobilisables, notamment dans le champ de la protection sociale.

La politique de santé au travail en est un. Partant du constat que l'approche de la santé au travail est aujourd'hui fragmentée (avec de très nombreux intervenants), incomplète (les travailleurs indépendants ne sont pas couverts), et non homogène (notamment entre secteurs privé et public), et que la branche « accidents du travail - maladie professionnelle » (AT-MP) ne couvre que le secteur privé, le HCFiPS a

recommandé, début 2025, d'engager une réflexion sur la rénovation de cette branche. Il avait précisé que cette réflexion devait porter sur le périmètre d'intervention de la branche, sur le contenu de l'action et plus globalement, sur la capacité de pilotage. Cet axe de réflexion est ici réitéré, en soulignant que le sujet doit s'accompagner d'une concertation avec les partenaires sociaux, qui seront très attentifs au sujet de la gouvernance et de leur rôle dans celle-ci.

La question de la branche AT-MP fait partie du sujet, mais n'en est qu'une partie : au-delà de la réflexion sur l'évolution de cette branche, plusieurs enjeux doivent être particulièrement soulignés : celui de disposer d'une approche globale du risque professionnel assurant un continuum entre prévention de la sinistralité, organisation, management et financement ; celui de favoriser des politiques d'amélioration du bien-être au travail ; celui de mettre l'écoute des travailleurs au cœur de la prévention des risques professionnels, et, partant, de faire évoluer les pratiques managériales. L'objectif est également d'agir fermement sur les zones de risque, en mettant la prévention « au cœur » de la politique de santé au travail, en maîtrisant mieux les sur-risques liés à l'intérim et à la micro-entreprise, en responsabilisant davantage les entreprises donneuses d'ordre, notamment en cas de sous-traitance « en cascade ».

Pour piloter ces travaux, une réflexion sur une meilleure prise en compte de ce sujet par les administrations centrales serait nécessaire.

La dynamique spontanée des recettes est essentielle. Elle ne suffira cependant pas à court terme à redresser les finances sociales, et des mesures en apport de recettes pourraient devoir être engagées.

■ UNE AFFECTATION DE NOUVELLES RECETTES NE PEUT ÊTRE ÉCARTÉE SI ON VEUT CRÉDIBILISER UNE TRAJECTOIRE DE RETOUR À L'ÉQUILIBRE, MAIS NE SAURAIT ÊTRE EXCLUSIVE

La question des allègements sur les entreprises a été fortement débattue dans le cadre des travaux associés à la LFSS 2025, ce qui a conduit à en réduire l'étendue (pour une fraction néanmoins marginale :

1,6 Md€ pour un montant total de 80 Md€, soit 2 % de baisse), mais aussi à créer un comité de suivi, qui serait le lieu légitime pour poursuivre cette discussion.

Le rapport examine en premier lieu les possibilités d'un apport de CSG ou de TVA. S'agissant de la TVA, les partisans d'une TVA sociale soutiennent cette mesure pour des raisons radicalement différentes : pour les uns, alléger les cotisations patronales dans une logique de renforcement de la compétitivité des entreprises ; pour les autres, alléger les cotisations salariales pour que « le travail paie plus » (en augmentant le salaire net). Dans les deux cas, il s'agit d'utiliser la ressource sans qu'elle ne serve à la résorption du déficit de la sécurité sociale. Ce point est une réelle difficulté des deux propositions, dans le contexte financier actuel : à supposer qu'un apport de TVA soit retenu, il devrait participer impérativement au rééquilibrage des comptes. Pour des questions à la fois de redistribution et de logique de financement, le recours à la TVA est par ailleurs fortement rejeté par les organisations syndicales qui se sont prononcées.

Des évolutions de CSG, l'augmentation du prélèvement sur le patrimoine, les travaux sur les niches sociales et les taxes comportementales sont apparus comme des hypothèses plus consensuelles en matière de recettes.

Un apport de CSG pourrait soit peser sur l'ensemble des revenus, soit être l'occasion d'un rééquilibrage entre ses différentes assiettes (la CSG porte plus en proportion sur les revenus d'activité que sur les revenus du capital et *a fortiori* que sur les revenus de remplacement). Le rapport évoque notamment la possibilité de renforcer le prélèvement sur les revenus du capital, dans l'objectif de rendre la CSG plus progressive.

La taxation du patrimoine permettrait, dans une logique d'équité, de prendre en compte la concentration croissante du patrimoine sur les plus hauts déciles et pourrait être, comme le propose le Conseil de l'âge, en résonance avec le sujet « perte d'autonomie ». Comme le Hcaam, le HCFIPS a abordé la question des taxes comportementales : celles-ci peuvent produire des recettes à court terme, effets qui ont vocation à se réduire dans le temps au fur et à mesure des changements de comportement. Ce sujet a été évoqué notamment au travers des droits de consommation

sur les alcools, très faiblement taxés aujourd'hui alors que l'impact de leur consommation sur la santé est étayé ; la création d'une taxation sur les écrans est également évoquée, en lien avec le caractère addictif de l'usage des écrans et les conséquences de cette addiction en matière de santé mentale.

Les exonérations, qui ont eu tendance à s'accroître ces dernières années, décorrélant de plus en plus les revenus salariaux de l'assiette du prélèvement, pourraient pour partie être revues. Quatre exonérations sont évoquées : celle portant sur les cotisations santé et prévoyance financées dans le cadre des complémentaires d'entreprise ; celle portant sur les heures supplémentaires ; celle relative aux indemnités de rupture conventionnelle ; et enfin celle sur les titres restaurants, dont la remise en cause a été clairement rejetée par les organisations syndicales qui se sont prononcées. Enfin, il est évoqué de limiter les taux réduits applicables au forfait social.

■ UNE ACTION RÉSOLUE DE LUTTE CONTRE LES FRAUDES DOIT ENFIN ÊTRE MENÉE

Point également souligné par le Hcaam et qui fait consensus au sein des Hauts Conseils : il s'agit d'une composante essentielle de la confiance de nos concitoyens dans le système de solidarité nationale que constitue la protection sociale. Cette action doit porter sur quatre grands piliers : évaluation, prévention, contrôle et sanction, l'ensemble devant être porté par une meilleure organisation collective. En termes financiers, le manque à gagner lié à la fraude n'est pas négligeable. Toutefois, compte tenu de l'impossibilité de détecter « en temps réel » et de manière exhaustive les sommes occultées et au regard de l'agilité des fraudeurs, qui rend le recouvrement parfois très difficile, la lutte contre la fraude ne saurait être considérée comme « la » solution aux déficits : les montants recouverts sont très en-deçà des besoins financiers de la sécurité sociale.



POUR UN REDRESSEMENT DURABLE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

HCAAM

78/84 rue Olivier de Serres CS 59234
75739 PARIS cedex

<https://www.strategie-plan.gouv.fr/haut-conseil-pour-lavenir-de-lassurance-maladie-hcaam>

<https://www.securite-sociale.fr/hcaam>

HCFEA

78/84 rue Olivier de Serres CS 59234
75739 PARIS cedex

<https://www.hcfea.fr/>

HCFIPS

78/84 rue Olivier de Serres CS 59234
75739 PARIS cedex

www.strategie-plan.gouv.fr/hcfips
www.securite-sociale.fr/hcfips