



GOVERNEMENT

*Liberté
Égalité
Fraternité*

Direction
de la sécurité sociale



LA DIRECTION
DE LA SÉCURITÉ
SOCIALE

2024

ÉDITORIAL

1^{er} avril 2025



Pierre Pribile

Directeur de la sécurité sociale

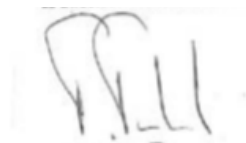
2024 aura une nouvelle fois été une année bien particulière pour la Direction de la sécurité sociale. C'est en effet sur le projet de loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) pour 2025 que le Gouvernement est tombé, après le vote d'une motion de censure à l'Assemblée nationale. C'est la première fois depuis la création des lois de financement de la Sécurité sociale, qui constituent la pierre angulaire de la Sécurité sociale, que nous avons terminé l'année sans LFSS votée.

Cette situation inédite a d'abord amené le Gouvernement à proposer, au mois de décembre, un projet de loi pour la continuité de la vie de la nation, permettant à l'État de lever l'impôt et à la Sécurité sociale d'assurer son financement via l'emprunt. À moyen terme, l'absence de LFSS a aussi conduit les équipes de la DSS à proposer, en lien avec le Gouvernement et les autres administrations concernées, des solutions pour assurer la stabilité de notre modèle de protection sociale pour répondre aux nombreuses questions qui se posaient (quelle maîtrise des dépenses de santé sans objectif national de dépense d'assurance maladie (ONDAM)). À la suite de la reprise des discussions au Parlement, le texte a été adopté puis examiné par le Conseil constitutionnel, ce dernier validant la grande majorité de ses dispositions. Ainsi, le texte porte des mesures visant à limiter la dégradation des comptes sociaux, tant du point de vue des recettes que des dépenses.

La LFSS pour 2025 renforce la politique de santé et d'accès aux soins, en actant des moyens supplémentaires aux établissements de santé et des mesures de lutte contre les pénuries de médicament, en poursuivant la démarche de modernisation et de simplification du financement du secteur médico-social et en concrétisant plusieurs engagements en faveur des agriculteurs.

À côté de ces mesures portées par véhicule législatif, 2024 aura aussi permis de nombreuses avancées relatives aux politiques prioritaires du Gouvernement : le service public de la petite enfance poursuit son déploiement avec l'attribution aux communes du rôle « d'autorité organisatrice » sur les territoires ; le projet de solidarité à la source se concrétise également par la mise en place du montant net social et l'expérimentation avant généralisation du pré-remplissage des déclarations de revenus pour les demandes de RSA ou de Prime d'activité. Conformément aux annonces du Président de la République, la direction a également préparé la mise en œuvre du remboursement intégral des fauteuils roulants sur laquelle revient ce nouveau rapport d'activité.

Bonne lecture !



SOMMAIRE

La Direction de la sécurité sociale	4
Nos missions	5
Une direction à taille humaine	6
La vie à la DSS.....	7
Organigramme au 1 ^{er} avril 2025	8
Pilotage de la Sécurité sociale	9
Une poursuite des efforts pour redresser les comptes sociaux en 2024	10
Les dépenses d'assurance maladie en 2025 : un effort d'économies important pour financer les nouvelles dépenses	11
Améliorer la prévention et l'accès aux droits des assurés face aux risques professionnels : signature de la Convention d'objectifs et de gestion 2023-2028.....	12
Lutter plus efficacement contre la fraude sociale	13
La renégociation des accords de classification des personnels de sécurité sociale.....	14
Le nouveau positionnement de la Mission nationale de contrôle et d'audit des organismes de sécurité sociale (MNC)	16
Simplifier les échanges de données pour faciliter concrètement la vie des usagers	18
Système de santé	19
L'entrée dans le droit commun des organisations innovantes probantes	20
La performance des établissements de santé : concourir à la soutenabilité du système de soins.....	21
Médecins généralistes : une nouvelle convention médicale.....	22
Prise en charge intégrale des fauteuils roulants : une réforme attendue	23
2 ans de plus pour l'expérimentation du paiement en équipes de professionnels de santé	24
L'évolution du dispositif MonSoutienPsy, consécutive à son évaluation	25
Droits des assurés	26
Le déploiement du service public de la petite enfance	27
Mieux accompagner les patients face aux refus de soins discriminatoires	28
Améliorer l'accès aux droits des assurés en matière de santé : la refonte du site internet de la complémentaire santé solidaire (C2S)	29
Le déploiement de la solidarité à la source.....	30
Un plan de maîtrise des risques de l'écosystème des données sociales pour sécuriser leur collecte et leurs usages	31

Le Bulletin officiel de la Sécurité sociale a fêté ses 3 ans : un outil devenu incontournable pour les cotisants32

Assiette des travailleurs indépendants : une réforme ambitieuse attendue par les organisations professionnelles33

La dénonciation de l'accord franco-suisse de 2009 sur la mobilité intragroupe.....34

Retraites et Prévoyance35

Le répertoire de gestion des carrières unique : une centralisation au bénéfice des assurés.....36

Pensions de base des exploitants agricoles : une réforme pour s'aligner sur le régime général37

Accompagner les salariés de la RATP dans le cadre de l'ouverture à la concurrence38

La généralisation de la couverture prévoyance : un colloque pour réfléchir au cadre actuel39

Politiques transversales.....40

L'IA au service du traitement des amendements parlementaires : un test concluant lors du PLFSS. 41

Mayotte : la DSS mobilisée pour répondre à la crise42

LA DIRECTION DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

—

QUI SOMMES-NOUS ?

NOS MISSIONS

La Direction de la sécurité sociale (DSS) est chargée de la conception et de la mise en œuvre des politiques publiques en matière de sécurité sociale. Au 1^{er} mars 2025, elle dépend de plusieurs ministres : la ministre du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles (et les ministres qui lui sont rattachés, chargés du Travail et de l'Emploi, de la Santé et de l'Accès aux soins et de l'Autonomie et du Handicap) et le ministre de l'Économie, des Finances et de la Souveraineté industrielle et numérique (ainsi que la ministre chargée des Comptes publics placée auprès de lui).

La DSS poursuit plusieurs missions essentielles au cœur des enjeux sociaux du pays

Elle conçoit et pilote la mise en œuvre des politiques relatives à la Sécurité sociale de l'ensemble des branches (assurance maladie, accidents du travail et maladies professionnelles, retraite, famille, autonomie). Des réformes structurelles telles que le congé paternité, la réforme des retraites, la réduction des restes à charge pour les assurés dans l'accès aux soins ou encore la création d'une 5^e branche de la Sécurité sociale dédiée à l'autonomie ont ainsi été pilotées par la DSS.

Elle est aussi responsable du financement de la Sécurité sociale et du suivi de l'équilibre des comptes sociaux. Dans ce cadre, la direction définit les règles relatives aux recettes finançant la Sécurité sociale (par exemple la réglementation relative aux cotisations et aux contributions sociales, ou la réglementation de la fiscalité comportementale sur le tabac ou l'alcool) et elle s'assure de leur bon recouvrement. La DSS assure le suivi des comptes sociaux, de leur prévision à leur exécution. Elle réalise à ce titre plusieurs travaux publics, notamment les rapports de la Commission des comptes de la Sécurité sociale (CCSS) en juin et septembre.

La DSS prépare chaque année la loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) et s'assure ensuite de son application. Ce rendez-vous annuel rythme le travail de la direction et permet de disposer de leviers législatifs pour proposer de nouvelles réformes pour ajuster en permanence notre système de protection sociale aux évolutions des besoins et des attentes du Gouvernement et des usagers.

La DSS s'assure de la mise en œuvre opérationnelle de ces politiques pilotant les opérateurs chargés de leur mise en œuvre : les organismes de sécurité sociale, qui regroupent les caisses du régime général (CNAM, CNAF, CNAV, ACOSS, CNSA),



Les membres du Comex de la DSS, février 2025.

la MSA et les régimes spéciaux. Cette tutelle sur ces organismes se traduit par la signature de conventions d'objectifs et de gestion (COG), chargées d'impulser une démarche de performance dans la gestion de la Sécurité sociale, et par le déploiement sur le terrain de la mission d'audit et de contrôle. Les enjeux de simplification pour les assurés sont au cœur de projets importants en matière de systèmes d'information et de partage des données sociales.

Enfin, la DSS assure directement, en lien avec les opérateurs et autres administrations concernées le cas échéant, la conduite de nombreux projets : mise en œuvre de la solidarité à la source, déploiement du service public de la petite enfance, contemporanéisation des crédits d'impôts pour les services à la personne, etc. Son rôle central dans les politiques sociales la conduit aussi à être un contributeur essentiel à la mise en œuvre de nombreuses réformes pilotées par d'autres directions ou ministères.

UNE DIRECTION À TAILLE HUMAINE

292 AGENTS À LA DSS EN 2024

- 225 agents en central
- 67 agents à la Mission nationale de contrôle et d'audit (MNC)

PARITÉ



FEMMES
64 %



HOMMES
36 %



261 PERSONNES
de catégorie A
ou de l'encadrement,
soit 90 % de l'effectif

A

DIVERSITÉ DES MÉTIERS

ÂGE MOYEN

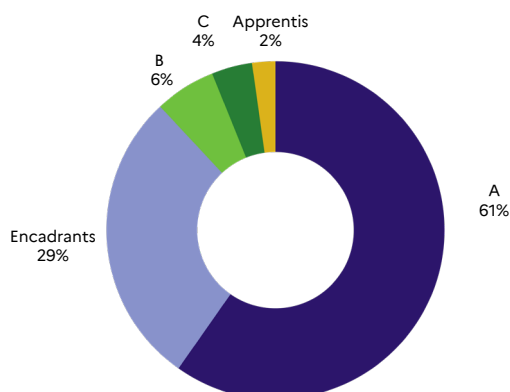
42 ans

âge moyen des agents
de la direction

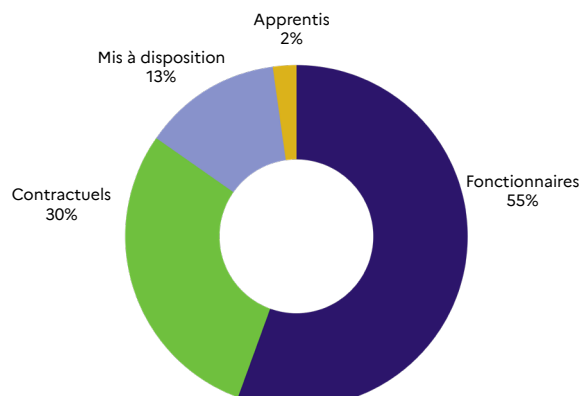
- Pilotage du droit de la Sécurité sociale
- Analyse économique
- Analyse statistique
- Conduite de projet
- Management d'équipe
- Analyse des systèmes d'information
- Négociation avec les professionnels et avec les caisses
- Audit



RÉPARTITION DES EFFECTIFS PAR CATÉGORIE ET STATUT



Répartition par catégorie, postes occupés
au 31 décembre 2024.



Répartition par statut, postes occupés
au 31 décembre 2024.

LA VIE À LA DSS



Pierre Pribile en visite à l'URSSAF d'Île-de-France, janvier 2015.

Accueil et accompagnement continu des agents

Du fait de l'étendue des missions et des politiques publiques qu'elle pilote, la Direction de la sécurité sociale (DSS) requiert de la part de ses agents de nombreuses compétences juridiques, techniques, opérationnelles et managériales pour assurer leur conduite. Pour cette raison, la direction veille à accueillir et à accompagner au mieux ses agents dans leurs missions. Chaque semestre, un petit déjeuner des nouveaux arrivants est organisé en présence du directeur pour partager leurs premières expériences et attentes. Des formations thématiques (formation à la légistique, procédure parlementaire, etc.) sont également dispensées par des référents appartenant à la direction pour faciliter la prise de poste et la montée en compétence des agents.



Formation interne pour le PLFSS, par les équipes de coordination.

Une direction tournée vers le terrain

La direction exerce la tutelle de l'État sur les régimes de sécurité sociale et a pour interlocuteur direct les caisses nationales qui ont pour rôle l'animation de leur réseau. Pour autant, il est essentiel que les agents de la DSS soient très attentifs au contact et entretiennent des relations directes avec nos partenaires – au premier rang desquels les caisses locales de sécurité sociale notamment celles chargées de projets spécifiques, et les établissements de santé et médico-sociaux – pour constater les enjeux et difficultés opérationnels des politiques mises en œuvre à l'échelle nationale. Aux côtés des équipes de la MNC présentes sur le terrain, la DSS s'attache ainsi à proposer à ses collaborateurs des visites dans ces établissements afin de confronter leurs connaissances et leurs projets avec les réalités du terrain et travailler avec eux au suivi et à la mise en œuvre des réformes.



Amphi DSS, mai 2024.

Des moments de convivialité pour renforcer la cohésion des équipes

Si le travail à la DSS est intense, du fait de l'ampleur des sujets traités et de leur technicité, des temps d'échange et de convivialité permettent aussi aux équipes de se rencontrer et de partager des moments collectifs, au moment de l'assemblée du personnel ou lors de moments-clés de l'année : à la fin de l'examen du projet de loi de financement de la Sécurité sociale ou avant les congés d'été lors de l'incontournable fête de la DSS.

ORGANIGRAMME AU 1^{ER} AVRIL 2025



Directeur
Pierre PRIBILE



Cheffe de service
Delphine CHAMPETIER



Chef de service
Morgan DELAYE

Financement du système de soins (SD1)



Sous-directrice
Clélia DELPECH

- ✓ Mission de coordination et de gestion du risque maladie
- ✓ Bureau établissements de santé et établissements médico-sociaux
- ✓ Bureau relations avec les professionnels de santé
- ✓ Bureau produits de santé

Accès aux soins, prestations familiales et AT-MP (SD2)



Sous-directrice
Marion MUSCAT

- ✓ Bureau accès aux soins et prestations de santé
- ✓ Bureau prestations familiales et aides au logement
- ✓ Bureau accidents du travail et maladies professionnelles

Retraites et institutions de la protection sociale complémentaire (SD3)



Sous-directrice
Delphine CHAUMEL

- ✓ Bureau régimes de retraite de base
- ✓ Bureau régimes spéciaux
- ✓ Bureau régimes professionnels de retraites et institutions de protection sociale complémentaire

Pilotage du service public de la sécurité sociale (SD4)



Sous-directrice
Claire VINCENTI

- ✓ Bureau pilotage budgétaire et performance des organismes de sécurité sociale
- ✓ Bureau gouvernance et performance sociale des organismes de sécurité sociale
- ✓ Bureau systèmes d'information des organisations de sécurité sociale

Financement de la sécurité sociale (SD5)



Sous-directeur
Thomas RAMILJAONA

- ✓ Bureau synthèse financière
- ✓ Bureau législation financière sociale et fiscale
- ✓ Bureau recouvrement

Études et prévisions financières (SD6)



Sous-directeur
Harry PARTOUCHE

- ✓ Mission des rapports d'évaluation des politiques de sécurité sociale
- ✓ Bureau prévisions et analyse des comptes
- ✓ Bureau économie de la santé
- ✓ Bureau études et évaluations

Division des affaires communautaires



Anne-Gaëlle CASANDJIAN

Mission nationale de contrôle et d'audit des organismes de sécurité sociale



Mylène GIRARD

Mission comptable permanente



Alexis KLEIN

Mission de lutte contre la fraude



Laure MERCEREAU-FARNOUX

Mission données sociales



Stéphane SEILLER

Division des affaires générales



Alexandre DELPORT

PILOTAGE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

—

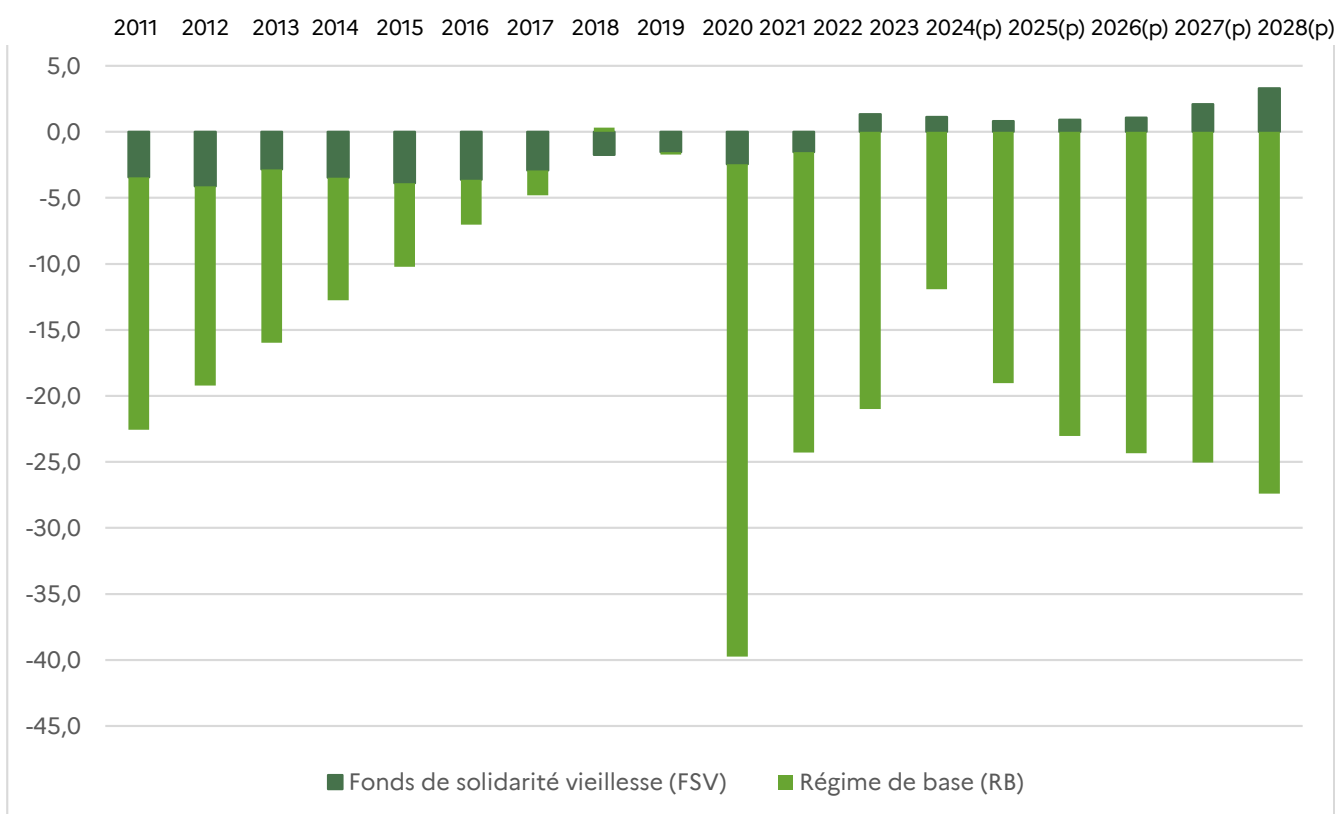
UNE POURSUITE DES EFFORTS POUR REDRESSER LES COMPTES SOCIAUX EN 2024

Alors que le solde des comptes sociaux n'avait cessé de s'améliorer depuis 2020, à la faveur de la disparition progressive des dépenses exceptionnelles liées au Covid, atteignant -10,8 Md€ en 2023, l'année 2024 a été marquée par une inflexion dans la trajectoire de résorption des déficits nés de la crise sanitaire.

Avec la dégradation des perspectives d'emploi, de croissance et de salaires qui s'est matérialisée progressivement, le déficit prévisionnel s'est aggravé, conduisant la Commission des comptes de la Sécurité sociale de mai 2024 à anticiper un déficit de 16,6 Md€ (contre 10,5 Md€ dans les projections de la loi de financement initiale). Et à l'occasion de l'examen du PLFSS 2025, les prévisions ont de nouveau conduit à augmenter le déficit à -18,5Md€, juste avant la censure du texte au Parlement. Finalement, le déficit des régimes obligatoires de base de sécurité sociale s'est établi à -15,3 Md€, soit un niveau légèrement meilleur que cette dernière prévision.

Promulguée le 28 février 2025, la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2025 n'a pu être adoptée avant la fin de l'année, du fait de la motion de censure adoptée début décembre qui a conduit à devoir modifier fortement son contenu

en cours de discussion. Le texte initial comportait un effort très ambitieux de l'ordre de 15 Md€ de redressement des comptes sociaux, portant sur : la maîtrise des dépenses de l'assurance maladie via l'ONDAM ; une sous-revalorisation des pensions de retraite ; une réforme des allègements de cotisations sociales des entreprises et la hausse du taux de cotisation à la Caisse nationale des retraites des agents des collectivités locales (CNRACL). Le texte adopté revoit l'effort de redressement à 9 Md€ environ, du fait du retrait des mesures de hausse du ticket modérateur, des économies sur la revalorisation des pensions, d'un scénario de réforme des allègements de cotisations sociales générant moins de rendement et d'un étalement de la hausse des cotisations à la CNRACL.

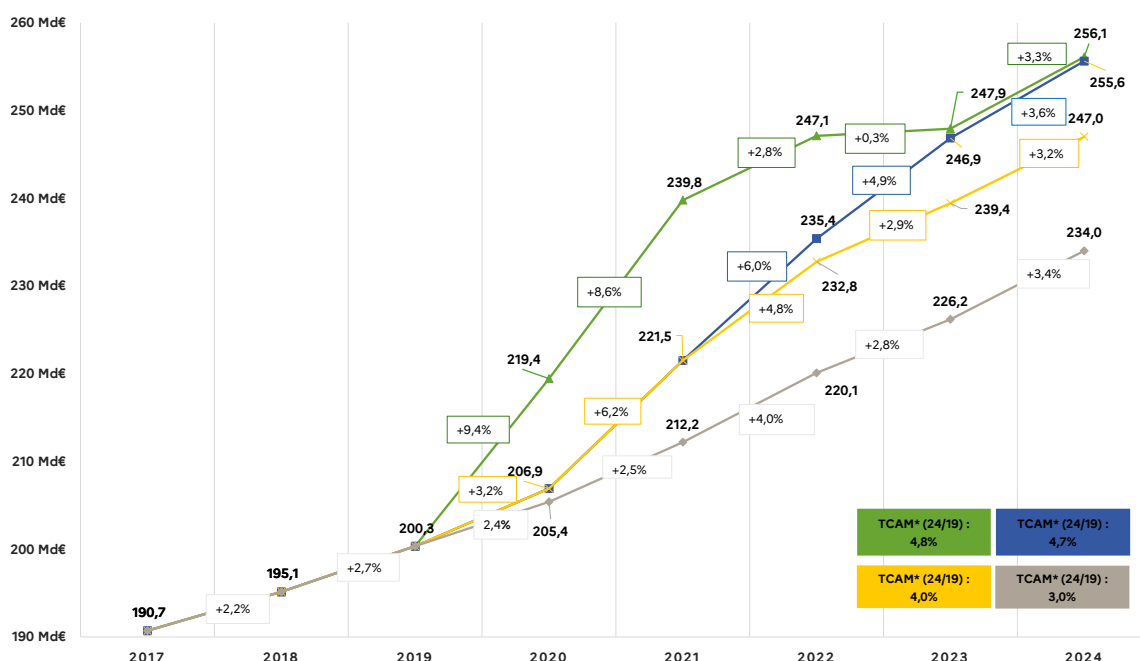


LES DÉPENSES D'ASSURANCE MALADIE EN 2025 : UN EFFORT D'ÉCONOMIES IMPORTANT POUR FINANCER LES NOUVELLES DÉPENSES

Le financement des dépenses d'assurance maladie pour 2025 a mobilisé les équipes de la DSS, en lien avec les autres directions du ministère, tout au long de l'année 2024. Des ajustements importants ont été apportés jusqu'à l'adoption définitive de la LFSS pour 2025. Initialement, une progression des dépenses de 2,8 % a été retenue dans le texte présenté au Parlement. À l'issue des débats, la progression des dépenses a été rehaussée à 3,4 % dans le texte définitif.

Cette augmentation des dépenses permet notamment de financer la vie conventionnelle en ville, avec la signature de la nouvelle convention médicale en juin 2024, ou encore l'amélioration de l'offre en établissement sanitaire. Dans le champ médico-social (personnes âgées et personnes handicapées), la loi de financement permet la mise en œuvre de la réforme du financement des EHPAD (fusion des sections « soin » et « dépendance ») dont l'expérimentation était prévue en LFSS pour 2024. Lors de la reprise de l'examen du PLFSS début 2025, une enveloppe complémentaire de 1 Md€ a par ailleurs permis d'augmenter les financements dédiés à l'hôpital ainsi que le soutien aux EHPAD en difficulté.

Des économies sont toutefois nécessaires pour permettre de financer ces dépenses. Cet effort, qui a représenté un total de 4,3 Md€ par rapport à l'évolution tendancielle des dépenses de santé, a nécessité d'actionner plusieurs leviers, dont la recherche d'un recours plus parcimonieux à certains actes de soins (biologie, radiologie) et aux médicaments dans un double objectif d'efficacité et de santé publique, mais aussi le développement des transports sanitaires partagés et l'abaissement du plafond d'indemnisation des arrêts maladie par l'Assurance maladie. Dans le cadre de l'examen au Parlement, le Gouvernement a fait le choix de ne pas diminuer la part des dépenses de consultation et de produits de santé prise en charge par



— Trajectoire yc Ségur, y compris crise

— Trajectoire hors crise, y compris Ségur

— Trajectoire yc Ségur mais hors crise, inflation exceptionnelle et aides exceptionnelles à l'activité

— Trajectoire hors crise, Ségur, inflation exceptionnelle et aides exceptionnelles à l'activité

* Taux de croissance annuel moyen

L'Assurance maladie obligatoire, comme cela était initialement prévu. À ces mesures d'économie s'ajoutent des efforts renouvelés de maîtrise des arrêts maladie et de lutte contre la fraude. Ces différents leviers ont fait l'objet d'une instruction minutieuse tout au long de l'année, dans le cadre de la stratégie « pertinence et efficacité » et des revues de dépense dans le champ des dépenses de santé.

AMÉLIORER LA PRÉVENTION ET L'ACCÈS AUX DROITS DES ASSURÉS FACE AUX RISQUES PROFESSIONNELS : SIGNATURE DE LA COG 2023-2028

Dans son rôle de pilotage du service public de la Sécurité sociale, la Direction de la sécurité sociale négocie avec les caisses nationales des contrats pluriannuels, visant à définir les objectifs et les moyens propres à chacune des branches de la Sécurité sociale.

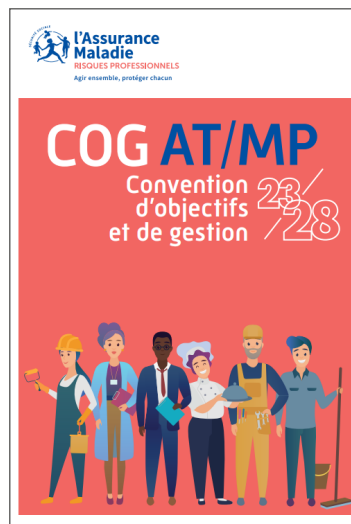
Conclue le 5 juillet 2024, la nouvelle convention d'objectifs et de gestion (COG) de la branche des accidents du travail et les maladies professionnelles (branche AT-MP), qui couvre la période 2023 à 2028, a fait l'objet de négociations entre l'État, la direction des risques professionnels de la Caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM) et les partenaires sociaux de la commission des accidents du travail et maladies professionnelles.

La COG s'étend ainsi sur six années, soit une de plus que la traditionnelle période quinquennale, afin de permettre le bon déploiement de l'ensemble des actions prévues.

Sur la période conventionnelle, le budget du fonds national de prévention des accidents du travail (FNPAT) s'élève à plus de 445 M€, soit une augmentation de 61,7 M€ des moyens dédiés à la prévention par la branche par rapport au budget de fin de la précédente COG. Ce budget permet notamment de financer des subventions aux entreprises en matière de prévention. Par exemple, la branche finance des équipements sécurisés pour les entreprises du BTP (ex. échafaudages). S'y ajoutent 200 M€ par an consacrés à la prévention des risques ergonomiques via le fonds d'investissement dans la prévention de l'usure professionnelle créé en 2023.

Les priorités de la COG 2023-2028 sont regroupées en quatre axes stratégiques :

- Renforcer la prévention des risques professionnels pour la rendre plus efficace.
- Améliorer l'accès aux droits et l'accompagnement des assurés.
- Renforcer la relation de service vers les entreprises.
- Garantir ses services fondamentaux.



LUTTER PLUS EFFICACEMENT CONTRE LA FRAUDE SOCIALE

Parce qu'elle constitue à la fois un enjeu financier et de solidarité, la lutte contre la fraude sociale bénéficie d'un engagement politique fort, successivement porté par une feuille de route ministérielle (2021) et un plan de lutte contre les fraudes aux finances publiques (2023).

Dans son rapport remis au Premier ministre en septembre 2024, le Haut Conseil pour le Financement de la Protection Sociale (HCFIPS) estime le manque à gagner lié à la fraude pour la Sécurité sociale à 13 Md€, et confirme la nécessité de poursuivre cette politique publique.

Après la consolidation du cadre juridique et réglementaire de la lutte contre la fraude – harmonisation des règles concernant la stabilité de la résidence, interconnexion des données issues du droit de communication en matière de travail dissimulé, etc. – les efforts se concentrent désormais sur la déclinaison opérationnelle des mesures du plan de 2023 dans chaque branche.

Une évaluation toujours plus précise des abus et des fraudes aux prestations

Le processus d'évaluation se poursuit : du côté de l'Assurance maladie, la CNAM poursuit ses estimations de fraude (avec des travaux concernant les EHPAD, l'hospitalisation à domicile et les services d'aide et d'accompagnement à domicile). La Caisse de la mutualité sociale agricole (CCMSA) a quant à elle produit pour la première fois cette année des estimations sur le manque à gagner dans le périmètre des prestations familiales (estimé entre 3,1 % et 5,2 %).



Un effort progressif sur les moyens alloués

En parallèle, le plan de lutte contre les fraudes sociales prévoit le renforcement des investissements dans les systèmes d'information des caisses sur la période 2023-2027, et de dédier 1 000 agents supplémentaires à cette politique. Les systèmes d'information et d'échanges de données constituent un levier important pour renforcer la lutte contre la fraude : à titre d'exemple, l'année 2024 a ainsi été marquée par la mise en production d'une nouvelle interface avec les fichiers de comptes bancaires (FICOBA 2) pour vérifier la cohérence des coordonnées bancaires ou de la biométrie permettant aux pensionnés résidant à l'étranger de prouver leur existence avec leur smartphone, ainsi que par un accès facilité aux données détenues par la Direction générale des Finances publiques (DGFiP) sur les prestations de services intracommunautaires dans le cadre de la lutte contre la fraude au détachement.

La structuration des réseaux pour lutter contre les fraudes les plus graves, en mobilisant plus fréquemment l'action pénale, s'est concrétisée en mars 2024 avec une instruction ministérielle sur les nouveaux délits d'incitation et de facilitation de la fraude sociale, et en décembre avec la désignation par la CNAM des premiers agents dotés de pouvoirs de police judiciaire. S'appuyant sur le décret du 15 mai fixant les modalités du commissionnement de ces agents et sur une formation aux règles de procédure pénale et aux techniques d'enquête (dont la cyber-enquête), organisée en interbranches, plusieurs caisses ont recruté ou fait évoluer des agents pour mieux lutter contre les fraudes complexes.

LA RENÉGOCIATION DES ACCORDS DE CLASSIFICATION DES PERSONNELS DE SÉCURITÉ SOCIALE

La renégociation des accords de classification concerne directement les 150 000 agents du régime général de la Sécurité sociale. Ces agents sont des salariés de droit privé et leur statut est donc régi par le code du travail. Au sein des organismes de sécurité sociale, ils sont regroupés en trois branches professionnelles et autant de conventions collectives nationales : les employés et cadres, les agents de direction et les praticiens conseils.

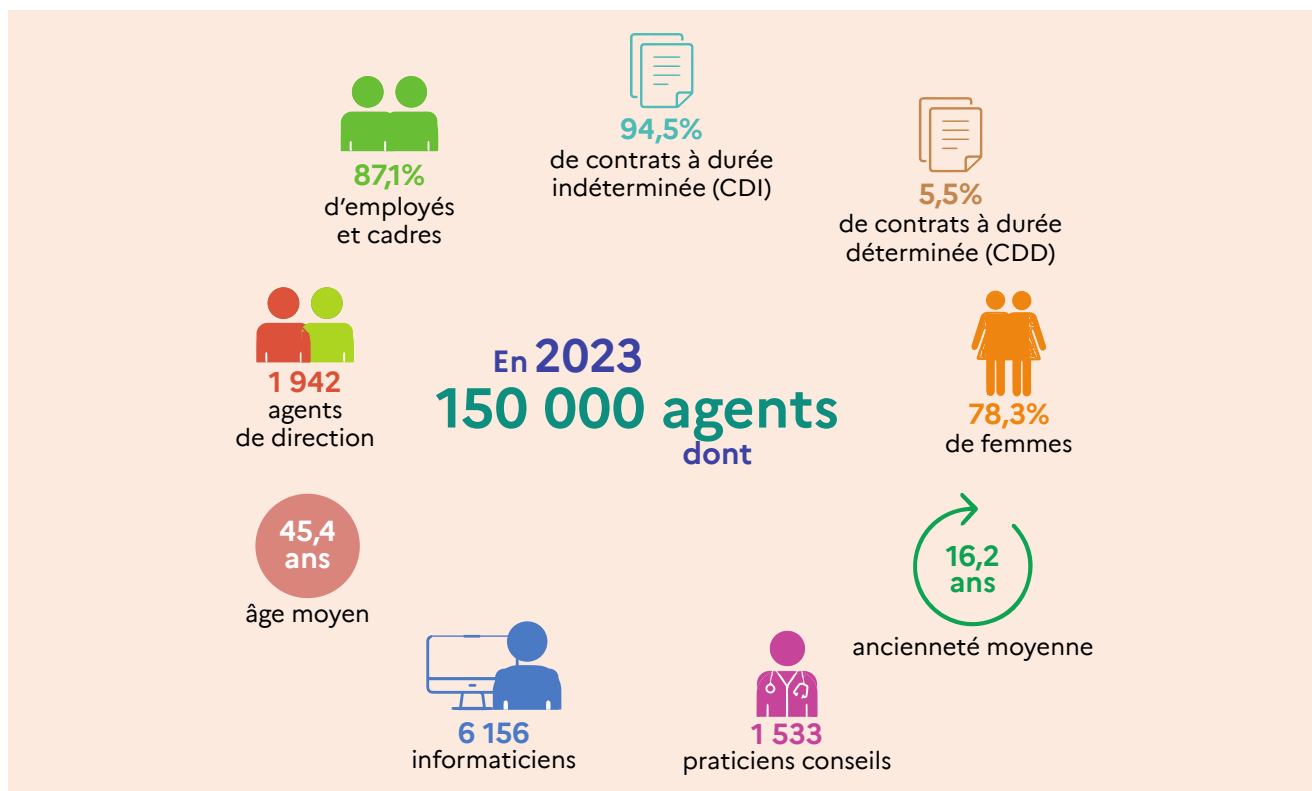
Après un an de négociation, deux protocoles d'accord et un avenant sur les trois champs de la classification ont été signés le 22 novembre 2024 entre l'employeur, c'est-à-dire l'Union des caisses nationales de sécurité sociale (UCANSS), et les représentants syndicaux. Ces accords ont été agréés par lettre le 20 mars 2025.



4 questions à **Pascaline Bouchiaire**, cheffe du bureau Gouvernance et performance sociale des organismes de sécurité sociale, pour mieux comprendre les enjeux.

Que sont les accords de classification ?

Ce sont des accords collectifs nationaux de travail qui ont pour objet en premier lieu de classer chaque emploi dans une classe ou niveau de rémunération. Concrètement, ils comportent des grilles d'emplois, assorties d'une fourchette de rémunération exprimée en points. Il existe des grilles spécifiques, pour les employés et cadres, les informaticiens, les agents de direction (appelés les ADD) et les praticiens conseils (corps d'experts qui accompagnent notamment les professionnels de santé pour répondre aux enjeux de santé publique et de maîtrise des dépenses).



Source : Recueil d'informations statistiques concernant les effectifs des organismes de sécurité sociale au 31 janvier 2023 et Rapport emploi 2024 (édition 2024) de l'UCANSS.

L'accord employés et cadres précise en outre les modalités d'évolution salariale par l'attribution de points d'ancienneté, mais également de points dits de compétence.

Pour la Sécurité sociale, l'enjeu du renforcement de son attractivité et de sa capacité à fidéliser est importante : le nombre de démissions a augmenté de 2,4% en 2023 par rapport à 2022 et a presque doublé depuis 2020.

Pourquoi les renégocier ?

La classification antérieure des employés et cadres datait de 2004. C'était avant la transformation massive de l'activité des organismes de sécurité sociale liée au numérique, la diminution des emplois non qualifiés et le rehaussement général des compétences, dans un contexte d'inflation. Le point a été revalorisé, en suivant l'évolution de celui de la fonction publique, et certains emplois ou catégories d'emplois (bas salaires, emplois en tension, etc.) ont pu faire l'objet de mesures spécifiques. Le niveau des salaires est cependant, et en particulier pour ces emplois, très dépendant de la classification.

Rémunérations annuelles brutes moyenne (2023)	
Catégorie	Rémunération annuelle brute moyenne
Moyenne générale	40 130 €
Employés et cadres (niveau 1 à 4)	32 729 €
Agents de direction	108 455 €

Source : Recueil d'informations statistiques concernant les effectifs des organismes de sécurité sociale au 31 janvier 2023 et Rapport emploi 2024 (édition 2024) de l'UCANSS.

Que prévoient les nouveaux accords ?

Les protocoles d'accord conclus rénovent le système de classification et de rémunération. L'enjeu global est de dynamiser et de moderniser le système de rémunération tout en accompagnant le déroulement de carrière de l'ensemble des agents.

Les protocoles d'accord prévoient entre autres :

- une rénovation des grilles de classification ;
- une identification des métiers et des emplois-repères afin de favoriser le déroulement de carrières, notamment en inter-branches ;
- une modernisation du système de rémunération ;
- des incitations à la mobilité.

Quel est le rôle de la Direction de la sécurité sociale dans la négociation des accords ?

Le rôle de la Direction de la sécurité sociale consiste avant tout, dans le cadre de cette négociation, à préparer et à faire valider en interministériel les grandes lignes des mandats de négociation que l'UCANSS, qui représente tous les employeurs du régime général de la Sécurité sociale, négocie ensuite avec les organisations représentatives des salariés. Une fois finalisés, les accords collectifs sont soumis à l'agrément de l'État, que ces accords soient nationaux (comme ici) ou locaux.

LE NOUVEAU POSITIONNEMENT DE LA MISSION NATIONALE DE CONTRÔLE ET D'AUDIT DES ORGANISMES DE SÉCURITÉ SOCIALE (MNC)

Acteur de proximité de la Direction de la sécurité sociale, comprenant une équipe nationale et 9 antennes interrégionales réparties sur l'ensemble du territoire, la MNC évolue pour mieux répondre aux enjeux de performance des organismes. 2024 a été une année de changements et de renforcement de la position de la mission.

Qui mieux que les collègues de la MNC pour nous dire comment ils ont vécu l'année 2024 ?



Mylène G.
Cheffe
de la MNC

Arrivée fin 2023, 2024 aura été pour moi l'année de la découverte de la MNC avec la rencontre de toutes les équipes, l'investissement des activités (contrôle de légalité, audit, veille, enjeux RH, etc.), la mise en place de partenariats avec les caisses nationales et les autres corps de contrôle (IGAS et Cour des comptes) et le constat assez rapide d'un nécessaire ajustement de positionnement pour la MNC en identifiant les principaux risques à couvrir et en rénovant nos formats d'intervention.



Hubert V.
Chef de l'antenne
de Bordeaux

En 2024, des groupes de travail nationaux sur l'évolution des activités cœur de métier de la MNC ont permis de renouveler en profondeur tant les procédures que les processus de décision qui reposent maintenant sur une dynamique plus collaborative entre les antennes et les pôles nationaux et sur une ligne moins verticale. Dorénavant, le niveau local participe à une co-supervision sur l'ensemble des étapes d'un audit, il en va de même pour certaines décisions dans le cadre de notre mission de contrôle de légalité.



Gaëlle P.
Adjointe au chef de
l'antenne de Fort de France

Mon mot de l'année 2024 : « Synergie » ! Pour la collaboration intra-MNC et le renforcement du « TOP-MANAGEMENT » avec l'association des adjoints et la création du « CODIREL » (Comité de direction élargi), pour la coopération avec la Cour des comptes sur l'audit de la CGSS de Martinique et pour le renfort mis en place auprès de l'équipe qui prépare le comité des carrières. La participation à la nouvelle collégialité dans cette mission s'avère très stimulante et productive !



Aline M.
Auditrice à l'antenne
de Marseille

Une année pleine de nouveaux défis : j'ai contribué à un audit flash concernant la Caisse des français de l'étranger pour répondre à une commande de nos collègues de la DACI, ainsi qu'à une mission expérimentale d'accompagnement à la prise de fonction d'un directeur de CARSAT en collaboration avec l'équipe d'audit de la CNAV. Ces formats innovants ont exigé de la rigueur, de l'agilité et une capacité d'innovation continue. Ils m'ont permis de développer des approches plus réactives aux enjeux actuels de l'audit et ouvrent des perspectives stimulantes pour l'avenir de la fonction audit au sein de la MNC.



Pascaline G.
Chargée de mission
au pôle juridique

Précédemment auditrice à l'antenne de Bordeaux, je suis désormais chargée de mission au sein du Pôle Juridique qui a vu le jour en 2024 ! J'interviens dorénavant au cœur de la mission contrôle de légalité et en expertise sur toutes les questions juridiques. J'y trouve beaucoup de sens et évolue au sein d'une équipe complémentaire et bienveillante.



Sophie M.
Responsable
du pôle AVEC

2024 ? Un accompagnement à la réorganisation des métiers, au changement de méthode et d'organisation mais aussi plus de travail collectif, plus d'expérimentations, de diversité de missions et un développement du management en mode projet !



Anne L.
Assistante
de l'antenne de Lyon

En 2024, la transformation de la MNC a d'abord suscité un mélange de questionnement et d'appréhension chez moi. Finalement, je suis contente car les assistant(e)s peuvent jouer un rôle d'appui aux missions d'audit et je peux mobiliser mes compétences au-delà de mon antenne.



Thierry H.
Chef de projet MOA

2024 est l'une des années les plus riches ! La transformation de la MNC nous a amenés à repenser et redéfinir les options informatiques pour répondre au mieux aux nouveaux objectifs. L'année a été marquée par la reprise des développements et la mise en production du nouvel outil de contrôle de légalité « SICLE » et la nouvelle version de l'outil de désignation des conseillers « SDAC » pour anticiper la campagne de renouvellement 2026.

**Notre proximité
au service de la sécurité sociale**



SIMPLIFIER LES ÉCHANGES DE DONNÉES POUR FACILITER CONCRÈTEMENT LA VIE DES USAGERS

Les échanges de données peuvent alléger ou supprimer le nombre de pièces justificatives à fournir lors de ses démarches, les administrations partageant entre elles les informations nécessaires, et seulement celles-ci. C'est le principe du « Dites-le nous une fois », qui prévoit un échange spontané de données entre administrations dès lors que l'une d'entre elles détient une donnée utile et nécessaire à une autre administration.

La DSS s'est fortement investie en 2024 dans le développement structuré des échanges de données entre administrations. Impulsé en interministériel comme un axe de modernisation de l'action publique, le partage et l'échange des données détenues par les acteurs publics peuvent servir pour simplifier les démarches, lutter contre le non-recours aux droits et prestations sociales, ou encore pour prévenir et mieux lutter contre la fraude.

Une centralisation des besoins de la sphère sociale et de la réception des demandes d'accès

Pour répondre à ces enjeux, la DSS a mis en place, en juillet 2024, un **guichet unique d'accès aux données détenues par les organismes de sécurité sociale**. Ainsi, toute entité publique ayant un besoin légitime de données verra le traitement de sa demande simplifié et accéléré. Le guichet unique reçoit les demandes de toutes les entités publiques concernées. Les équipes de la DSS prennent ensuite en charge les demandes dans toutes leurs dimensions : analyse approfondie du besoin avec le demandeur, vérification du cadre juridique applicable et identification du système d'information à mobiliser. Ces différents aspects sont souvent très imbriqués, aussi, les traiter de manière cohérente et concomitante est un gage d'efficacité.

Une dizaine de sujets ont été pris en charge en 2024 par le guichet unique. Quelques exemples de la diversité des thématiques traitées :

- Dans le domaine des **demandes de location de logement**, le guichet unique travaille à une solution qui permettra de remplacer, pour l'utilisateur qui le souhaite, la transmission de ses

bulletins de salaire par une attestation sécurisée, directement dans son dossier de demande de location. Les données de ressources sont en effet connues de la Sécurité sociale, par l'intermédiaire des déclarations sociales nominatives transmises par l'employeur. Le candidat locataire n'aura plus besoin de numériser ses feuilles de paie et le bailleur sera sécurisé (limitation du risque de bulletins de salaire falsifiés).

- Dans le domaine de la **formation professionnelle**, le guichet unique travaille à l'identification d'une solution visant à fournir des informations nominatives au ministère en charge du Travail concernant les bénéficiaires du RSA pour l'aider à mieux cibler les aides en matière de formation professionnelle sur les publics fragiles.
- Dans le domaine de l'**inscription des enfants en crèche**, le guichet unique vise à éviter au demandeur d'une place en crèche la transmission de certaines informations déjà en possession de la Caisse d'allocations familiale, telles que les ressources et le nombre d'enfants du foyer.

L'organisation du guichet unique : un travail en réseau impliquant de nombreux acteurs

Le guichet unique mobilise les agents du bureau du pilotage des systèmes d'information de la Sécurité sociale de la DSS qui centralise l'instruction des réponses. Cette équipe travaille avec toute la DSS et les caisses de sécurité sociale, chacun apportant son expertise (juridique, métiers, etc.).

La gouvernance du projet est désormais structurée et la liste des questions à traiter s'enrichit régulièrement de nouveaux sujets, en priorisant la mise en place de nouveaux échanges de données assurant un gain visible et immédiat pour les usagers, et en recherchant les solutions techniques les plus simples et les plus rapides à mettre en œuvre. À ce titre, il est normal et même souhaitable que les solutions trouvées soient parfois différentes de celles initialement envisagées par les demandeurs, dans un souci d'efficacité collective qui conduit chaque partie à adapter en permanence ses demandes.

SYSTÈME DE SANTÉ

—

L'ENTRÉE DANS LE DROIT COMMUN DES ORGANISATIONS INNOVANTES PROBANTES



Yann Lhomme, chef de projet article 51 au sein de la sous-direction en charge du financement du système de santé.

Qu'est-ce que le « dispositif 51 » et quel rôle pour la DSS ?

Depuis 2018, le Gouvernement a mis en place un dispositif spécifique, dit « article 51 », qui offre un cadre expérimental aux acteurs du monde de la santé et du secteur médico-social, pour tester des organisations innovantes. Ce dispositif vise à apporter des réponses de terrain aux problèmes rencontrés chaque jour par les professionnels et les patients dans leurs prises en charge.

Le dispositif de l'article 51 vise à créer de nouveaux outils qui pourront, après avoir été évalués de manière indépendante, être mis à disposition des professionnels et des patients sur l'ensemble du territoire.

À ce stade, sur les 1 258 projets déposés, 155 projets ont été autorisés dont 61 expérimentations terminées. Les projets testés incluent en cible 1,5 millions de bénéficiaires, pour 641 M€ engagés entre 2019 et 2027.

Après avoir activement participé à la mise en place du dispositif, la Direction de la sécurité sociale œuvre à la construction des projets qui vont être expérimentés, en veillant à leur développement,

en leur apportant les appuis nécessaires, et en adoptant le droit commun pour accueillir les expérimentations probantes.

Quelles transformations du système de santé sont portées par la DSS pour donner suite aux expérimentations de l'article 51 ?

La DSS participe aux travaux de transposition de nombreuses expérimentations, au côté des directions du ministère (Direction générale de la santé, Direction générale de la cohésion sociale et Direction générale de l'offre de soins) et de la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM).

Certains de ces projets s'inscrivent difficilement dans les vecteurs classiques de transposition (législatif, réglementaire, conventionnel), c'est pourquoi la direction a porté la création d'un nouveau dispositif dans la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2024 dit du « parcours coordonné enforcé ».

Ce nouveau cadre permet le financement d'une équipe de professionnels de santé autour d'un parcours qu'il soit sanitaire, médico-social ou de prévention. Ces parcours sont par définition pluriprofessionnels, pluri-institutionnels et contribuent à l'élargissement des prises en charge (psychologiques, diététiques, activité physique adaptée, etc.) au-delà du panier de soins actuellement remboursables. Ils demandent une coordination plus poussée que les parcours classiques.

En déclinant par décrets le cadre juridique fin novembre 2024 et début 2025, la DSS permet ainsi aux premiers parcours coordonnés renforcés de voir le jour dans le courant de l'année : prise en charge de l'obésité sévère, parcours dédiés aux enfants protégés relevant de l'aide sociale à l'enfance, réadaptation respiratoire à domicile de patients en incapacité sévère, appui au premier recours de prise en charge des addictions compliquées, etc. Autant d'innovations qui doivent concourir à améliorer la prise en charge en santé.



Pierre Pribile lors de la Journée nationale des porteurs de projet, 28 novembre 2024.

LA PERFORMANCE DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ : CONCOURIR À LA SOUTENABILITÉ DU SYSTÈME DE SOINS

En première ligne des travaux sur la performance des établissements de santé, le bureau en charge des établissements de santé et des établissements médico-sociaux de la Direction de la sécurité sociale revient pour nous sur la démarche en cours.

Pourquoi est-il important de réenclencher des travaux sur la performance hospitalière ?

Nous rédigeons chaque année une annexe au projet de loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS) sur la situation financière des établissements de santé. Malgré un fort soutien aux hôpitaux, nous constatons que la situation financière de l'ensemble des établissements de santé se dégrade d'année en année. Après un temps d'arrêt des réflexions sur la performance hospitalière – du fait du contexte post-crise et inflationniste –, nous souhaitons aujourd'hui réenclencher des travaux aux échelons régional et national afin que les hôpitaux puissent sereinement poursuivre leurs activités et leurs investissements dans les années à venir.

Quelle forme prennent ces travaux très concrètement ?

Des actions pour l'hôpital ont été intégrées dans la stratégie pluriannuelle de pertinence et d'efficience des dépenses d'assurance maladie (voir supra). Ainsi, nous construisons chaque année l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) sur la base de ces actions. Il faut désormais que les établissements s'en saisissent ! Pour cela, le protocole de pluriannualité 2025-2027 qui sera signé avec les fédérations hospitalières en 2025, constituera un vrai support de concertation, de suivi et de mise en œuvre de ces mesures de performance, qui prendront la forme d'objectifs pilotés par la Direction générale de l'offre de soins et la direction (DGOS) et la Direction de la sécurité sociale (DSS).



L'équipe en charge des établissements de santé, mars 2025.

Quels sont les axes de performance hospitalière identifiés ?

Aujourd'hui, nous identifions deux grands leviers. Il y a, tout d'abord, les leviers les plus connus de performance interne sur l'organisation des soins ou l'optimisation des achats. À cela s'ajoutent les leviers identifiés à l'échelle du territoire pour offrir un cadre de mutualisation qui favorise l'efficience et une meilleure gestion. Ensuite, il y a les leviers liés à la transformation de l'offre hospitalière, notamment toutes les actions qui permettent le développement des prises en charge ambulatoires et de l'hospitalisation à domicile. Tous ces axes doivent concourir à la fois à la soutenabilité de notre système de soins et à une meilleure prise en charge des patients à l'hôpital.

Quelles sont les ressources de la DSS pour avancer sur le sujet ?

Pour rendre ces travaux opérationnels, la DSS soutient deux opérateurs nationaux – la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) et l'Agence nationale d'appui à la performance (ANAP) – dans la conduite de travaux sur la performance hospitalière. L'ANAP a, par exemple, proposé un accompagnement individualisé à plusieurs dizaines d'établissements de santé grâce à ses appuis 360° et à la diffusion de bonnes pratiques.

MÉDECINS GÉNÉRALISTES : UNE NOUVELLE CONVENTION MÉDICALE

La Direction de la sécurité sociale assure le suivi des négociations conventionnelles conduites par la CNAM.

À ce titre, elle contribue à fixer les orientations générales de chacune des négociations. Et surtout, elle travaille quotidiennement avec les services de l'Assurance maladie sur la mise en œuvre des orientations politiques.



Dans ce domaine, l'année 2024 a été marquée par la signature de la nouvelle convention médicale avec les représentants des médecins.

Il est notamment prévu :

- **Une importante revalorisation de l'activité des médecins**, avec notamment la revalorisation de la consultation des médecins généralistes à 30 € et des revalorisations transversales de l'activité technique.
- **La réforme et la revalorisation des rémunérations forfaitaires**, en particulier du forfait patientèle médecin traitant au 1^{er} janvier 2026, qui intégrera plusieurs majorations pour valoriser les actions de prévention, les déplacements (majorations géographiques) et la prise en charge des patients plus précaires.
- **L'ouverture de « l'option pratique tarifaire maîtrisée » (l'OPTAM, une convention entre l'Assurance maladie et les médecins de secteur 2 pour encourager des tarifs encadrés) aux anesthésistes.**

Ces mesures de revalorisation de l'activité sont assorties de **contreparties en termes de pertinence des dépenses d'assurance maladie.**

PRISE EN CHARGE INTÉGRALE DES FAUTEUILS ROULANTS : UNE RÉFORME ATTENDUE

Depuis près de 5 ans, la Direction de la sécurité sociale travaille, avec les différentes parties prenantes, à une modification des conditions de prise en charge des fauteuils roulants. Un sujet qui concerne plus de 600 000 usagers par an pour des besoins temporaires ou permanents.

La fin du reste à charge pour les usagers...

Des restes à charge importants peuvent être constatés par une partie des usagers, notamment ceux avec des besoins plus spécifiques : des personnes lourdement handicapées peuvent ainsi faire face à un reste à charge moyen de 5 500 €, voire plus de 30 000 € pour des fauteuils « verticalisateurs ».

Les catégories de fauteuils roulants définies dans la nomenclature actuelle sont mal délimitées et les spécifications techniques associées imprécises, ce qui ne permet pas de garantir la qualité des produits et la bonne adaptation aux besoins des usagers. Par ailleurs, leur prise en charge actuelle se fait au travers de multiples financeurs, ce qui allonge considérablement le temps d'accès (parfois au-delà de 18 mois) et augmente le risque de double financement, sans garantir l'absence de reste à charge.

Lors de la Conférence nationale du Handicap de 2023, un engagement présidentiel a été pris d'assurer un remboursement intégral pour ces dispositifs.

Ainsi, les travaux ont été menés pour aboutir à une réforme permettant de clarifier les différentes catégories de fauteuils roulants et d'améliorer les spécifications techniques, et ainsi de valoriser finement les nouvelles catégories de produits au regard des exigences attendues et des prix pratiqués par les acteurs, aboutissant à une prise en charge intégrale.

... et des simplifications dans les circuits de prescription

Le parcours de l'utilisateur est également modifié, avec un renforcement des exigences de primo-prescription pour les fauteuils spécifiques et une simplification pour les fauteuils qualifiés de « standard ». Le circuit de prescription est lui aussi simplifié par l'ouverture du droit de prescription

pour les médecins qui ont un diplôme universitaire d'appareillage, qui ont suivi une formation à la compensation du handicap ou la possibilité pour un médecin généraliste de renouveler la prescription d'un fauteuil technique.

La réforme prévoit également une modification dans le financement selon les évolutions des besoins avec une location courte durée définie par une limitation dans la durée maximale et avec une option d'achat, la création d'un modèle de location longue durée pour des patients avec des évolutions pathologiques rapides, et l'instauration de l'économie circulaire avec la remise en bon état d'usage des fauteuils. Les fauteuils roulants sportifs seront également pris en charge intégralement.

Ces travaux ont abouti à la publication de l'arrêté du 7 février 2025 modifiant les conditions de prise en charge, pour une application du texte au 1^{er} décembre 2025. Le texte instaure également un comité de suivi présidé par une personnalité qualifiée permettant de s'assurer du bon déploiement de la réforme.



2 ANS DE PLUS POUR L'EXPÉRIMENTATION DU PAIEMENT EN ÉQUIPES DE PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Aujourd'hui, les honoraires des médecins généralistes sont principalement fondés sur une rémunération à l'activité (chaque consultation donne lieu à une rémunération). L'expérimentation du Paiement en équipes de professionnels de santé (PEPS) teste la rémunération d'une équipe de professionnels de santé fondée sur le versement d'un forfait, qui correspond à une rémunération annuelle de l'équipe pour la prise en charge d'un patient (paiement à la capitation).



Ce forfait est calibré en fonction des caractéristiques du patient : sexe, âge, pathologie et précarité, l'objectif étant de créer des conditions favorables à une meilleure prise en charge, plus fondée sur la prévention et l'accompagnement des patients.

L'expérimentation « PEPS 2 » fait suite à une première expérimentation menée de 2019 à 2024, dont les résultats encourageants demandent à être confirmés auprès de davantage d'expérimentateurs en maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP). 10 équipes libérales ont été sélectionnées pour rejoindre les équipes rémunérées à la capitation dans un cadre expérimental et ont été accompagnées au cours du second semestre 2024 pour basculer à la capitation en 2025.

D'après les équipes de la première expérimentation, le financement forfaitaire permet d'améliorer l'accès aux soins sur le territoire et la qualité de prise en charge des patients. Le forfait a effectivement conduit à une réorganisation des pratiques médicales via le renforcement de la

coordination et de la délégation de tâche au sein de l'équipe de professionnels de santé ce qui :

- libère du temps médical pour le médecin qui peut alors se concentrer sur les patients qui nécessitent une expertise médicale ;
- permet à l'équipe de proposer des activités de prévention comme des ateliers de groupe sans attendre que le patient vienne pour une consultation ;
- augmente la patientèle des équipes (entre 2019 et 2023 + 37 % en centre de santé et + 19 % en maisons de santé pluriprofessionnelles) et permet aux médecins de suivre davantage de patients.

QU'EST-CE QUE LA RÉMUNÉRATION PAR CAPITATION ?

Actuellement, en France, les médecins généralistes sont principalement rémunérés à l'acte, c'est-à-dire qu'ils reçoivent une rémunération associée à la nature de l'intervention réalisée auprès d'un patient. La France est par ailleurs le seul pays occidental où la rémunération des médecins généralistes est composée à plus de 80 % par la rémunération à l'acte.

La capitation est un mode de rémunération différent pour les praticiens : au lieu de rémunérer ces derniers en fonction des actes réalisés, la rémunération à la capitation consiste à verser au médecin un forfait couvrant la prise en charge annuelle de chacun de ses patients.

L'ÉVOLUTION DU DISPOSITIF MONSOUTIENPSY, CONSÉCUTIVE À SON ÉVALUATION

Depuis le printemps 2022, chaque assuré peut, à partir de l'âge de 3 ans, bénéficier d'une prise en charge par l'Assurance maladie de 8 séances de suivi psychologique chaque année.

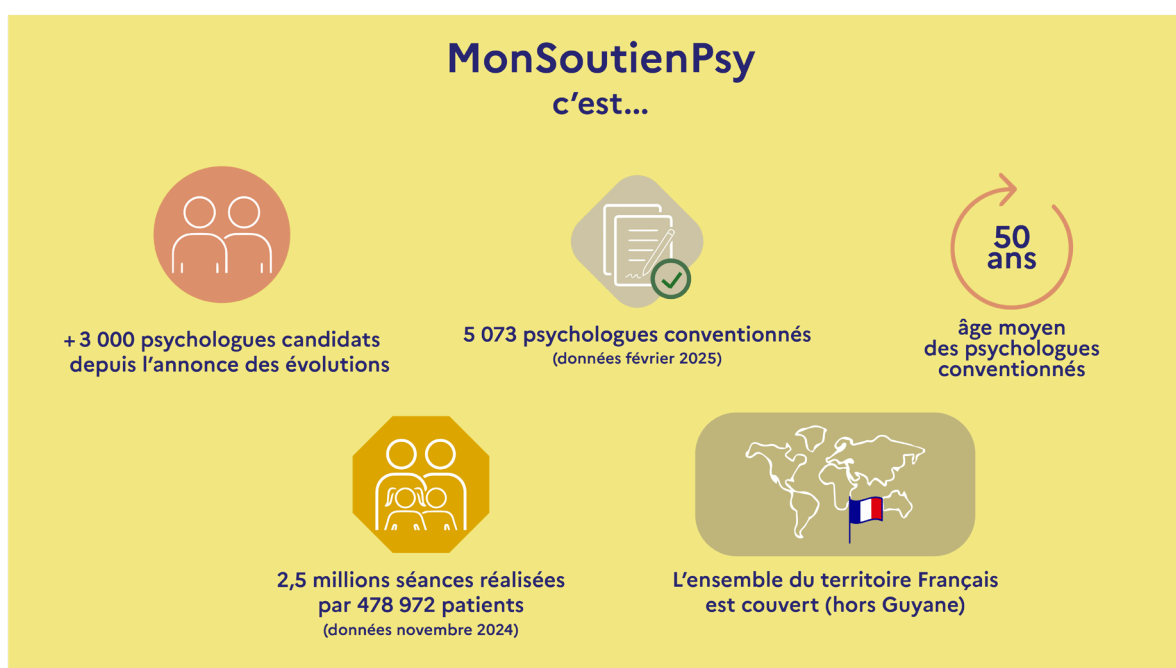
La Direction de la sécurité sociale a conçu la mise en place de cette nouvelle prise en charge, en lien avec l'Assurance maladie. Après une première phase de déploiement du dispositif, il est apparu important de l'évaluer afin de pouvoir améliorer la prise en charge des besoins en matière de santé mentale.

La DSS a ainsi piloté tout au long de l'année 2024 les travaux du comité de suivi en charge de cette évaluation. Ce comité, composé notamment de représentants de psychologues, de psychiatres, de médecins, de la délégation ministérielle à la santé mentale et de différentes administrations, a permis une réflexion collective afin de définir les évolutions nécessaires au regard des besoins des patients comme des professionnels. Il s'est également appuyé sur des enquêtes conduites auprès des psychologues partenaires comme des patients ayant bénéficié de séances prises en charge.

Ces travaux ont été formalisés dans un rapport transmis au Parlement, formulant plusieurs préconisations d'évolution, dont certaines ont d'ores et déjà été mises en



œuvre. Ainsi, la condition d'adressage préalable par un médecin ou une sage-femme a été supprimée afin de faciliter l'accès des patients aux psychologues. Le tarif des séances a été revalorisé, passant de 30 à 50 € et le nombre de séances remboursées a été augmenté de 8 à 12 séances par an. Ces évolutions très concrètes ont permis de renforcer l'attractivité du dispositif et d'améliorer la réponse aux besoins des patients.



DROITS DES ASSURÉS



LE DÉPLOIEMENT DU SERVICE PUBLIC DE LA PETITE ENFANCE

L'objectif du service public de la petite enfance (SPPE) est d'apporter une réponse globale aux besoins des enfants de moins de 3 ans et de leurs parents, à la fois en matière d'accompagnement à la parentalité et d'accueil du jeune enfant. Il vise à assurer un accueil de qualité à tous les enfants des parents qui le souhaitent, à un prix raisonnable et comparable quel que soit le mode d'accueil.

Fournir aux communes les moyens de mettre en œuvre leurs nouvelles compétences

La loi du 18 décembre 2023 pour le plein emploi confie aux communes, et à leur groupement, le rôle d'autorité organisatrice (AO) de l'accueil du jeune enfant, chargée de construire une politique répondant aux besoins des familles de leurs territoires. À ce titre, elles doivent exercer 4 nouvelles compétences obligatoires :

- recenser les besoins des enfants âgés de moins de trois ans et de leurs familles en matière de services aux familles et de modes d'accueil ;
- informer et accompagner les familles et les futurs parents ;
- planifier le maintien et le développement des modes d'accueil ;
- soutenir la qualité des modes d'accueil.

L'année 2024 a constitué une année de préparation et d'accompagnement des communes et des intercommunalités à ce nouveau rôle avant l'entrée en vigueur des dispositions au 1^{er} janvier 2025.

ENSEMBLE VERS LE

Service Public 
de la petite enfance 

Dans le cadre d'un groupe de travail rassemblant les représentants de toutes les associations de collectivités territoriales, et en lien avec la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS), la Direction générale des collectivités locales (DGCL) et la CNAF, la DSS a piloté l'élaboration et la mise à jour d'une foire aux questions (FAQ) sur le service public de la petite enfance afin de répondre aux interrogations des acteurs sur les dispositions, les attendus et les modalités de mise en œuvre des dispositions de la loi.

En complément, un premier kit d'outils a ainsi été mis à la disposition des communes pour les aider à déployer la compétence d'information et d'accompagnement des parents. Des guides similaires seront élaborés en 2025 afin de poursuivre l'accompagnement des communes.

FAIRE FACE À LA PÉNURIE DE PROFESSIONNELS DE LA PETITE ENFANCE

La forte pénurie de professionnels en accueil collectif et individuel que rencontre le secteur de la petite enfance obère le développement du SPPE et d'une offre en qualité et en quantité suffisante pour répondre aux besoins des familles et des enfants.

Le Comité de filière petite enfance, dont le secrétariat général est assuré par la DSS, propose au Gouvernement des recommandations consensuelles pour contrer les causes profondes de la pénurie et renforcer l'attractivité des métiers. Sur ses préconisations, l'État s'est engagé à participer au financement de revalorisations salariales des professionnels des crèches de prestation du service unique (PSU) dans le cadre de la COG 2023-2027. En contrepartie, il a demandé aux employeurs privés d'améliorer durablement et équitablement les rémunérations et les conditions de travail dans les conventions collectives qui régissent le secteur. Le « bonus attractivité » mis en place en 2024 a ainsi été débloqué auprès de l'ensemble des branches associatives du secteur, permettant à leurs professionnels de bénéficier d'une revalorisation de 150 € par mois en moyenne.



Le financement du SPPE est assuré par les dispositifs de la COG 2023-2027 de la branche famille, ainsi que par un accompagnement financier introduit en loi de finances pour aider les communes à assumer l'accroissement des charges résultant de l'exercice obligatoire des nouvelles compétences. Le volume et la nature de cet accompagnement financier ont été évalués

en lien avec les associations d'élus à travers un questionnaire qui a été adressé à l'ensemble des collectivités territoriales en 2024.

Renforcer la qualité de l'accueil des jeunes enfants

Pour renforcer la qualité d'accueil et répondre à la grande hétérogénéité des pratiques, la loi pour le Plein emploi prévoyait une déclinaison opérationnelle de la charte de qualité d'accueil du jeune enfant dans un référentiel national. Ce dernier a été élaboré par l'IGAS et la DSS dans le cadre de 7 groupes de travail thématiques, d'un comité scientifique et d'une large concertation, ayant associé environ 2 000 répondants par retour de questionnaire. Ce référentiel définit pour la première fois les pratiques professionnelles associées à ce qu'on attend de la qualité de l'accueil. Il fera l'objet d'une révision annuelle et d'une évaluation continue afin qu'il reste adapté et conforme aux réalités et évolutions du terrain.

MIEUX ACCOMPAGNER LES PATIENTS FACE AUX REFUS DE SOINS DISCRIMINATOIRES

Afin d'améliorer la lutte contre les refus de soins discriminatoires, la Direction de la sécurité sociale a organisé le 10 décembre 2024 un webinaire pour outiller les professionnels chargés d'accompagner les patients qui font face à cette pratique illégale de certains professionnels de santé.

Plusieurs organisations sont intervenues, en partageant leur expérience : la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM), l'Ordre national des masseurs kinésithérapeutes, l'Ordre national des médecins, le Défenseur des droits et APF France Handicap. Près de 430 personnes, issues notamment des Agences régionales de santé (ARS), d'associations, d'établissements de santé ou de collectivités locales, ont participé à cet événement.

Depuis 2021, en cas de refus de soins discriminatoire, le patient peut saisir sa caisse d'assurance maladie ou le conseil local de l'ordre dont dépend le professionnel de santé mis en cause. Cela conduit à l'organisation d'une conciliation devant une commission associant des

Victime d'un refus de soins discriminatoire ? Faites-le savoir !

représentants de l'ordre et des représentants de la caisse d'assurance maladie. Cette procédure étant aujourd'hui encore trop peu utilisée, l'objectif de ce webinaire était de mieux la faire connaître des professionnels susceptibles d'accompagner, sur le terrain, les patients victimes de ces comportements discriminatoires illégaux.

AMÉLIORER L'ACCÈS AUX DROITS DES ASSURÉS EN MATIÈRE DE SANTÉ : LA REFONTE DU SITE INTERNET DE LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE (C2S)

La complémentaire santé solidaire (C2S) est une couverture santé complémentaire financée par l'État, pour les personnes qui disposent d'un revenu modeste. En fonction des ressources des personnes, elle est soit gratuite soit payante, avec un coût limité. L'objectif est de permettre aux 7 millions de bénéficiaires de cette couverture de réduire leurs dépenses de santé, avec notamment une prise en charge des tickets modérateurs.



La direction du numérique des ministères sociaux (DNUM) et la DSS copilotent depuis septembre 2023 un projet de refonte du site internet de la C2S. Le site rénové a ainsi été mis en ligne en juillet 2024 : www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr

L'interface du site internet a été modernisée afin d'améliorer l'expérience de navigation des usagers, de délivrer une information plus lisible et plus accessible aux personnes qui souhaitent se renseigner sur leur éligibilité au dispositif, sur les démarches pour effectuer une demande, et plus globalement sur les modalités de prise en charge de leurs dépenses de santé (protection maladie universelle, aide médicale de l'État, action sociale des caisses d'assurance maladie).

Le nouveau site entend ainsi répondre à trois enjeux principaux :

- Donner un premier niveau d'information sur la C2S en présentant les conditions d'accès au dispositif, les garanties et prestations prises en charge, etc.
- Délivrer une information personnalisée en fonction de la situation de l'utilisateur (salarié, étudiant, demandeur d'emploi, bénéficiaire du RSA, etc.).

- Orienter vers le Portail national des droits sociaux pour effectuer une simulation de droit ou vers les sites internet de l'assurance maladie (ameli.fr ou msa.fr) pour demander la C2S.

Le site poursuit par ailleurs sa mission d'information du public sur l'actualité de la C2S : cadre juridique et réformes du dispositif, publication d'études et de rapports parlementaires, ainsi que des chiffres clés et des statistiques en datavisualisation.



L'espace partenaires réservé aux organismes complémentaires gestionnaires de la C2S a également évolué pour améliorer sa prise en main. Cet espace leur permet de renseigner les coordonnées de leurs points d'accueil afin d'alimenter le moteur de recherche du site destiné aux usagers qui souhaitent prendre connaissance des organismes complémentaires habilités à gérer la C2S et identifier ceux qui disposent de bureaux à proximité de chez eux.

LE DÉPLOIEMENT DE LA SOLIDARITÉ À LA SOURCE

Depuis le 1^{er} mars 2025, et après une expérimentation qui a porté ses fruits dans cinq départements, les allocataires du revenu de solidarité active (RSA) et de la Prime d'activité bénéficient d'une innovation majeure : le pré-remplissage automatique de leurs déclarations trimestrielles de ressources.

Ce pré-remplissage s'inscrit dans la démarche de simplification des procédures administratives lancée par l'État depuis plusieurs années. Concrètement, cette réforme traduit, dans le champ social, le principe du « Dites-le nous une fois ».

Les bénéficiaires de la Prime d'activité et du RSA devaient jusqu'alors déclarer l'ensemble des ressources de leur foyer chaque trimestre. En fonction de leur situation, de la composition de leur foyer ou encore des ressources qu'ils perçoivent, cette démarche se révélait complexe et chronophage pour la plupart.

La mise en œuvre du pré-remplissage a donc permis de :

- **contribuer à l'accès aux droits en facilitant et simplifiant** les déclarations trimestrielles réalisées par les allocataires de la Prime d'activité et du RSA ;
- limiter le nombre d'erreurs ou de fraudes qui chaque année entraînait des régularisations financières conséquentes pour les allocataires, **garantir le versement du « juste droit » et stabiliser la situation financière des ménages** ;
- **faciliter la lutte contre le non-recours** aux droits lié à l'abandon des démarches administratives.

Pendant près de 6 mois, du 1^{er} octobre 2024 au 1^{er} mars 2025, 5 départements (les Alpes-Maritimes, l'Aube, l'Hérault, les Pyrénées-Atlantiques et la Vendée) ont expérimenté le pré-remplissage automatique des déclarations trimestrielles de ressources des bénéficiaires de la prime d'activité et du RSA. Les ressources des allocataires correspondant à leur salaire et/ou à leurs revenus de remplacement (allocation chômage, indemnités journalières, pensions d'invalidité ou de retraite, etc.) leur ont été pré-affichées sans nécessité de les déclarer manuellement comme c'était le cas auparavant.



Au regard des résultats très positifs de cette expérimentation, le pré-remplissage a donc été étendu à l'ensemble des allocataires de la prime d'activité et du RSA du régime général à compter du 1^{er} mars 2025. Pour les allocataires du régime agricole, celui-ci sera étendu à l'été 2025.

Depuis le 1^{er} mars 2025, ce sont donc plus de 6 millions de Français, dont 4,7 millions allocataires de la prime d'activité et 1,9 million d'allocataires du RSA, qui bénéficient d'un pré-remplissage de leur déclaration à partir du renouvellement trimestriel de leur prestation.

UN PLAN DE MAÎTRISE DES RISQUES DE L'ÉCOSYSTÈME DES DONNÉES SOCIALES POUR SÉCURISER LEUR COLLECTE ET LEURS USAGES

Pourquoi une démarche d'évaluation des risques de l'écosystème des données sociales ?

La déclaration sociale nominative (DSN), la déclaration des revenus de prestations (PASRAU) et l'utilisation des données par les organismes de protection sociale pour le calcul des droits ou le prélèvement de l'impôt sur le revenu s'appuient sur des architectures complexes de déclaration, de collecte, de distribution et d'exploitation. Compte tenu de l'interdépendance croissante des systèmes utilisés et des exigences de fiabilité « quasi-temps réel » (par exemple dans le cadre du programme solidarité à la source), la Mission des données sociales (MIDS) a construit en 2024 une démarche globale de maîtrise des risques visant à sécuriser la collecte et l'usage des données.

Comment a été construit ce plan de maîtrise des risques ?

Les travaux initiés s'appuient sur une matrice répertoriant les risques principaux. Ces risques sont évalués selon leur probabilité de survenance, l'impact en cas de survenance et le niveau de maîtrise, afin de définir une criticité globale. Un plan d'action complète cette matrice en détaillant des mesures de prévention et des mesures de sécurisation en cas de survenance avérée d'un risque.

Ce plan a été co-constitué avec les partenaires de l'écosystème (éditeurs de logiciels de paie, représentants des employeurs et tiers-déclarants, organismes déclarant les prestations, organismes et administration consommateurs des données sociales).

Quels sont les typologies de risques identifiés ? Et de quelle manière est administrée cette matrice ?

21 risques ont été identifiés, structurés en fonction de leur positionnement dans le parcours de la donnée (la production et déclaration de données sociales de qualité, le traitement, la diffusion et le contrôle des données et enfin la gestion des changements) et répartis en 6 natures distinctes (qualité des données, aspects techniques, sécurisation SI, respect des principes de fonctionnement, gouvernance ou risque financier, dimension juridique).

La matrice des risques et le plan d'actions associé font l'objet d'un suivi permanent par la MIDS. En cas de survenance d'un risque majeur, un point est ainsi ajouté à l'ordre du jour des instances de pilotage par la MIDS pour informer les partenaires, passer en revue les actions mises en place pour résorber ce risque et éventuellement identifier collectivement les mesures permettant une meilleure maîtrise évitant la reproduction de ce risque.

LES DONNÉES SOCIALES, KEZAKO ?

Les données sociales constituent l'outil fondamental qui permet aux organismes de protection sociale de faire fonctionner le système français. En effet, grâce aux données collectées, il est possible de recouvrer les cotisations et les contributions sociales, mais également de calculer les droits sociaux.

Les données sociales servent, de ce fait, cinq grands types d'usage :

- demander ou faire valoir des droits ;
- décider le déclenchement des droits ;
- calculer le montant des droits ;
- assurer le financement des droits ;
- contrôler la bonne application du droit.

La DSN simplifie les déclarations sociales pour les employeurs.

Le PASRAU concerne les revenus autres que les salaires (retraite, prestations sociales, etc.).

LE BULLETIN OFFICIEL DE LA SÉCURITÉ SOCIALE A FÊTÉ SES 3 ANS : UN OUTIL DEVENU INCONTOURNABLE POUR LES COTISANTS

Le Bulletin officiel de la Sécurité sociale (boss.gouv.fr) est un service public en ligne mis à la disposition des usagers qui recherchent des informations fiables et opposables sur les cotisations et les contributions de sécurité sociale. La DSS est responsable de la publication des contenus sur le BOSS, qui est le fruit d'une coopération avec les organismes de recouvrement (URSSAF).

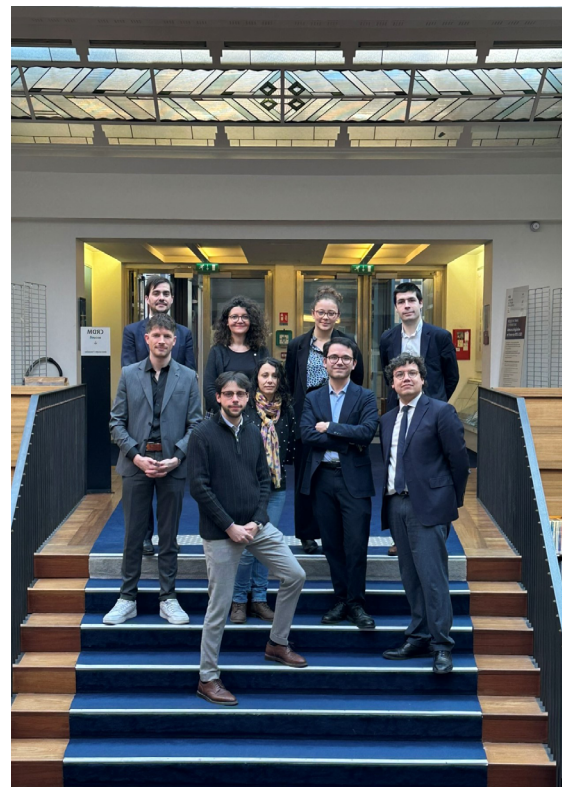
En 2024, plus de **935 000 visiteurs** se sont rendus sur le site du BOSS et **1,8 million de visites** ont été enregistrées, soit une augmentation de plus de 38 % du nombre de visites en 2 ans !

Le BOSS a bien évolué depuis son lancement le 8 mars 2021. Il comptait initialement 6 rubriques et en **présente désormais 17** (assiette générale de cotisations et contributions sociales, avantages en nature, épargne salariale, indemnités de rupture, montant net social, remboursements de frais professionnels, etc.), sans compter les rubriques du bloc « Mesures exceptionnelles ». La structure de la page d'accueil a également été adaptée en vue de préparer l'intégration de nouveaux contenus, tout en garantissant une navigation aisée sur le site.

Le BOSS est aussi un outil à l'écoute de ses utilisateurs : depuis quelques années, une **consultation publique** est mise en œuvre à l'occasion de l'ajout d'une rubrique ou d'un chapitre. Cette méthode permet de prendre en compte les observations des utilisateurs (ajouts d'exemples illustratifs, clarifications rédactionnelles, etc.) et reçoit de nombreux retours positifs : elle est durablement mise en œuvre pour favoriser la bonne appropriation du droit par les cotisants.

En 2025, le BOSS poursuit son enrichissement avec de **nouvelles rubriques et de nouveaux chapitres** qui contribuent à renforcer l'accès au droit en matière sociale. Nous vous invitons à vous inscrire au flux RSS du BOSS pour être alertés de ces nouveautés !

Le BOSS va encore évoluer et apporter davantage de services : un **nouvel espace dédié aux rescrits sociaux de portée générale** sera mis en place et une **table des paramètres** ajoutée, qui recensera l'ensemble des paramètres actualisés utilisés dans les rubriques.



L'équipe du BOSS, février 2025.

ASSIETTE DES TRAVAILLEURS INDÉPENDANTS : UNE RÉFORME AMBITIEUSE ATTENDUE PAR LES ORGANISATIONS PROFESSIONNELLES

L'année 2024 a été marquée par des réformes d'ampleur pour la protection sociale des travailleurs indépendants. Historiquement, ces cotisants devaient réaliser un calcul circulaire – quasiment impossible à réaliser parfaitement – sur leur assiette de cotisation et ils s'acquittaient par ailleurs d'une part de prélèvements sociaux non contributifs plus importante que les salariés.

La réforme portée en LFSS 2024 par la Direction de la sécurité sociale met un terme à cette situation dès l'exercice 2025, mettant concrètement en œuvre une réforme demandée par les organisations professionnelles depuis 2019 et annoncée par le Gouvernement début 2023.

Concrètement, ce résultat est le fruit d'une mobilisation exceptionnelle des équipes pour modéliser les effets de ce transfert massif de prélèvements sociaux sur les finances sociales et les droits de retraite des assurés, négocier pendant six mois ses paramètres avec les acteurs et s'assurer de la viabilité du système déclaratif après un changement de cette ampleur.

Sur le fond, la réforme était guidée par les impératifs de : simplification, renforcement des droits et responsabilité au plan financier puisque la réforme est conduite à coût constant pour les finances publiques.

Sur la méthode, la réforme a permis de : gagner en rigueur et exhaustivité des chiffrages réalisés à partir d'outils de projections financières et de simulation développés pour la réforme, mener un travail de coordination inter-bureaux, avec les caisses, et interministériel (notamment avec le ministère de l'Agriculture portant sur les exploitants agricoles) et plus particulièrement entre les équipes formées aux méthodes quantitatives et les juristes, d'apporter une expertise en matière de rédaction des textes et de concertation. C'est bien tout le savoir-faire de la DSS qui paye, en restant bien sûr collectivement vigilant aux derniers textes d'application à venir et à la mise en œuvre concrète de la réforme dans les mois qui viennent.



Valentin Boncourt

Chargé d'études statistiques et actuariat

« Travailler sur cette réforme a été un défi technique et collaboratif. Nous avons mobilisé une expertise pluridisciplinaire – actuaires, juristes, développeurs – pour harmoniser deux assiettes en préservant l'équilibre financier et les droits sociaux. Ce projet a renforcé la synergie entre nos équipes et illustré notre capacité, malgré des contraintes budgétaires et politiques complexes, à garantir le financement des nouveaux droits des travailleurs non-salariés et à simplifier leur quotidien. »

LA DÉNONCIATION DE L'ACCORD FRANCO-SUISSE DE 2009 SUR LA MOBILITÉ INTRAGROUPE

Un arrangement administratif destiné à faciliter la mobilité internationale des salariés a été conclu en 2009 pour permettre à quelques grands groupes d'envoyer des salariés travailler en France par l'intermédiaire d'une plateforme de gestion du personnel en Suisse, afin de les faire relever de la législation de sécurité sociale suisse, financièrement plus avantageuse.

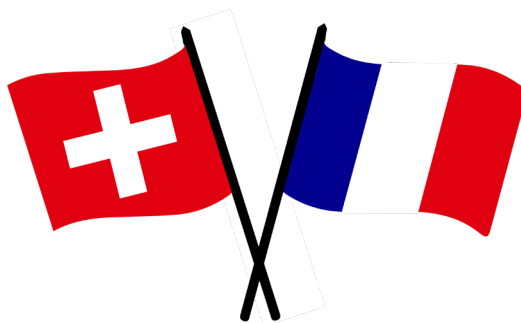
Cet accord permettait aux groupes – et en particulier Total, Renault et Michelin – ayant leur siège dans l'Union européenne ou en Suisse d'exempter d'affiliation à la Sécurité sociale française les salariés ayant une carrière de dimension internationale, employés par une filiale suisse et envoyés travailler en France pour une durée de six ans.

Contraire aux règlements européens de coordination des systèmes de sécurité sociale qui imposent notamment l'application de la législation de la Sécurité sociale du pays d'activité, et par ailleurs source de dérives, l'accord a fait l'objet d'une remise en cause progressive. Après plusieurs tentatives de remise en cause de ce dispositif utilisé à des fins d'optimisation sociale, il a finalement été décidé de dénoncer cet accord.

La DSS a informé les autorités suisses de la dénonciation de cet accord au mois de novembre 2024. Elle a également pris contact avec les principales entreprises bénéficiaires du dispositif afin de les éclairer sur les modalités de gestion des demandes en cours d'instruction, et de les accompagner dans la transition. La dénonciation a pris effet au 1^{er} janvier 2025, date à partir de laquelle ce dispositif ne peut plus être utilisé. Les salariés devront soit être détachés

conformément aux règlements européens, soit être affiliés à la Sécurité sociale française. Les décisions de dérogation adoptées avant la date de la dénonciation s'éteindront néanmoins à la date d'échéance prévue, de sorte que le dispositif s'éteindra progressivement jusqu'en 2027.

Le rendement attendu de la dénonciation de cet accord est estimé à 30 millions d'euros en 2025.



RETRAITES ET PRÉVOYANCE

LE RÉPERTOIRE DE GESTION DES CARRIÈRES UNIQUE : UNE CENTRALISATION AU BÉNÉFICE DES ASSURÉS

Initié par la réforme des retraites de 2010 pour s'appliquer à l'ensemble des régimes de base, et étendu aux régimes complémentaires par la réforme de 2014, le répertoire de gestion des carrières uniques (RGCU) a vocation à centraliser toutes les informations concernant les carrières des assurés sociaux afin de permettre le calcul de leurs pensions au moyen de cet outil unique, quel que soit le régime dont ils relèvent.



Cette base de données couvre aujourd'hui un total de 80 millions d'assurés (soit un niveau supérieur à la population puisqu'il comprend aussi les carrières des assurés décédés ou ne résidant plus sur le territoire) et 9 milliards d'éléments de carrière (données brutes de carrière).

Alors que ces données étaient auparavant réparties entre les différents régimes, chacun ayant sa propre base, le RGCU permet des progrès significatifs :

- Mieux informer les assurés sur leur situation en matière de retraite et estimer les montants de leurs pensions futures.
- Détecter plus vite les périodes manquantes d'assurance ou les incohérences, et ce dès l'intégration dans le RGCU.
- Liquider les retraites plus efficacement et plus rapidement, grâce à des carrières plus fiables, des informations mieux partagées entre régimes, et donc une liquidation plus facile.

- Faciliter l'intégration des évolutions réglementaires et la mise en œuvre des futures réformes.

Pour chaque régime migré, le RGCU est ensuite alimenté au fil de l'eau par les déclarations sociales nominatives transmises par les employeurs, et chaque régime peut y trouver toutes les données qui lui sont nécessaires pour liquider les carrières de ses affiliés.

La bascule des données de carrière des régimes de retraite dans le RGCU est une opération complexe et se fait progressivement. À ce jour, le RGCU intègre les données des carrières de 11 régimes (dont la Caisse nationale d'assurance vieillesse pour les salariés et les travailleurs indépendants, l'Agirc-Arrco, la MSA pour les salariés, l'IRCANTEC, etc.).

Ce très grand chantier de modernisation doit être finalisé au plus tard mi-2028. Cette cible constitue un important défi pour la DSS en tant que maîtrise d'ouvrage stratégique, mais aussi pour les opérateurs (la CNAV qui porte l'outil et l'AGIRC-ARRCO, qui contribue fortement à l'intégration) ainsi que pour les régimes restant encore à basculer, parmi lesquels le régime des exploitants agricoles (MSA non-salariés agricoles) : l'alimentation du RGCU constitue un prérequis pour la mise en œuvre de la réforme des 25 meilleures années pour le calcul de la retraite. Les régimes de la fonction publique et le régime des professions libérales sont également concernés par ce chantier.

PENSIONS DE BASE DES EXPLOITANTS AGRICOLES : UNE RÉFORME POUR S'ALIGNER SUR LE RÉGIME GÉNÉRAL

Les premiers mois de 2024 ont été marqués par d'importantes mobilisations du monde agricole. Face à ces attentes, la Direction de la sécurité sociale, en collaboration étroite avec le ministère de l'Agriculture, s'est mobilisée tout au long de l'été pour concevoir, chiffrer et traduire dans la loi une réforme ambitieuse du régime de retraite des chefs d'exploitation agricole et des membres de leur famille travaillant sur l'exploitation.

L'objectif ?

Faire converger leur régime de retraite vers le régime général, afin d'améliorer leurs pensions. Elles seront désormais calculées en prenant en compte uniquement les 25 meilleures années de revenu. Cela permettra de mieux tenir compte de la variabilité de leurs revenus et de la diversité de leurs carrières. Cette réforme ouvre également de nouveaux droits aux assurés dont l'activité agricole est accessoire, en leur donnant accès aux minima de pension agricole. Elle permettra de mieux valoriser la carrière des agriculteurs, d'améliorer l'attractivité des métiers agricoles et de faciliter les mobilités professionnelles.

Cette réforme s'inscrit ainsi dans le prolongement des mesures de revalorisation des retraites agricoles prises ces dernières années (lois dites Chassaigne, loi dite Dive). La DSS reste très investie en 2025 afin de poursuivre le pilotage de cette réforme et de permettre une mise en œuvre progressive entre 2026 et 2028, au profit du monde agricole.



ACCOMPAGNER LES SALARIÉS DE LA RATP DANS LE CADRE DE L'OUVERTURE À LA CONCURRENCE

La loi d'orientation des mobilités du 24 décembre 2019 prévoit qu'en cas de changement d'employeur dans le cadre de l'ouverture à la concurrence du transport en Île-de-France, les salariés statutaires de la RATP conservent le bénéfice de leur régime spécial de retraite.

L'équipe en charge des régimes spéciaux, appuyée par le pôle actuariat de la sous-direction des retraites, a mené une véritable course de relai dans l'élaboration et la concertation des partenaires sociaux sur les conditions de ce maintien. Des concertations ont ainsi été tenues à l'été sur les décrets auprès des organisations syndicales de salariés et professionnelles d'employeurs dans le double objectif de perfectionner le dispositif en tenant compte des particularités techniques propres à un régime jusqu'alors adossé à une seule entreprise, ainsi qu'informer et rassurer les parties prenantes.

En fin d'année 2024, une nouvelle étape a été franchie avec l'attribution de premiers lots de ligne de bus à la concurrence, pour un transfert effectif de salariés en novembre 2025. Dans l'intervalle, de nombreux chantiers devront encore être menés associant notamment la sous-direction en charge des retraites, celle du financement de la Sécurité

sociale, ainsi que la mission interministérielle sur les données sociales. Ils porteront sur le transfert du recouvrement et le développement de la déclaration sociale nominative (DSN) pour les nouveaux employeurs. De beaux défis en perspective !



Pierre Pelini

Chargé de mission en charge du régime spécial de la RATP

« La portabilité du régime spécial de retraite RATP a constitué le premier dossier de mon premier poste dans l'administration. Et quel dossier ce fut ! Transposition des instructions générales de l'EPIC historique, co-construction de la nouvelle formule de calcul des pensions, etc. J'ai vécu sans conteste mon baptême du feu et je parle désormais couramment le RATPien »

LA GÉNÉRALISATION DE LA COUVERTURE PRÉVOYANCE : UN COLLOQUE POUR RÉFLÉCHIR AU CADRE ACTUEL

Le 9 décembre 2024, la DSS a réuni l'ensemble des acteurs concernés et intéressés par les enjeux de prévoyance sociale pour dresser un état des lieux de la couverture complémentaire collective dans ce domaine (invalidité, incapacité, décès) qui vise à compléter l'indemnisation accordée par les régimes obligatoires et pour interroger la pertinence du cadre actuel.

Si la convention collective nationale de 1947 et l'accord national interprofessionnel de 2017 ont structuré la prévoyance des cadres, la couverture des non-cadres repose essentiellement sur la négociation collective de branche. L'objectif de ce colloque était d'alimenter les négociations engagées par les partenaires sociaux dans leur agenda autonome. Ces échanges ont permis de mettre en lumière les défis à relever pour assurer une protection adaptée aux évolutions sociales et économiques, alors que le cadre juridique actuel n'a pas été rénové depuis l'après-guerre.

Les tables rondes ont notamment permis de réinterroger la place prédominante du risque décès dans la couverture collective, au regard notamment de l'augmentation tendancielle des arrêts de travail. Elles ont également fait émerger l'idée d'un socle minimal de garanties, tout en insistant sur la nécessité d'une adaptation sectorielle.

Dans un domaine essentiellement structuré autour de préoccupations partagées entre les salariés et les employeurs d'une part et les offreurs de prestations de l'autre, et construit par ces acteurs au moyen des négociations qu'ils engagent, ces

temps d'échange permettant de partager des idées et orientations sont particulièrement utiles pour faire progresser le champ de la protection sociale.



Colloque sur la prévoyance collective des salariés du secteur privé, 9 décembre 2024, ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles.



Constance Mollet

Chargée de mission à la DSS

« Organiser un tel événement et voir autant d'acteurs réunis autour de la table pour parler du sujet essentiel de la prévoyance des salariés du privé, c'est une vraie satisfaction ! Ce colloque a mis en lumière des enjeux majeurs et ouvert des pistes de réflexion essentielles. Il reste encore du chemin à parcourir, mais une chose est sûre : j'ai hâte d'organiser un nouveau colloque et de donner à d'autres l'envie d'en organiser. »

POLITIQUES TRANSVERSALES

—

L'IA AU SERVICE DU TRAITEMENT DES AMENDEMENTS PARLEMENTAIRES : UN TEST CONCLUANT LORS DU PLFSS

Lors de l'examen de chaque projet ou proposition de loi au Parlement, le Gouvernement doit donner son avis sur chacune des propositions de modification (amendement) du texte par les parlementaires. Les amendements déposés augmentent chaque année, et peuvent parfois représenter plusieurs milliers de réponses à préparer lors de la discussion des textes financiers.

La préparation de l'avis du Gouvernement sur chacun des amendements mobilise intensément l'administration, dans un temps souvent réduit à 24 ou 48h durant lequel les agents sont amenés à travailler en dehors des horaires normaux.

Les agents sont confrontés à trois problèmes :

- un volume croissant d'amendements déposés, dont une part importante sont similaires d'une année sur l'autre ;
- des tâches répétitives à faible valeur ajoutée (multiples clics, reproduction des réponses passées sur des sujets identiques) ;
- un temps de traitement très contraint, obligeant à travailler le soir et la nuit, voire une partie du week-end.

La Direction de la sécurité sociale, responsable de la préparation du projet de loi de financement de la Sécurité sociale, a développé avec la Fabrique de la direction du numérique (DNUM) des ministères sociaux un outil visant à optimiser le temps de traitement des amendements.

En permettant à l'amendement de parvenir le plus rapidement possible à l'agent le plus expert du sujet abordé, et surtout en exploitant les réponses données des PLFSS des années passées, il a été possible de réduire de manière assez significative le temps de travail des agents, ainsi que les tâches à faible valeur ajoutée, ce qui a permis aux agents de consacrer davantage de temps à la réponse aux amendements complexes.

Concrètement, cet outil de Gestion et Répartition Automatisée des Amendements Législatifs (GRAAL) analyse les amendements déposés et



réalise successivement, en quelques minutes, plusieurs tâches qui demandaient auparavant plusieurs heures à de nombreux agents :

- il fusionne les amendements qui sont identiques ;
- il indique quel agent est le plus expert du sujet en fonction d'un annuaire de compétences ;
- il résume le contenu de l'amendement en une phrase (objet) à l'aide d'un modèle de langage (LLM) ;
- il compare l'amendement déposé à des amendements déposés par le passé : si le sujet est similaire, il reporte la réponse faite par le passé, charge à l'agent de la corriger/modifier/actualiser ; si un amendement similaire a été jugé irrecevable par les services du Parlement, il l'indique au rédacteur.

Conçu et testé durant l'année 2024 par la DSS sur plusieurs projets et propositions de loi du champ social (PLACSS, PLFSS, PPL retraites), GRAAL a

donné de premiers résultats probants : parmi les agents impliqués dans le PLFSS, 85 % jugent que l'outil leur a permis de réduire leurs horaires lors des soirées de traitement des amendements.

GRAAL sera partagé en 2025 au sein des ministères sociaux et partagé avec les autres ministères responsables de textes susceptibles de faire l'objet d'un nombre élevé d'amendements.

En mobilisant l'intelligence artificielle pour alléger les agents de tâches répétitives (répartition des amendements un par un en fonction du sujet sur lequel il porte, détection manuelle du caractère identique des amendements déposés, rédaction du résumé des amendements, recherches d'historique de réponse), il permet aux agents de réduire les horaires de travail atypiques, et de consacrer davantage de temps à l'amélioration des réponses préparées pour les ministres.

MAYOTTE : LA DSS MOBILISÉE POUR RÉPONDRE À LA CRISE

Mayotte ayant été frappée par un cyclone qui a causé des dégâts d'une ampleur inédite, la Direction de la sécurité sociale s'est immédiatement mobilisée dans son champ de compétences pour apporter une réponse rapide et adaptée à la crise.

La préoccupation a été en premier lieu de s'assurer, avec les caisses nationales, de la situation des agents de la Sécurité sociale sur place, dans un contexte où il était difficile de les contacter dans les premiers jours, et de déployer des mesures d'urgence : suspension du recouvrement forcé des prélèvements sociaux, prolongement des droits et mises en place d'aides financières d'urgence notamment via l'action sociale des organismes.

Ce travail s'est bien sûr accompagné d'une implication sur le projet de loi d'urgence élaboré en quelques jours par le Gouvernement et de la poursuite des travaux plus structurels visant à la convergence du système de protection sociale mahorais sur le droit commun, travail qui devra se poursuivre en 2025 en tenant compte des difficultés supplémentaires occasionnées par cette situation particulièrement difficile.

La Direction de la sécurité sociale est mobilisée pour apporter son aide à Mayotte suite à la catastrophe provoquée par le cyclone Chido





GOUVERNEMENT

*Liberté
Égalité
Fraternité*