



GOUVERNEMENT

*Liberté
Égalité
Fraternité*

Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2024

27 septembre 2023

Sommaire

Édito	6
Poursuivre la transformation du système de santé pour renforcer la prévention et l'accès aux soins	10
Accélérer le virage de la prévention à tous les étages du système de santé	10
Faciliter l'accès au vaccin contre le papillomavirus dès 11 ans	11
Améliorer la santé sexuelle en facilitant l'accès aux préservatifs.....	11
Lutter contre la précarité menstruelle en facilitant l'accès à des protections périodiques réutilisables	12
Déployer les bilans de prévention	12
Un investissement ambitieux dans le système de santé pour un fonctionnement modernisé au service d'un meilleur accès aux soins	13
Rééquilibrer le financement des établissements de santé pour mieux prendre en compte la diversité de leurs missions	13
Renforcer l'attractivité des métiers dans les établissements de santé	15
S'engager dans la rénovation et le renforcement de la filière palliative.....	16
Diffuser les prises en charge innovantes en facilitant l'inscription dans le droit commun des expérimentations organisationnelles qui ont fait leur preuve	17
Améliorer le fonctionnement de la permanence des soins dentaires pour répondre aux besoins de soins urgents de la population.....	19
Faciliter les soins en élargissant les champs de coopération et les compétences des pharmaciens.....	19
Mieux articuler la C2S avec certains minimas sociaux.....	20
Garantir l'accès des Français aux médicaments du quotidien et aux produits de santé innovants	21
Lutter contre les tensions d'approvisionnement.....	21
Soutenir le maintien sur le marché des produits matures	21
Renforcer les leviers d'épargne des médicaments en cas de ruptures d'approvisionnement	21
Utiliser des préparations hospitalières et officinales spéciales dans le cadre du plan blanc.....	22

Soutenir l'innovation dans le secteur des produits de santé.....	22
Faciliter l'inscription d'un acte en lien avec des dispositifs médicaux	22
Améliorer les dispositifs d'accès dérogatoires aux médicaments.....	23
Lutter contre la fraude sociale.....	24
Un plan ambitieux de lutte contre la fraude sociale.....	24
Des résultats déjà importants.....	25
Une ambition renouvelée dans le champ de la fraude sociale	25
De nouveaux outils pour lutter contre la fraude sociale.....	26
Renforcer les obligations des plateformes numériques pour garantir le paiement des cotisations dues par ses utilisateurs	26
En cas de fraude, annuler la participation de l'assurance maladie à la prise en charge des cotisations des praticiens et auxiliaires médicaux.....	26
En complément du PLFSS : harmoniser l'appréciation de la condition de résidence, améliorer les échanges de données entre administrations et la lutte contre la prise en charge induite des frais de santé.....	27
La poursuite des politiques de soutien à l'autonomie	28
Adapter l'offre aux évolutions démographiques.....	28
Décliner les engagements de la conférence nationale du handicap.....	29
Ouvrir la voie au transfert de financement des EHPAD vers la branche autonomie	30
Renforcer la qualité des accompagnements.....	31
Revaloriser les salaires des professionnels pour favoriser l'attractivité des métiers	32
Un équilibre préservé de la branche autonomie à horizon 2027.....	32
Tenir les engagements pris lors de la réforme des retraites.....	33
Investir en faveur du plein emploi	34
Mobiliser les excédents de l'UNEDIC pour son désendettement et en faveur des priorités des politiques d'emploi et de formation professionnelle.....	34
Offrir à chaque famille des solutions d'accueil du jeune enfant.....	34
Garantir la soutenabilité de notre modèle social.....	35
Renforcer les moyens du système de santé, dans un contexte d'inflation toujours élevé.....	35
Une progression de l'ONDAM de 4,8 % en 2023.....	35
Une progression de l'ONDAM de 3,2 % en 2024.....	36

Répartition par sous-objectif des 8 Md€ d'accroissement des dépenses au sein de l'ONDAM 2024	36
Une hausse dynamique des financements aux établissements sanitaires et médico-sociaux	37
Une augmentation des soins de ville de 3,5% en 2024	37
Des mesures d'efficience ou de partage de financement	38
Des efforts pour renforcer l'efficience et la pertinence des soins.....	38
Veiller à la pertinence des dépenses d'arrêts maladie	38
Dans le cadre de la planification écologique portée par le Gouvernement, encourager la sobriété dans l'utilisation du système de santé.....	39
Inciter les patients à recourir aux transports partagés.....	39
Prendre en compte l'impact environnemental des dispositifs médicaux	39
Une amélioration de la trajectoire financière de la sécurité sociale	40
Un déficit réduit de plus de moitié en 2023	40
En 2024, un déficit estimé à 11,2 Md€	41
Soldes par branches des régimes obligatoires de base et du FSV 2020-2027 (en Md€)	42
Chiffres clés	43

Édito



Le budget de la sécurité sociale représente l'effort solidairement consenti par la Nation en faveur de la santé, des familles, de l'autonomie ou encore de notre système de retraite par répartition. Le PLFSS est ainsi le rendez-vous, qui permet chaque année de mesurer le chemin parcouru, d'exprimer de nouvelles ambitions et de se projeter dans l'avenir.



Durant les années de crise sanitaire, nous avons déployé des moyens inédits pour protéger notre pays, nos concitoyens et notre système de santé. Les prestations sociales indexées ont permis et permettent encore en 2024 de protéger le pouvoir d'achat des citoyens face à la forte inflation. Notre responsabilité est d'assurer la pérennité de ce modèle social : en poursuivant la transformation du système, et en continuant de bâtir sa résilience et sa soutenabilité, au service de la santé de chacun et de nos solidarités collectives.



C'est ce à quoi s'attache ce texte.

Pour notre système de santé, ce PLFSS consacre la poursuite d'une dynamique d'engagements et d'investissements en faveur d'un meilleur accès aux soins des citoyens.



Il est d'abord la traduction d'un effort massif, en faveur de celles et ceux qui s'engagent dans nos établissements de santé et médico-sociaux, avec 3,3 milliards d'euros déployés pour mieux rémunérer et mieux reconnaître les sujétions des professionnels qui y exercent.



Il reflète également les revalorisations conventionnelles conclues avec plusieurs professions libérales de santé, matérialisées par des engagements importants pour l'exercice de nouvelles missions dans le cadre d'un exercice coordonné et au service des plus fragiles.



Ce texte confirme aussi le virage résolu en faveur de la prévention dès le plus jeune âge et tout au long de la vie, en permettant notamment la mise en place de bilans de prévention, le financement de campagnes de vaccination contre le papillomavirus au collège, la prise en charge intégrale des préservatifs pour les moins de 26 ans et le remboursement de protections menstruelles durables pour les jeunes et les femmes précaires.



Le PLFSS accompagne la modernisation de notre système de santé pour un accès aux soins renforcé. Les pharmaciens d'officine seront par exemple autorisés à dispenser sans ordonnance certains médicaments après réalisation d'un test rapide d'orientation diagnostique pour les cystites simples et les angines. L'accès aux innovations thérapeutiques sera facilité tout en préservant les chaînes d'approvisionnement en médicaments matures, essentiels dans le quotidien des Français.

Le financement des établissements de santé sera par ailleurs rééquilibré pour mieux tenir compte des objectifs de santé publique et des missions spécifiques qu'ils réalisent au sein de leur territoire.

Pour notre système de solidarité, ce PLFSS accélère les engagements pris au service de toutes les familles et de la pleine inclusion de chacun.

En 2024, des moyens accrus sont consacrés à la construction d'une société du bien vieillir et de la pleine inclusion des personnes en situation de handicap. Ils permettront de continuer à développer des solutions pour répondre concrètement au souhait de nos concitoyens de vieillir chez eux et d'accélérer l'évolution des EHPAD grâce à un renforcement des effectifs de soignants et un financement plus important et simplifié. Les départements qui le souhaitent pourront en effet rattacher la prise en charge de la dépendance à la Sécurité sociale et ainsi mieux financer la prévention de la perte d'autonomie. Le PLFSS apportera également un meilleur accompagnement des différentes situations de handicap à l'école, au travail ou dans la vie de tous les jours. Pour les enfants en particulier, il porte la création d'un véritable service de repérage et d'orientation pour assurer une prise en charge coordonnée et précoce de toutes les situations de handicap, luttant ainsi contre les pertes de chances et l'errance des familles.

Accompagner les familles, c'est également leur apporter les services dont elles ont besoin pour concilier tous leurs temps de vie et prendre soin de leurs enfants. La trajectoire financière de la branche famille reflète ainsi la concrétisation du nouveau service public de la petite enfance avec une hausse des moyens dédiés aux établissements de garde d'enfants, notamment pour la revalorisation de leurs professionnels. En 2025 et dans ce même objectif de permettre à tous les parents de choisir librement leur organisation familiale, ces mesures seront complétées par la mise en œuvre de la réforme du complément de mode de garde pour favoriser l'accès à l'accueil individuel votée en LFSS 2023.

Pour notre système de retraite par répartition, ce PLFSS traduit les effets et les engagements pris durant l'examen de la réforme des retraites.

La trajectoire des régimes de base est améliorée par la réforme de 6,3 Md€ à horizon 2027, et nous tenons l'engagement de revaloriser les pensions au 1^{er} janvier 2024 pour soutenir le pouvoir d'achat des retraités.

Ce PLFSS concrétise également les engagements qui ont été pris durant les débats, avec notamment la fin du transfert du recouvrement des cotisations Agirc-Arrco vers l'ACOSS, le financement des régimes spéciaux de retraite fermés par la réforme et l'adaptation du volet paramétrique de la réforme à Mayotte et Saint-Pierre-et-Miquelon.

Sur le champ des accidents du travail et des maladies professionnelles (AT-MP), ce PLFSS engage la transposition de l'accord national

interprofessionnel (ANI) du 15 mai 2023, en affirmant la nature duale et forfaitaire de la rente AT-MP, dans l'esprit du compromis historique de 1898.

Ce PLFSS est également un jalon important pour renforcer la soutenabilité et l'acceptabilité de notre modèle social.

Le redressement des comptes sociaux est un impératif pour nous permettre de revenir sous les 3 % de déficit public d'ici 2027. L'ensemble des administrations publiques y contribuent et c'est également le cas des administrations de sécurité sociale. En 2024, pour tenir cet objectif, l'ONDAM connaît une hausse de 3,2%, supérieure à l'inflation, tout en prévoyant 3,5 Md€ d'économies, qui passent notamment par un effort de maîtrise des dépenses de soins de ville et par une responsabilisation de l'ensemble des acteurs. L'accent mis sur la prévention en santé doit permettre de poursuivre cette dynamique. Le PLFSS comprend enfin plusieurs mesures de lutte contre la fraude et les abus, dans le champ social, pour s'assurer que chacun apporte sa juste contribution au financement de la sécurité sociale, confortant ainsi l'acceptabilité globale de notre système de protection sociale.

Nouvelles prises en charge, nouvelles ambitions, nouvelles responsabilités, le PLFSS reste l'un des socles de notre État social.

Bruno Le Maire, Ministre de l'Économie, des Finances et de la Souveraineté industrielle et numérique

Olivier Dussopt, Ministre du Travail, du Plein emploi et de l'Insertion

Aurélien Rousseau, Ministre de la Santé et de la Prévention

Aurore Bergé, Ministre des Solidarités et des Familles

Thomas Cazenave, Ministre délégué auprès du ministre de l'Économie, des Finances et de la Souveraineté industrielle et numérique, chargé des Comptes publics

Agnès Firmin Le Bodo, Ministre déléguée auprès du ministre de la Santé et de la Prévention, chargée de l'Organisation territoriale et des Professions de santé

Fadila Khattabi, Ministre déléguée auprès du ministre des Solidarités et des Familles, chargée des Personnes handicapées

LES MESURES PHARES DU PLFSS POUR 2024

1



Renforcer la prévention et l'accès aux soins

- Déployer les bilans de prévention aux âges clés de la vie
- Faciliter l'accès au vaccin contre le papillomavirus dès 11 ans
- Lutter contre les tensions d'approvisionnement et soutenir le marché des produits matures
- Elargir les compétences des pharmaciens d'officine à dispenser certains antibiotiques, après réalisation d'un test rapide d'orientation diagnostique (TROD) pour les cystites simples et les angines

2



Transformer le financement et l'organisation du système de santé

- Rééquilibrer le financement des établissements de santé pour mieux prendre en compte la diversité de leurs missions
- Renforcer l'attractivité des métiers dans les établissements de santé
- Diffuser les prises en charges innovantes en facilitant l'inscription dans le droit commun des expérimentations organisationnelles qui ont fait leur preuve

3



De nouveaux outils pour lutter contre la fraude

- Renforcer les obligations des plateformes numériques pour garantir le paiement des cotisations dues par ses utilisateurs
- Annuler en cas de fraude la participation de l'assurance maladie à la prise en charge des cotisations des praticiens et auxiliaires médicaux

4



La poursuite des politiques de soutien à l'autonomie

- Ouvrir la voie au transfert de financement des EHPAD vers la branche autonomie à partir de 2025 pour les départements volontaires
- Créer un service de repérage, de diagnostic et d'accompagnement précoce pour toutes les situations de handicap pour tous les enfants jusqu'à 6 ans

Poursuivre la transformation du système de santé pour renforcer la prévention et l'accès aux soins

Le budget de la sécurité sociale représente 640 Md€ dont 252 Md€ pour l'assurance maladie. Il reflète l'ambition du gouvernement de continuer à investir pour l'avenir de notre système de santé, pour notre politique familiale et sociale ainsi que dans la prise en charge des personnes en perte d'autonomie. Un budget est indissociable de son contexte : durant les années Covid, nous avons déployé des moyens inédits pour protéger notre pays, nos concitoyens et notre système de santé. Les revalorisations exceptionnelles décidées des prestations sociales versées ont permis de protéger le pouvoir d'achat des citoyens face à la forte inflation. Aujourd'hui, notre responsabilité est double : d'abord assurer la pérennité de ce modèle social, en poursuivant la transformation du système et en continuant de garantir sa résilience et sa soutenabilité ; ensuite continuer la modernisation de notre modèle de protection sociale au service de la santé, de nos retraites, et de la solidarité. Ce projet de loi de financement de la sécurité sociale, bien plus qu'un exercice budgétaire imposé, est d'abord un rendez-vous démocratique qui permet de mesurer le chemin parcouru, d'afficher les nouvelles ambitions et de se projeter résolument dans l'avenir.

Accélérer le virage de la prévention à tous les étages du système de santé

Le PLFSS 2024 poursuit et amplifie la réalisation comme la mise en œuvre de mesures fortes, correspondant à la volonté du Gouvernement de passer un nouveau cap en dotant notre pays d'une véritable politique de prévention et en engageant un changement culturel à cette fin qui embarque chacun, dès le plus jeune âge et tout au long de la vie.



Faciliter l'accès au vaccin contre le papillomavirus dès 11 ans

Les papillomavirus humains, dits virus HPV, infectent 80 % des femmes et des hommes au moins une fois dans leur vie et sont responsables chaque année de près de 6 400 cancers. Pourtant, la vaccination permet de prévenir jusqu'à 90 % des infections par les papillomavirus humains et de protéger les enfants pour qu'ils ne développent pas de lésions précancéreuses et de cancers liés à ces infections à l'âge adulte.

La couverture vaccinale demeure insuffisante en France au regard des recommandations de l'Organisation mondiale de la santé : alors que la stratégie décennale de lutte contre les cancers à horizon 2023 affiche un objectif ambitieux de 80 % de couverture vaccinale, elle n'était en 2022 que de 41,5 % chez les filles et de 8,5 % chez les garçons.

Pour favoriser l'accès à cette vaccination des garçons comme des filles, le Président de la République a annoncé en février 2023 l'organisation d'une campagne au collège dès cette année. Elle sera lancée dans près de 7 000 collèges à partir du mois d'octobre et s'adressera à tous les élèves en classe de 5^{ème} qui pourront se faire vacciner gratuitement, après autorisation parentale. Les médecins, les pharmaciens, les sage-femmes et les infirmiers seront mobilisés. Cette campagne est également soutenue, depuis le 4 septembre, par une grande campagne d'information portée par l'Institut national du cancer (INCa). L'article 17 ouvre la possibilité pour l'assurance maladie de rémunérer directement les professionnels de santé qui vaccineront dans les établissements scolaires quel que soit leur statut, via des vacations, comme cela avait déjà été fait lors des vaccinations contre la Covid-19. La vaccination contre les HPV en milieu scolaire représente un levier puissant pour rattraper des taux de couverture vaccinale ambitieux, comme cela se fait en Suède ou au Royaume-Uni où les taux sont supérieurs à 80 %.

Améliorer la santé sexuelle en facilitant l'accès aux préservatifs



Le Gouvernement a fait de la prévention en santé, et notamment de la santé sexuelle et reproductive des jeunes, une priorité centrale. Le Président de la République a réaffirmé cette priorité en faisant le choix d'un accès gratuit aux préservatifs en pharmacie pour tous les jeunes de moins de 26 ans. En effet, ces derniers représentent le public le plus concerné par les grossesses non désirées et les infections sexuellement transmissibles.

Dans cette optique, ce PLFSS propose d'inscrire dans notre droit une prise en charge intégrale et sans ordonnance, déjà mise en œuvre par les caisses d'assurance maladie depuis le 1^{er} janvier 2023 et qui remplit aujourd'hui largement ses objectifs en luttant contre les infections sexuellement transmissibles, puisque la délivrance de préservatifs pour les moins de 26 ans a été multipliée par cinq entre janvier et juillet 2023.

Lutter contre la précarité menstruelle en facilitant l'accès à des protections périodiques réutilisables

La précarité menstruelle affecte de nombreuses femmes en France (près de 31 % des femmes menstruées de 18 à 50 ans, Opinion Way 2023), en particulier les plus jeunes (44 % des 18–24 ans). En effet, les coûts élevés des protections périodiques peuvent priver certaines femmes de leur utilisation, ou différer leur renouvellement régulier, ce qui peut affecter leur santé (à travers notamment le syndrome du choc toxique).

Dans la continuité de précédentes mesures visant à lutter contre la précarité menstruelle, comme le financement de protections hygiéniques pour les détenues, l'installation de distributeurs au sein des résidences universitaires ou dans des collèges et lycées, le Gouvernement a annoncé, lors de la Journée internationale des droits des femmes, vouloir aller beaucoup plus loin et rembourser des protections hygiéniques réutilisables pour toutes les femmes de moins de 26 ans.

L'article 19 du PLFSS prévoit ainsi le remboursement des culottes et des coupes menstruelles pour les assurées de moins de 26 ans, ainsi que pour les bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire sans limite d'âge, dès 2024. Cette mesure ciblée sur les protections réutilisables permet également de prendre en compte l'impact environnemental de ces protections. Elle pourrait concerner 6,7 millions de personnes en 2024. Afin de s'assurer de la qualité des produits, une procédure de référencement s'appuyant sur un cahier des charges précis sera mise en œuvre. La mise à disposition des produits sera organisée dans un premier temps en pharmacie. Les assurées de moins de 26 ans bénéficieront d'une prise en charge à hauteur de 60 % par l'assurance maladie et leur participation sera dans la grande majorité des cas compensée par les organismes complémentaires. Les plus précaires, bénéficiaires de la C2S, bénéficieront quant à elles d'une prise en charge à 100 % de ces protections.

Déployer les bilans de prévention

Afin d'accompagner les assurés dans leur démarche de prévention, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2023 a créé des bilans de prévention à des âges clés de la vie. Ils doivent permettre à chacun de devenir acteur de sa santé et ainsi promouvoir des comportements favorables à la santé.

Ces bilans de prévention seront l'occasion de disposer d'un temps spécifique avec un professionnel de santé pour faire le point sur ses habitudes de vie, pour identifier ses facteurs de risque et par exemple proposer des dépistages ciblés et individualisés. Ils doivent ainsi permettre de repérer et de prévenir des comportements nocifs et l'apparition de maladies telles que certains cancers, le diabète ou encore les maladies cardiovasculaires.

Ces bilans pourront être réalisés par différents professionnels de santé (médecins, infirmiers, sages-femmes, pharmaciens) pour tenir compte des préférences ou des habitudes de chacun. Ils seront pris en charge à 100 %.

Afin de définir le contenu et le déroulé précis de ces bilans, des concertations avec les différentes parties prenantes du système de santé ont été organisées depuis l'adoption de la précédente LFSS. Un panel de professionnels et de citoyens appartenant à différentes tranches d'âge a été consulté à plusieurs

reprises. C'est parce qu'ils feront demain intervenir plusieurs professions de santé qu'il est proposé de recourir à la loi afin de préciser les modalités de rémunération et les conditions de réalisation de ces bilans.

Une première phase test de déploiement de ces bilans débutera dès l'automne pour la classe d'âge des 45-50 ans dans les départements des Hauts-de-France avant qu'ils ne soient généralisés sur tout le territoire à partir de janvier 2024.

Un investissement ambitieux dans le système de santé pour un fonctionnement modernisé au service d'un meilleur accès aux soins

En complément des mesures de soutien et d'investissement dans la modernisation de l'hôpital, ce PLFSS porte d'importantes avancées en faveur des professionnels libéraux issues du cycle inédit de négociations conduit entre l'Assurance Maladie et les partenaires conventionnels à l'été 2023. Ces négociations ont abouti à l'adoption de huit accords permettant de soutenir les professionnels libéraux face à l'inflation et de leur confier de nouvelles missions de santé publique et de prévention. L'ambition aujourd'hui est d'ouvrir une nouvelle négociation avec les médecins libéraux pour poursuivre cette volonté de construire, avec les professionnels, une réponse durable et forte en matière d'accès à la santé.



Rééquilibrer le financement des établissements de santé pour mieux prendre en compte la diversité de leurs missions

Conformément aux annonces du Président de la République le 6 janvier 2023, l'article 23 du PLFSS prévoit une transformation en profondeur du modèle de financement des établissements de santé, avec l'objectif d'accélérer la diversification de leurs modalités de financement et d'accroître la part du financement reposant sur des objectifs de santé publique et des indicateurs de qualité.

Introduite il y a maintenant 20 ans, la tarification à l'activité (T2A) des établissements de santé a contribué à la modernisation de l'offre de soins hospitaliers et permis une meilleure connaissance des coûts de prise en charge des patients, indispensable au pilotage global du système de soins. Cependant, la T2A ne permet plus de répondre aux évolutions de notre système de santé et tout particulièrement au besoin de coopération accru entre les acteurs des territoires. Dès 2017, le Gouvernement a engagé une stratégie de diversification des modalités de financement des établissements de santé, faisant davantage de place aux financements par dotation, populationnels et à la qualité, tout en maintenant le caractère incitatif du financement à l'activité lorsque cela est nécessaire. La crise sanitaire a mis en évidence l'importance de garantir, pour certaines prises en charge, une capacité d'accueil forte sur l'ensemble du territoire, indépendamment des variations d'activité.

Parce qu'il était indispensable d'aller plus loin et d'adapter notre système de financement des hôpitaux aux nouveaux enjeux de santé publique, la mesure

présentée en PLFSS pour 2024 traduit l'engagement du Président de la République d'accélérer cette diversification, et propose de mettre en place pour le champ de la médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) un modèle plus équilibré, amplifiant la part de financements par dotations tout en préservant les acquis de la tarification à l'activité.

L'objectif général est de réduire la part des financements issus de la tarification à l'activité pour évoluer vers un modèle de financement mixte qui valorise différemment les activités des établissements selon leurs caractéristiques. Le financement des établissements de santé se structurera désormais autour de trois compartiments

- **Les activités standard** demeurent financées à l'activité. Les règles de la T2A les concernant sont à maturité. Il s'agit des activités de chirurgie ou médecine qui se réalisent dans des conditions quasi-systématiquement comparables.
- **Les activités répondant à des objectifs de santé publique** se verront nouvellement financées par des dotations spécifiques. Il s'agit ici de reconnaître les missions de santé publique comme des missions à part entière des établissements de santé, en renforçant la prise en compte de la qualité et la pertinence, des organisations de soins fondées sur la coopération, la coordination des parcours de soins et la prévention.
- **Les activités de soins aigus, spécifiques, se verront nouvellement financées par un financement mixte** alliant tarification à l'activité et dotation identifiées par activités. L'objectif est de mieux valoriser certaines missions confiées aux établissements de santé en introduisant une part significative de dotation socle forfaitaire afin de garantir l'accès aux soins pour ces activités partout sur le territoire et indépendamment du niveau d'activité réalisé. C'est le cas par exemple des missions d'intérêt général telles que les urgences ou les soins critiques.

Par ailleurs, le financement des activités non programmables, qui est une préoccupation constante des acteurs de terrain, doit également pouvoir faire l'objet d'une valorisation spécifique.

Financement à l'activité	Dotations relative à des objectifs de santé publique	Dotations relative à des missions spécifiques
<p><i>Tarifs</i></p> <p>Financement au séjour, à la séance ou à la consultation</p>	<p><i>Dotations annuelles forfaitaires</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Prévention - Qualité et pertinence de soins - Coordination des parcours de soins - Objectifs nationaux ou régionaux de santé publique (exemples : santé de la femme et de l'enfant, addictions, douleurs chroniques). 	<p><i>Dotations annuelles forfaitaires</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Missions d'enseignement, de recherche et d'innovation - Activités de recours et d'expertise - Prise en charge de certaines maladies chroniques - Dotations forfaitaires complémentaires au financement par les activités : soins critiques, soins non programmables, établissements isolés.

L'article 23 du PLFSS pose ainsi les fondements du nouveau modèle de financement dont l'application se fera pour l'essentiel à compter du 1^{er} janvier 2025. L'année 2024 sera mise à profit pour finaliser les travaux techniques et d'appropriation nécessaires à l'entrée en vigueur pleine et entière de la réforme. Certaines dispositions visant à sécuriser le financement des établissements entreront toutefois en vigueur dès 2024, notamment la possibilité de mettre en œuvre un modèle dérogatoire de financement dans le cadre de la sortie de la garantie de financement dont bénéficient actuellement les établissements, dans l'attente de la montée en charge du nouveau modèle.

Renforcer l'attractivité des métiers dans les établissements de santé

Des accords salariaux de revalorisation dans un contexte d'inflation

Le 12 juin 2023, un ensemble de mesures de revalorisation au bénéfice des agents publics, et plus particulièrement de ceux ayant des bas salaires, a été annoncé par le ministre de la Transformation et de la Fonction publiques.

Sur le champ des établissements de santé, ces annonces se traduisent par des mesures indiciaires (revalorisation du point d'indice, rehaussement de cinq points pour l'ensemble des agents et rehaussement de points supplémentaires pour les bas salaires) et par des mesures indemnitaires (prime pour le pouvoir d'achat, reconduction en 2023 de la garantie individuelle de pouvoir d'achat (GIPA), revalorisation de 10% des indemnités forfaitaires des jours CET et revalorisation des frais de missions).

Ces annonces trouvent leur traduction concrète dans ce PLFSS pour 2024 qui prévoit le financement aux établissements de santé de ces mesures pour un montant en année pleine de 1,7 Md€, dont 1,3 Md€ dès 2023.

Le financement des mesures applicables au champ des établissements médico-sociaux se traduit par un montant en année pleine de 0,5 Md€, dont 0,3 Md€ dès 2023.

Pour mieux prendre en compte les contraintes et sujétions spécifiques à l'hôpital et renforcer l'attractivité des métiers, notamment la nuit, des mesures spécifiques supplémentaires ciblées

Par ailleurs, un plan complémentaire d'attractivité pour les personnels hospitaliers a été annoncé, qui pérennise et consolide les mesures d'urgences mises en œuvre depuis l'été 2022.

Ce PLFSS permet ainsi de financer en 2024 :

- La majoration des gardes des personnels médicaux de 50 % pour tous les médecins, y compris ceux des secteurs privés lucratifs et non lucratifs, avec un alignement de la rémunération des astreintes dans le secteur public sur le secteur privé ;
- Un nouveau système de rémunération du personnel non médical la nuit, avec une majoration du travail de nuit de 25% de plus que le travail de jour ;
- Une rémunération des dimanches et des jours fériés travaillés majorée de l'ordre de 20 %.

Le PLFSS pour 2024 prévoit le financement de ce plan d'attractivité pour un montant de près de 1,1 Md€ en année pleine, soit 0,5 Md€ de plus qu'en 2023.

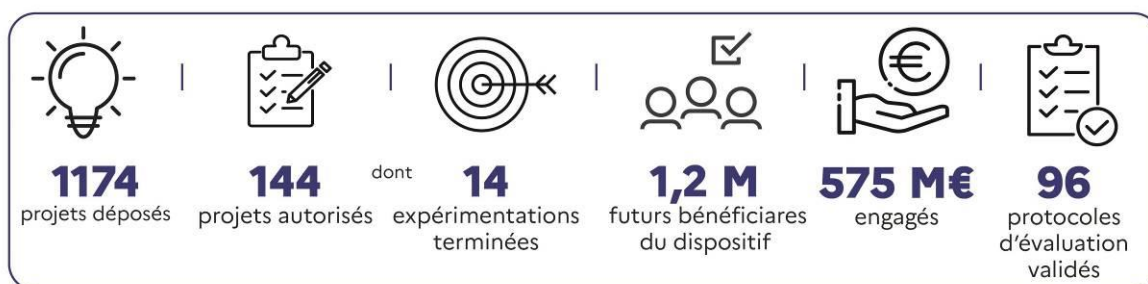
S'engager dans la rénovation et le renforcement de la filière palliative

Annoncé par le Président de la République le 3 avril 2023, le plan décennal « soins palliatifs – prise en charge de la douleur, accompagnement de la fin de vie » constituera un élément marquant de l'année 2024. L'instruction du 21 juin 2023, relative à la poursuite de la structuration des filières territoriales de soins palliatifs, constitue un outil majeur de ce plan. Visant à poursuivre la structuration des filières territoriales de soins palliatifs, elle précise les missions respectives des équipes spécialisées de soins palliatifs et la prise en charge à domicile des personnes malades et des personnes en fin de vie. Cette instruction s'accompagne d'un renfort pérenne des moyens et des crédits supplémentaires dédiés.

Ce PLFSS traduit cette ambition, et, dès fin 2024, des premières avancées majeures seront constatées en faveur du renforcement de la filière palliative : déploiement des filières avec mise en place de l'hospitalisation de jour en soins palliatifs ; couverture de tous les départements par une unité de soins palliatifs ; création de la première unité de soins palliatifs pédiatriques.

Diffuser les prises en charge innovantes en facilitant l'inscription dans le droit commun des expérimentations organisationnelles qui ont fait leur preuve

Depuis 2018, plus de 140 innovations organisationnelles ont été accompagnées, testées sur le terrain et financées dans le cadre du dispositif « article 51 », qui permet de déroger aux règles habituelles de financement pour favoriser les coopérations et le travail d'équipe. Des solutions innovantes construites par les acteurs de terrain, pour répondre aux besoins du terrain, ont ainsi pu être expérimentées.



L'inscription dans le droit commun de ces expérimentations se prépare donc dès à présent, alors que l'évaluation de ces projets est en cours (pour les 30 projets qui se terminent en 2023 et les 40 qui se termineront en 2024). L'objectif est de mettre à disposition de chacun – professionnels et patients/bénéficiaires – sur l'ensemble du territoire, les outils développés et testés localement, puis évalués positivement. C'est ce qui a notamment conduit à prendre deux mesures dans ce PLFSS : la délivrance d'antibiotiques par les pharmaciens sans prescription médicale préalable, après réalisation d'un test rapide d'orientation diagnostique (article 25), qui s'inspire de l'expérimentation PharmaOsys, et la participation des chirurgiens-dentistes à la régulation de la permanence des soins dentaires (article 24), qui fait suite à l'expérimentation « Urgences dentaires » dans plusieurs régions.

Chaque expérimentation vise à améliorer concrètement la qualité des prises en charge des patients, particulièrement pour certaines pathologies. C'est le cas par exemple pour l'obésité, certains cancers, certaines maladies chroniques, ou encore la prise en charge de la santé mentale. L'objectif est de faire bénéficier les patients d'une prise en charge coordonnée entre professionnels et de meilleure qualité. Autre avancée, les malades pourront intégrer des programmes de prévention désormais remboursés, notamment au travers de l'activité physique adaptée (APA). Cette mesure était attendue et sa concrétisation en cette année olympique permettra de mettre en avant les liens entre sport et santé. Pour les professionnels, les projets mis en œuvre visent à améliorer leurs conditions d'exercice, en facilitant le travail en équipe ou en réseau, et en retrouvant du temps auprès de leurs patients.

L'article 22 du PLFSS propose ainsi de créer un cadre permettant la mise en place de ces parcours coordonnés renforcés.

Diffuser les innovations dans le système de santé, au bénéfice des patients

Plus de la moitié des expérimentations de l'article 51 qui sont en cours visent à développer une approche globale du patient sur des situations de santé complexes.

C'est souvent la mise en place d'un financement collectif, pour l'ensemble des professionnels qui interviennent autour de la situation du patient, qui permet une prise en charge plus coordonnée et plus proche des besoins des patients. Ce « parcours coordonné renforcé » autour du patient doit pouvoir se déployer entre la ville, l'hôpital et le secteur médico-social, en mobilisant une équipe de plusieurs acteurs issus de différents secteurs (libéral, hôpital, médico-social ou social), ainsi que de nouveaux acteurs (enseignant en activité physique adaptée, coordinateur de parcours, etc.).

Les parcours coordonnés renforcés présentent en effet un impact positif pour le système de santé.

Pour les patients, l'amélioration principale réside dans la diminution des errances thérapeutiques – le parcours est coordonné du début à la fin – ainsi que l'accès à des actions de prévention, notamment l'activité physique adaptée, permettant de réduire l'aggravation dans la maladie.

Le fonctionnement en équipe permet de rassembler tous les acteurs nécessaires à une prise en charge pluri-professionnelle.

Les parcours coordonnés renforcés placent le patient au cœur de sa prise en charge en fédérant une équipe de professionnels autour de son parcours de santé.

Ils seront déployés sur la base du volontariat, et en fonction des leviers que les professionnels de santé souhaiteront déployer à l'échelle de leur territoire. Plusieurs parcours coordonnés devraient ainsi voir le jour rapidement grâce à cette mesure :

- un parcours autour de la prise en charge médicale de l'obésité, pour les patients en échec thérapeutique en premier recours pourrait être généralisé. Dans le cadre de ce parcours, l'accès au spécialiste ainsi qu'à des actions de prévention autour de l'activité physique adaptée, de l'accompagnement thérapeutique et diététique apporte de réels bénéfices aux patients, ce qui permet d'éviter une aggravation ;

- des parcours de rééducation – rééducation cardiaque en soins de ville, rééducation respiratoire à domicile – offrant une alternative de proximité aux hospitalisations de longue durée en soins médicaux et de réadaptation. Là encore, l'accès à des parcours personnalisés et la forte mobilisation de l'activité physique adaptée apportent de très bons résultats en matière de récupération fonctionnelle, et évitent des rechutes et des ré-hospitalisations.

Améliorer le fonctionnement de la permanence des soins dentaires pour répondre aux besoins de soins urgents de la population

Actuellement, une permanence des soins dentaires assurée par les chirurgiens-dentistes est organisée dans chaque département les dimanches et jours fériés. Les chirurgiens-dentistes y participent dans le cadre de leur obligation déontologique. Toutefois l'accès à cette permanence des soins dentaires ne fait pas l'objet d'une régulation préalable par un chirurgien-dentiste. Le cabinet dentaire de garde reçoit donc des patients qui ne nécessitent pas toujours des soins dentaires en urgence, mais auraient pu simplement recevoir un conseil ou se voir prescrire un antalgique dans l'attente d'un rendez-vous avec leur dentiste habituel.

L'article 24 du PLFSS généralise une organisation adoptée durant la crise sanitaire du Covid-19, et déjà déployée sous forme expérimentale dans 10 régions et 26 départements. Il s'agit de permettre aux chirurgiens-dentistes d'assurer la régulation de la permanence des soins dentaires dans les centres de réception et de régulation des appels des SAMU-Centre 15. Cela permettra d'améliorer l'efficacité de l'organisation de la permanence des soins dentaires, de renforcer les équipes des SAMU-Centre 15 et d'apporter aux appelants une réponse toujours plus adaptée à leurs besoins. La mesure permettra également d'améliorer la pertinence du recours aux soins aux horaires de permanence mais aussi de diminuer le temps d'attente pour la prise en charge si elle est nécessaire, et ainsi de désengorger la régulation médicale du SAMU-Centre 15 des appels relevant de l'odontologie.

Faciliter les soins en élargissant les champs de coopération et les compétences des pharmaciens

Aujourd'hui, 3 millions de consultations médicales par an concernent des cystites simples, et 6 millions des angines. Or le diagnostic de ces pathologies peut se faire via un test rapide d'orientation diagnostique, permettant une prise en charge rapide et un traitement adapté.

Ainsi, l'article 25 du PLFSS autorise les pharmaciens d'officine à dispenser sans ordonnance certains médicaments à prescription médicale obligatoire, dont les antibiotiques, après réalisation d'un test rapide d'orientation diagnostique pour les cystites simples et les angines.

L'élargissement des compétences des pharmaciens d'officine, déjà engagé dans le précédent PLFSS avec la possibilité de prescrire des vaccins sur le fondement des recommandations de la Haute Autorité de santé, facilite une prise en charge rapide, offre une solution thérapeutique protocolisée dans les territoires où l'accès au médecin est plus difficile et libère du temps médical associé à ces consultations. En outre, la réalisation de ces tests par les pharmaciens en officine contribuera au bon usage des antibiotiques dans un objectif de lutte contre l'antibiorésistance, ainsi qu'à la diminution de certains examens de biologie (examen cytot bactériologique des urines) non nécessaires. Cette mesure s'inscrit dans le prolongement de l'expérimentation dite de l'article 51 « PharmaOsys » et des protocoles de coopération nationaux pour les soins non programmés, et confirme le rôle du pharmacien comme acteur de santé de premier recours.

Mieux articuler la C2S avec certains minimas sociaux

La complémentaire santé solidaire (C2S), mise en place le 1^{er} novembre 2019, offre aux assurés disposant de revenus modestes une protection élargie, qui garantit la prise en charge d'un panier de soins étendu, sans avance de frais et sans dépassements d'honoraires.

Cette complémentaire peut être accessible soit gratuitement, soit en contrepartie d'une participation inférieure ou égale à un euro par jour, selon les ressources du foyer. Néanmoins, de nombreux bénéficiaires de minima sociaux, pourtant majoritairement éligibles à la C2S, ne recourent pas à ce dispositif, alors même qu'ils sont plus nombreux à ne pas souscrire une couverture complémentaire et qu'ils présentent des problèmes de santé plus importants que le reste de la population.



Afin d'améliorer l'accès aux soins de ces publics, la LFSS pour 2022 a simplifié l'attribution de la C2S aux allocataires du revenu de solidarité active, qui se voient désormais attribuer automatiquement la C2S gratuite, et à ceux du minimum vieillesse, qui sont présumés éligibles à la C2S avec participation financière et peuvent en bénéficier sans déclarer leurs ressources.

D'autres publics bénéficiaires de minima sociaux, en majorité éligibles à la C2S, restent néanmoins encore insuffisamment couverts par une complémentaire santé. Par conséquent, l'article 21 du PLFSS propose **d'étendre l'attribution simplifiée de la C2S à la plupart des allocataires de l'allocation aux adultes handicapés (AAH), de l'allocation supplémentaire d'invalidité (ASI), de l'allocation de solidarité spécifique (ASS), et de l'allocation du contrat d'engagement jeune (ACEJ)**. Sous réserve de remplir certains critères, ces assurés bénéficieront dorénavant d'une présomption de droits à la C2S avec participation financière. Une fois le minima social attribué, les caisses d'assurance maladie obligatoire leur transmettront un courrier leur proposant le bénéfice de la C2S payante, sans qu'ils aient à déclarer leurs ressources, et sous réserve qu'ils retournent les documents nécessaires au paiement des participations.

Cette **simplification de leurs démarches d'accès à la C2S contribuera à accroître leur recours au dispositif, et améliorera leur accès aux soins**. Cette mesure sera mise en place par étapes : en 2024 pour les allocataires de l'ASI, en 2025 pour l'AAH, et en 2026 pour l'ASS et l'ACEJ.

Garantir l'accès des Français aux médicaments du quotidien et aux produits de santé innovants

Lutter contre les tensions d'approvisionnement

Ainsi que l'ont relevé le Sénat¹ et la mission confiée par la Première ministre à plusieurs personnalités qualifiées sur la régulation des produits de santé, le nombre de signalements de ruptures de stocks de médicaments et de risques de rupture a augmenté ces dernières années. Selon la commission d'enquête sénatoriale, 37 % des Français ont déclaré avoir été confrontés à des pénuries de médicaments en 2023. Ce phénomène a des causes multiples, dont l'augmentation de la demande mondiale et les tensions sur les chaînes de valeur industrielles depuis la crise sanitaire et la guerre en Ukraine. Ce phénomène touche encore plus les médicaments dits matures, c'est-à-dire commercialisés déjà depuis plusieurs années.

Ce projet de loi de financement de la sécurité sociale contient ainsi plusieurs mesures visant à lutter contre les tensions de médicaments pour assurer l'accès de nos concitoyens à des soins de qualité en fonction de leurs besoins.

Soutenir le maintien sur le marché des produits matures

En matière de pénuries et de tensions d'approvisionnement en médicaments, l'une des causes identifiées est l'abandon par les entreprises pharmaceutiques de l'exploitation des produits matures au profit de nouveaux produits bénéficiant de prix élevés et d'une rentabilité importante. Depuis 2018, 400 arrêts de commercialisation par an ont été comptabilisés. Or, les titulaires des autorisations de mises sur le marché (AMM) et les entreprises pharmaceutiques exploitant des médicaments ont des obligations d'approvisionner le marché national, mais restent libres d'arrêter la commercialisation de leurs produits.

Afin d'inciter la reprise de droit de production, l'article 36 du PLFSS incite les entreprises détentrices ou exploitantes d'AMM arrêtant la commercialisation de médicaments matures à mettre en œuvre tous les moyens à leur disposition pour trouver un repreneur, sous peine de pénalité financière. Cette mesure s'inspire de la loi dite « Florange » qui renforce l'obligation de moyens d'une entreprise cessant son activité pour trouver un repreneur.

Renforcer les leviers d'épargne des médicaments en cas de ruptures d'approvisionnement

Afin de lutter contre les pénuries, il est proposé, en cas de rupture d'approvisionnement, de renforcer et de généraliser certains leviers visant à limiter l'utilisation des médicaments quand elle n'est pas indispensable. Il s'agit ainsi, dans ces situations, de systématiser pour les antibiotiques le recours à des ordonnances conditionnant la délivrance de médicaments à la réalisation d'un test rapide d'orientation diagnostique (TROD), de généraliser la délivrance à l'unité par les pharmaciens d'officines des médicaments concernés par une rupture d'approvisionnement, ou encore d'interdire la prescription en téléconsultation de certains médicaments, en priorité les antibiotiques. Ces

¹ Pénurie de médicaments : trouver d'urgence le bon remède, rapport n°828, commission d'enquête sénatoriale, juillet 2023.

mesures contribuent aussi au bon usage du médicament et à la régulation de la consommation lorsqu'elle n'est pas nécessaire à l'amélioration de l'état de santé.

Utiliser des préparations hospitalières et officinales spéciales dans le cadre du plan blanc

L'hiver 2022-2023 a mis en lumière l'importance de la lutte contre les pénuries de médicaments disponibles en pharmacie de ville et les limites du dispositif de préparations hospitalières spéciales qui n'est pas adapté à une distribution en officine.

Depuis la crise sanitaire de la Covid-19, il existe une possibilité pour les établissements de santé de produire certains médicaments utilisés à l'hôpital en situation de pénurie. L'article 32 du PLFSS étend cette autorisation, initialement limitée à la médecine d'urgence, aux situations de fin de commercialisation et/ou de ruptures d'approvisionnement.

Ainsi, le Gouvernement propose d'étendre l'autorisation de production de certains médicaments aux pharmacies d'officine en créant le cadre de « préparations officinales spéciales » qui permettra de garantir aussi la qualité de la matière première utilisée pour ces préparations, et de permettre si besoin, dans des cas définis par le ministre de la Santé et de la Prévention, de distribuer en officine des préparations hospitalières spéciales.

Ce cadre élargi de réponses alternatives en cas de ruptures majeures fera l'objet d'une coordination par l'établissement pharmaceutique de l'AP-HP, qui était déjà identifié pour le dispositif de préparations hospitalières spéciales dans la LFSS pour l'année 2022.



Soutenir l'innovation dans le secteur des produits de santé

Faciliter l'inscription d'un acte en lien avec des dispositifs médicaux

Conformément aux engagements du précédent Conseil stratégique des industries de santé, l'article 35 du PLFSS prévoit que les entreprises exploitant des dispositifs médicaux à usage collectif ou des dispositifs médicaux de diagnostic in vitro pourront désormais faire elles-mêmes directement une demande d'évaluation auprès de la Haute Autorité de Santé (HAS) pour permettre de créer un acte en lien avec le dispositif médical.

L'enjeu est d'améliorer la pertinence des traitements et de faciliter la diffusion de ces technologies utilisées par des professionnels de santé. Ainsi, les professionnels de santé en ville comme en établissement de santé pourront s'appuyer plus largement sur des traitements diagnostiques et thérapeutiques.

A long terme, cette mesure permettra une meilleure gestion des ressources médicales et techniques, et améliorera la prise en charge des patients tout en simplifiant leur parcours et en évitant notamment l'errance diagnostique. En termes, enfin, de résultats cliniques, la prise en charge aura un impact fort sur la

précocité du diagnostic, sur l'efficacité du traitement, sur le pronostic des patients et sur leur consommation de médicaments.

Améliorer les dispositifs d'accès dérogatoires aux médicaments

Le dispositif d'accès précoce et d'accès compassionnel, rénové par la LFSS 2021, permet aux patients français d'accéder plus rapidement à des traitements présumés innovants. Cette réforme importante a conforté la possibilité pour les patients atteints de maladie grave, rare ou invalidante en situation d'impasse thérapeutique de bénéficier d'un accès simple et rapide à des traitements présumés innovants ou non autorisés en France. Ce dispositif a connu un fort succès avec plus de 100 000 patients ayant pu bénéficier d'un tel traitement durant l'année 2022.

Afin d'accompagner la croissance et le développement de ce dispositif, des ajustements du cadre existant sont prévus pour faire encore progresser l'accès des patients à ces traitements innovants dans le respect des impératifs de sécurité sanitaire et de soutenabilité financière. L'article 35 du PLFSS prévoit ainsi une prise en charge financière en sus des tarifs hospitaliers, de manière dérogatoire et temporaire pour certains médicaments en fin de prise en charge au titre de l'accès précoce, afin de maintenir l'accès des patients aux traitements innovants. En contrepartie, il est demandé aux entreprises d'assurer l'approvisionnement du marché français pour leur spécialité en accès précoce ou dérogatoire. La mesure permet aussi d'assouplir les conditions d'octroi d'un accès compassionnel par l'Agence nationale de la sécurité et du médicament (ANSM). Enfin, elle complète les critères d'octroi d'une autorisation d'accès précoce par la HAS pour les vaccins, en ajoutant l'existence d'une recommandation relative au schéma vaccinal.

Vers un nouveau pacte pour le financement et l'accès aux produits de santé

Les médicaments et les dispositifs médicaux font partie intégrante de la prise en charge des patients. Ils sont un facteur déterminant du progrès médical de ces dernières années et sont par ailleurs une source de croissance des dépenses de santé très dynamique. Leurs modalités de financement ont des implications directes sur l'accès des patients aux médicaments innovants mais aussi aux médicaments du quotidien. Conscient de ces enjeux, le Gouvernement a confié une mission à six personnalités qualifiées afin d'« identifier les voies d'évolution possibles du système de financement et de régulation des produits de santé ». Leur rapport a été remis au Gouvernement en juillet 2023. Il invite à la fois à faciliter l'accès à l'innovation lorsqu'elle améliore la qualité du service médical rendu aux patients et à réguler plus énergiquement les volumes de consommation de médicaments et dispositifs médicaux, pour les ajuster aux bonnes pratiques médicales en l'état des connaissances scientifiques.

Ce projet de loi permet des efforts financiers importants en faveur des produits de santé pour assurer l'approvisionnement du marché français, et permettre la prise en charge médicale la plus adaptée aux différentes pathologies. Aussi, la croissance prévisionnelle des dépenses de médicaments et de dispositifs médicaux devrait être de près de 4,6 % en 2024 (dont 4,9 % pour les médicaments

et 4,0 % pour les dispositifs médicaux), contre + 3,3 % en 2023 (dont 2,7 % pour les médicaments). Ce niveau est largement supérieur aux engagements pris par le Gouvernement au moment de la conférence stratégique des industries de santé (CSIS).

Le Gouvernement s'est par ailleurs engagé à stabiliser la contribution du secteur des produits de santé aux économies. Le montant de la « clause de sauvegarde » pour les médicaments est ainsi maintenu constant à 1,6 Md€ en 2023 et en 2024. La contribution des spécialités génériques, par ailleurs vecteur d'économies, sera aménagée pour tenir compte de la spécificité inhérente à ce secteur. En outre, conformément aux recommandations de la mission, le mode de calcul de la clause sera simplifié et harmonisé.

En contrepartie de ces efforts, il sera demandé aux entreprises des efforts de baisse de prix de 1 Md€ dont 850 M€ sur les médicaments mais également de participer de façon très active à la maîtrise des volumes de médicaments prescrits dans notre pays.

A cet égard, un plan ambitieux sur la maîtrise des volumes des produits de santé et leur bon usage est lancé dans le but de mieux maîtriser les volumes et de veiller à la pertinence des prescriptions. Une mobilisation de tous (professionnels de santé, industriels et assurance maladie) sera indispensable pour réussir ce plan, et ainsi garantir un financement soutenable des produits de santé. Plusieurs leviers seront actionnés auprès des prescripteurs, en ville comme à l'hôpital, pour assurer la juste prescription des produits de santé, et accélérer le déploiement et l'usage des outils numériques d'accompagnement à la prescription.

Lutter contre la fraude sociale

La fraude sociale représente une atteinte à l'équité et à la justice sociale, en faisant peser les cotisations non recouvrées et les prestations indument versées sur le système de sécurité sociale. Elle obère ainsi le financement des prestations et services essentiels (des retraites aux hôpitaux) et contribue à mettre en péril notre système social.

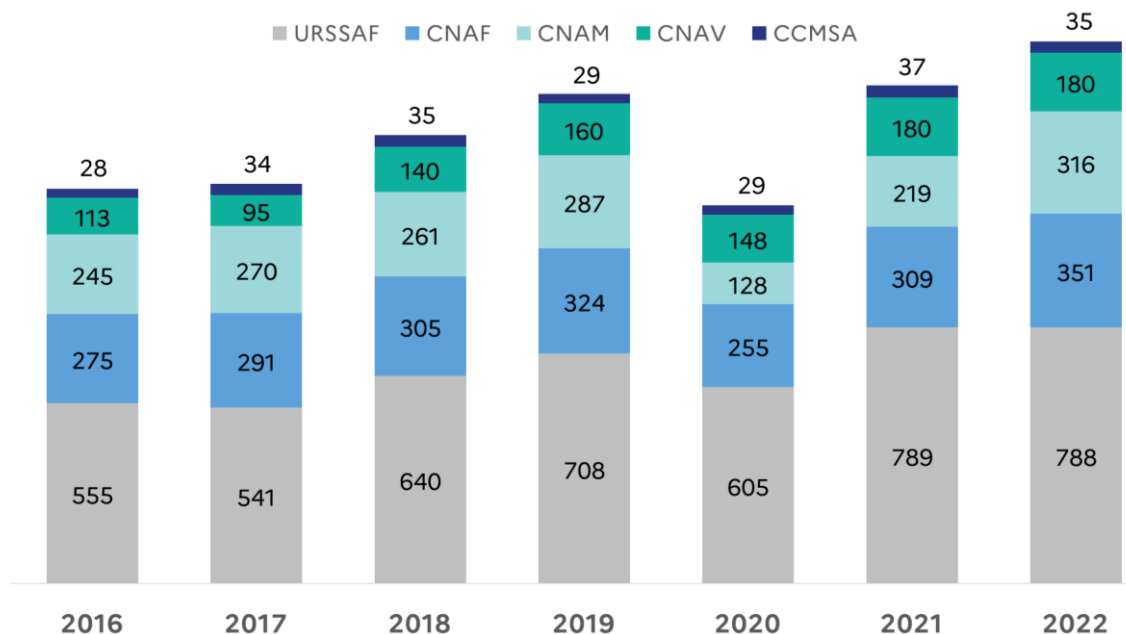
Un plan ambitieux de lutte contre la fraude sociale

C'est pourquoi la lutte contre les fraudes sociales constitue cette année encore un axe fort de la politique du gouvernement, défini dans le plan de lutte contre la fraude sociale. Ce dernier a été annoncé par le ministre délégué chargé des Comptes publics le 30 mai dernier, en tant que second volet de la feuille de route « Lutte contre toutes les fraudes aux finances publiques ». Il renforce encore les ambitions du plan ministériel de 2021.

Des résultats déjà importants

L'engagement des pouvoirs publics dans la lutte contre la fraude sociale se traduit par de bons résultats atteints en 2022.

Graphique : Montant de la fraude sociale détectée en millions d'euros



Le plan de lutte contre la fraude sociale annoncé le 30 mai dernier fixe une trajectoire de forte amélioration des montants redressés (pour les cotisations) et des préjudices financiers détectés et évités (pour les prestations sociales).

En matière de cotisations et contributions sociales, l'objectif fixé est de doubler les montants redressés entre 2022 (0,8 Md€) et 2027 (1,5 Md€), portant ainsi à 5 Md€ le total sur la période du quinquennat. L'atteinte de cet objectif nécessitera notamment le doublement des contrôles des entreprises d'ici 2027, en particulier en cas de recours aux travailleurs détachés.

S'agissant des prestations sociales, l'objectif est fixé à 3 Md€ de préjudices détectés et évités par les CAF et caisses de retraite. Concernant les dépenses de santé, l'objectif est d'atteindre, à partir de 2024, 0,5 Md€ de préjudices financiers détectés et évités.

Ces objectifs seront atteints grâce à un renforcement significatif des moyens consacrés à la lutte contre la fraude. Les conventions d'objectifs et de gestion signées entre l'Etat et la caisse centrale de la MSA l'an dernier et avec les caisses nationales du régime général cette année font toutes de la lutte contre la fraude un axe fort et prévoient un renforcement substantiel des effectifs et des moyens informatiques qui y sont consacrés.

De nouveaux outils pour lutter contre la fraude sociale

Renforcer les obligations des plateformes numériques pour garantir le paiement des cotisations dues par ses utilisateurs

Les travaux récents du Haut Conseil pour le financement de la protection sociale (HCFiPS) ont mis en lumière qu'une part importante de l'activité réalisée via les plateformes numériques, le plus souvent sous le régime de la microentreprise, était sous-déclarée. Cette sous-déclaration représente non seulement un manque à gagner pour la sécurité sociale, mais elle empêche également l'ouverture de droits sociaux (droits à la retraite, indemnités journalières en cas de maladie) pour les utilisateurs concernés.

Pour lutter contre ce phénomène, plusieurs mesures ont été annoncées dans le cadre du plan de lutte contre la fraude. Un guichet de régularisation des cotisations des micro-entrepreneurs sera mis en œuvre courant 2024. Il permettra à ces cotisants de régulariser sans pénalités leurs cotisations non acquittées. En outre, l'article 6 du PLFSS 2024 améliore le circuit de paiement des cotisations des travailleurs de plateformes.

- D'une part, les URSSAF seront désormais destinataires du flux instauré par l'obligation de déclaration de l'ensemble des chiffres d'affaires réalisés via les plateformes numériques à l'administration fiscale, qui les leur transmettra après enrichissement. Elles pourront ainsi identifier de façon automatique les situations de sous-déclaration.
- D'autre part, à compter de 2027, les plateformes numériques prélèveront les cotisations sociales et contributions dues par les micro-entrepreneurs auprès des URSSAF au titre du chiffre réalisé par l'intermédiaire de la plateforme. Afin de préparer au mieux la mise en place généralisée de ce prélèvement, une phase pilote sera organisée en 2026, au cours de laquelle le nouveau dispositif sera déployé par étapes et auprès d'un nombre limité d'opérateurs.

En cas de fraude, annuler la participation de l'assurance maladie à la prise en charge des cotisations des praticiens et auxiliaires médicaux

Un des axes de la feuille de route est la lutte contre les pratiques frauduleuses de certains professionnels de santé qui reçoivent des financements, en application des conventions qui les lient à l'assurance maladie, au titre de la prise en charge d'une partie importante de leurs cotisations sociales. Cette dernière représente un complément de revenu indirect pour les intéressés, pour un coût total pour l'assurance maladie de 2,3 Md€ en 2022.

L'article 7 du PLFSS permet aux organismes d'assurance maladie de réclamer à un professionnel libéral coupable de fraude le remboursement, en plus des sommes qui lui ont été versées par la caisse, des cotisations sociales qu'elle a payées directement à l'URSSAF pour son compte. Ce remboursement sera dû par le professionnel de santé dans les situations dans lesquelles la caisse aura prononcé à son encontre une sanction administrative (pénalité pour fraude), ou lorsqu'il aura été condamné au pénal (pour une escroquerie à l'assurance maladie par exemple).

En complément du PLFSS : harmoniser l'appréciation de la condition de résidence, améliorer les échanges de données entre administrations et la lutte contre la prise en charge induite des frais de santé

Actuellement, les prestations sociales sont soumises à des conditions de résidence dont la durée diffère. Par exemple, parmi les prestations versées par les Caisses d'allocations familiales (CAF) et les caisses de retraite, trois durées différentes sont applicables, ce qui complexifie les contrôles.

Aussi, un mouvement d'harmonisation des conditions de résidence a été engagé, par exemple via la publication d'un décret en août 2023 pour l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA). Dans la continuité, un décret sera prochainement adopté pour harmoniser à 9 mois la condition de résidence des prestations familiales sur celle des autres prestations versées par les CAF, dont le RSA. Ces mesures permettront de faciliter les contrôles et d'en mutualiser les résultats entre les différentes prestations.

Les travaux se poursuivent également pour faciliter les échanges de données, dans le respect du RGPD, entre les administrations. A titre d'exemple, les organismes de sécurité sociale pourront accéder à une base de données sur les RIB frauduleux ou, s'agissant plus spécifiquement de l'assurance maladie, échanger des données avec les organismes complémentaires. Ces mesures nécessitent des travaux techniques et juridiques, qui devront aboutir dans les prochains mois.

Enfin, concernant les frais de santé, les assurés bénéficieront à partir du début de l'année 2024 de la possibilité de signaler les frais de santé pris en charge à tort pour leur compte. Dans un deuxième temps, ils recevront des notifications, par mail ou SMS, des frais de santé remboursés, pour faciliter la détection et le signalement des erreurs ou fraudes.

La poursuite des politiques de soutien à l'autonomie



Les nouvelles mesures prévues en 2024 dans le champ de l'autonomie s'inscrivent dans une trajectoire de hausse sans précédent des moyens alloués par la sécurité sociale au soutien à l'autonomie, pour renforcer l'attractivité des métiers, pour adapter l'offre médico-sociale aux besoins démographiques croissants et enfin pour améliorer la qualité des accompagnements.

Adapter l'offre aux évolutions démographiques

Le PLFSS 2024 prévoit des moyens supplémentaires pour la création de nouvelles places de services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) ainsi que pour le financement en EHPAD de personnes âgées à la perte d'autonomie accrue. Ces mesures constituent une nouvelle étape dans la trajectoire de développement de l'offre prévue à horizon 2030 pour accompagner la hausse de la population âgée en perte d'autonomie.

D'après les projections de la DREES en effet, le nombre de personnes bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) devrait passer de 1,4 à 1,6 million entre 2021 et 2030, soit une hausse de 213 000 personnes (+15 %).

Afin de tenir compte de la préférence des Français pour le maintien à domicile, le choix a été fait au moment de la LFSS pour 2022 d'un objectif de « virage domiciliaire » ambitieux en dix ans, visant à faire passer le « taux d'institutionnalisation » (en EHPAD) parmi les personnes en perte d'autonomie de 41 à 37 % entre 2021 et 2030. En cohérence avec cette ambition, il est prévu d'ici 2030 la création de 25 000 places de SSIAD de plus. Ces dernières devraient permettre l'accompagnement de

CHIFFRE CLÉ



+ 213 000

bénéficiaires de l'APA d'ici 2030

près de 180 000 personnes âgées (avec un ratio de l'ordre de sept personnes âgées par place de SSIAD).

Afin de consolider cette offre, plusieurs réformes de financement ont par ailleurs été décidées. S'agissant des services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) financés par les départements (au titre non seulement de l'APA pour les personnes âgées mais également de la PCH pour les personnes handicapées), un tarif plancher national a été instauré en 2022 (à 22 €) pour assurer leur viabilité économique partout sur le territoire. Il a été relevé en 2023 à 23 € et est désormais indexé sur l'inflation. Les surcoûts induits par ce tarif pour les départements en 2022 puis en 2023 ont été intégralement compensés par la branche autonomie.

S'agissant des SSIAD financés directement par la sécurité sociale, de nouvelles modalités de tarification ont été élaborées et sont amenées à remplacer progressivement les anciennes règles d'ici 2027. Les différences de besoin des personnes âgées seront désormais prises en compte, à la différence de la dotation forfaitaire par place qui existait jusqu'alors et n'incitait pas à prendre en charge les personnes âgées isolées ou atteintes de pathologies lourdes.

En outre, un plan d'aide à l'investissement de 2,1 Md€ en cumul entre 2021 et 2025 (« Ségur investissement », dont 1,5 Md€ pour les EHPAD et les résidences autonomie et 0,6 Md€ pour le numérique dans l'ensemble des ESMS) a été alloué à la transformation de l'offre, afin d'améliorer le cadre de vie des résidents et de renforcer la contribution des systèmes d'information à la qualité des accompagnements.

Décliner les engagements de la conférence nationale du handicap

La dernière conférence nationale du handicap (CNH), qui s'est tenue le 26 avril 2023, a défini les orientations pour les années à venir. L'offre d'accompagnement médico-sociale souffre d'un sous-équipement généralisé. Dans l'ensemble des territoires, des tensions mettent en difficultés les personnes en situation de handicap et leurs aidants, pouvant entraîner des ruptures de parcours. Il est estimé un besoin de création d'environ 50 000 solutions, soit des moyens évalués à 1,5 Md€ d'ici à 2030.

Le plan de développement de l'offre prévu par la CNH vise non seulement à renforcer l'offre sur les territoires en tension mais également à répondre aux besoins des adultes et enfants qui ne disposent pas aujourd'hui d'un accompagnement satisfaisant.

Pour les enfants, il vise à déployer une offre complémentaire de services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD), à améliorer le parcours des enfants via le renforcement des plateformes de coordination et d'orientation (PCO) et la création d'un service public de repérage précoce pour les enfants de moins de 6 ans qui s'appuie principalement sur les centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP). Dans certains territoires, des solutions seront créées pour prévenir les départs non souhaités en Belgique.

Une offre pour permettre aux jeunes adultes maintenus dans des structures pour enfants (environ 10 000 personnes au titre de l'amendement Creton) sera créée pour donner accès à un accompagnement plus adapté.

Enfin, en matière d'inclusion, des dispositifs seront déployés pour fluidifier les parcours d'élèves en situation de handicap en leur permettant un appui du médico-social directement sur le lieu de scolarisation évitant ainsi tout décrochage.

Créer un service de repérage, de diagnostic et d'accompagnement précoce pour toutes les situations de handicap

Le diagnostic tardif des troubles du développement est source de sur-handicap, de perte de chance pour l'enfant et d'errance des familles. Il se traduit par une perte d'autonomie impliquant à terme plus de soins et d'accompagnement tout au long de la vie de l'enfant.

La précédente stratégie nationale relative à l'autisme et aux troubles du neuro-développement a déjà permis de créer les plateformes de coordination et d'orientation (PCO) pour accompagner précocement les troubles du neuro-développement. Le Président de la République a annoncé, lors de la conférence nationale du handicap (CNH) du 26 avril 2023, la création d'un véritable service public pour assurer un diagnostic précoce et garantir des parcours de prise en charge pour tous les enfants jusqu'à 6 ans quel que soit leur handicap.

Ce service sera créé dans le cadre du PLFSS pour 2024. Il aura pour mission d'accompagner les familles ayant des enfants concernés par exemple par des troubles du neuro-développement, une paralysie cérébrale, un polyhandicap ou un handicap sensoriel. Il permettra de rapprocher des structures existantes qui interviennent déjà dans le repérage et l'accompagnement des enfants pour rendre cohérente une offre aujourd'hui morcelée. Il garantira ainsi une prise en charge plus rapide par les différents professionnels, y compris les professionnels de santé non conventionnés, et mieux adaptée aux besoins des parents et de leurs enfants.

Cette mesure concernera près de 200 000 enfants chaque année, elle est financée à hauteur de 170 M€ sur 4 ans.

Ouvrir la voie au transfert de financement des EHPAD vers la branche autonomie

Le rapport de la députée Christine Pirès-Beaune, remis au gouvernement à l'été 2023, rappelle la nécessité de soutenir financièrement les EHPAD. Le modèle actuel repose sur un financement par les agences régionales de santé des charges liées aux soins, par les conseils départementaux des charges liées à la dépendance, et par les résidents et leurs familles des charges liées à l'hébergement, à travers donc trois sections tarifaires distinctes. Ce cadre de financement ne permet pas de soutenir efficacement les établissements et est source de complexité à la fois pour les usagers et les établissements et limite la

réponse apportée aux enjeux d'équité de l'accompagnement entre les territoires et de diminution du reste à charge pour les résidents et leurs familles.

Le Gouvernement, à travers ce projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2024, souhaite faire évoluer ce mode de financement en proposant à partir de 2025, aux conseils départementaux volontaires, de rapprocher les dépenses liées à la prise en charge de la dépendance de celles afférentes aux soins en les regroupant dans une section unique relevant d'un financement exclusif par la 5^{ème} branche de la sécurité sociale. Ce cadre de financement rénové et simplifié sera alors piloté par l'agence régionale de santé et permettra de réduire les écarts de financement sur les territoires. Cette nouvelle tarification permettra en outre de financer des actions de prévention en EHPAD par la branche autonomie.

Cette mesure s'accompagnera dans les prochaines lois financières d'un transfert de recettes entre les conseils départementaux concernés et la CNSA.

Renforcer la qualité des accompagnements

Un autre volet, tout aussi majeur, du renforcement des politiques de soutien à l'autonomie concerne la qualité des accompagnements.

Promesse phare de l'élection présidentielle de 2022, les effectifs de personnels dans les EHPAD sont amenés à augmenter de 50 000 ETP d'ici 2030. Environ 6 000 professionnels supplémentaires pourront ainsi être recrutés en 2024 grâce aux moyens en hausse par rapport à l'année précédente. Les effectifs supplémentaires prévus devraient permettre de faire passer à terme le taux d'encadrement de 65 à 72 personnels pour 100 résidents. Il en résultera un temps accru en proximité des résidents, ainsi que de meilleures conditions de travail.

Quant au soutien à domicile, plusieurs mesures décidées depuis 2022 visent à renforcer la qualité des interventions :

- Depuis 2022, les SAAD qui réalisent certaines actions requérant des moyens accrus (interventions de nuit, dans des zones isolées, etc.) peuvent bénéficier, sous réserve de la conclusion d'un contrat d'objectifs et de moyens (CPOM) avec le département, d'une dotation complémentaire de 3 € par heure en moyenne intégralement financée par la branche autonomie ;
- Depuis 2022 également, les missions des EHPAD ont été élargies (« EHPAD centres de ressources ») afin qu'ils puissent apporter un appui au soutien à domicile (mise à disposition de ressources au profit des professionnels du domicile, intervention en appui des services à domicile, etc.). À terme, il est envisagé que 10 % des EHPAD puissent remplir ce nouveau rôle ;
- À partir de 2024, les personnes âgées bénéficiaires de l'APA pourront se voir proposer jusqu'à deux heures de soutien supplémentaire à domicile par des professionnels, consacrées exclusivement à l'accompagnement et au lien social, afin également de lutter contre l'isolement, mieux prévenir la perte d'autonomie et de repérer les fragilités. Ce temps supplémentaire, qui pourrait concerner près de 800 000 personnes, sera ainsi l'occasion de sanctuariser du temps pour des actions de prévention de la perte d'autonomie. Il pourra atteindre 9 heures par mois et sera si besoin mobilisable au-delà du plafond du plan d'aide. Positionné de

préférence sur les plages horaires 'creuses' des aides à domicile, ce temps social permettra aussi de les aider à avoir des temps pleins pour éviter les journées morcelées. C'est un instrument important d'attractivité et de fidélisation du métier d'aide à domicile. Afin d'accompagner la mise en œuvre de la mesure, un décret sera publié d'ici la fin de l'année et des outils méthodologiques proposés aux professionnels du secteur.

Revaloriser les salaires des professionnels pour favoriser l'attractivité des métiers

Le soutien aux revalorisations salariales atteint 3,6 Md€ en 2023 (dont 3,5 Md€ pour la branche autonomie), que l'on peut décomposer en quatre vagues :

- Le « Ségur de la santé » proprement dit (2020), pour l'ensemble des personnels des EHPAD (2,2 Md€ pour la branche autonomie) ;
- Les accords dits « Laforcade » (février et mai 2021), pour les personnels soignants des SSIAD et des ESMS pour les personnes handicapées (avec extension en LFSS 2022 aux ESMS financés par les départements) (0,6 Md€) ;
- L'avenant 43 à la convention collective de la branche de l'aide à domicile (BAD) (octobre 2021), pour les personnels relevant de la branche (secteur privé non lucratif), notamment en SAAD (0,3 Md€) ;
- La conférence des métiers (février 2022), pour les travailleurs sociaux des ESMS à titre principal (mais également le personnel médical en EHPAD et en ESMS pour personnes handicapées et les personnels des SAAD publics) (0,5 Md€).

Par ailleurs, les mêmes personnels ont bénéficié de la revalorisation de 3,5 % du point d'indice de juillet 2022, et bénéficient également des mesures de revalorisation annoncées le 12 juin dernier dans le champ de la fonction publique.

Dans le secteur privé non lucratif, l'objectif est de parvenir à la construction d'une convention collective unique dans le champ de la branche du secteur sanitaire, social et médico-social (BASS). A cette fin, 300 M€ seront engagés (150 M€ en 2023, puis 150 M€ supplémentaires en 2024) avec une demande aux partenaires sociaux de les utiliser d'abord à destination des bas salaires.

Un équilibre préservé de la branche autonomie à horizon 2027

L'évolution tendancielle des recettes de la branche autonomie devrait permettre de concilier à horizon 2027 le financement de l'ensemble des mesures nouvelles prévues avec le maintien à l'équilibre de la branche autonomie. Comme prévu par la loi du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie, la branche bénéficiera en effet en 2024 de l'apport d'une fraction supplémentaire de 0,15 point de CSG (soit environ 2,6 Md€) en provenance de la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES).

Ce surcroît de recettes, consommé à moitié dès 2024, devrait générer un excédent temporaire, amené à se réduire avec la montée en charge progressive des mesures nouvelles (l'objectif global de dépenses médico-sociales de l'ONDAM, qui représente environ les $\frac{3}{4}$ des dépenses de la branche autonomie, est prévu en progression de 3,9 % par an en moyenne entre 2024 et 2027 dans le projet de loi de programmation des finances publiques, soit un rythme de progression plus rapide que celui des recettes).

Tenir les engagements pris lors de la réforme des retraites

Conformément à l'engagement du Président de la République et du Gouvernement, la réforme des retraites est entrée en vigueur comme prévu au 1^{er} septembre dernier, permettant à la fois d'améliorer le financement de notre système de retraite par répartition, en travaillant plus longtemps, d'accroître la justice sociale avec la revalorisation des petites pensions, une meilleure prise en compte des carrières longues et difficiles et la prévention de l'usure au travail, et enfin de renforcer l'équité par la fermeture des principaux régimes spéciaux de retraite. L'ensemble des textes réglementaires nécessaires ont été publiés dans les délais permettant une mise en œuvre opérationnelle par les caisses de retraite et la concrétisation des nouveaux droits pour les assurés.

Le PLFSS pour 2024 traduit les engagements pris par le gouvernement et parachève ainsi la réforme des retraites :

- Par la suppression du transfert de recouvrement des cotisations par l'AGIRC-ARRCO vers les URSSAF, qui avait été censurée par le Conseil constitutionnel pour des raisons de forme.
- Par la simplification du schéma de financement des régimes spéciaux désormais fermés, permettant de pallier le tarissement progressif de cotisants et d'assurer la continuité du versement des pensions tout en améliorant la lisibilité des modalités de financement actuelles et futures. La mesure prévoit également le financement du compte professionnel de prévention (C2P) pour les nouvelles personnes embauchées dans les secteurs concernés par la fermeture des régimes via une contribution spécifique affectée à la branche AT-MP. Enfin, les conditions de maintien de l'affiliation aux régimes des IEG et de la CRPCEN sont précisées pour les personnes cessant temporairement d'exercer une activité salariée au sein de ces secteurs, conformément aux engagements pris par le Gouvernement.
- Par l'adaptation de la réforme à Mayotte et Saint Pierre-et-Miquelon afin de tenir compte des montées en charge spécifiques des conditions de départ à la retraite dans ces territoires et d'étendre les dispositions relatives à l'assurance-vieillesse des aidants (AVA), à Saint-Pierre-et-Miquelon en cohérence avec la date de mise en œuvre de l'allocation journalière du proche aidant (AJPA) et de l'allocation journalière de présence parentale (AJPP).

Investir en faveur du plein emploi

Mobiliser les excédents de l'UNEDIC pour son désendettement et en faveur des priorités des politiques d'emploi et de formation professionnelle

Les réformes de l'assurance chômage conduites depuis 2018 ont permis de rétablir l'équilibre de la situation financière de l'UNEDIC. Le régime a ainsi pu renouer avec les excédents, à 4,3 Mds€ en 2022. Ces excédents devraient s'amplifier d'ici 2026, compte tenu de la nouvelle réforme sur la contracyclicité des règles de l'assurance-chômage, mis en place en juin 2023.

Dans le cadre de la négociation en cours sur les règles et le financement de l'assurance-chômage, engagée après l'envoi du document de cadrage du Gouvernement le 31 juillet dernier, les partenaires sociaux sont invités à employer les excédents majoritairement au désendettement du régime puis au co-financement des politiques visant au plein emploi (apprentissage, accompagnement des demandeurs d'emploi). Le co-investissement proposé aux partenaires sociaux serait de 2 Mds€ en 2023 puis entre 2,5 et 2,7 Mds€ en 2024, entre 3 et 3,2 Mds€ en 2025, entre 3,5 et 4 Mds€ en 2026.

Dans ce cadre, le PLFSS pour 2024 prévoit la mise en place d'une compensation partielle des exonérations de cotisations-chômage sur les bas salaires afin de contribuer au financement des politiques du marché de l'emploi par le budget de l'Etat. Ces transferts sont opérés entre l'UNEDIC et l'ACOSS, qui garde ainsi son rôle de « chambre de compensation ».

Offrir à chaque famille des solutions d'accueil du jeune enfant

L'accès à un moyen d'accueil pour les enfants de moins de 3 ans est un frein important pour l'accès à l'emploi. L'année 2024 est la première étape dans la concrétisation du nouveau service public de la petite enfance avec des moyens supplémentaires pour développer les solutions de garde d'enfant et pour accompagner la revalorisation salariale des professionnels des établissements d'accueil du jeune enfant grâce aux mesures adoptées dans la nouvelle convention d'objectif et de gestion entre la CNAF et l'État. Ces mesures seront complétées en 2025 par le renforcement de la gouvernance de la petite enfance et de la qualité des modes d'accueils, porté dans le projet de loi Plein emploi, ainsi que par la réforme du complément de mode de garde pour favoriser l'accès à l'accueil individuel.

Garantir la soutenabilité de notre modèle social

Renforcer les moyens du système de santé, dans un contexte d'inflation toujours élevé

Une progression de l'ONDAM de 4,8 % en 2023



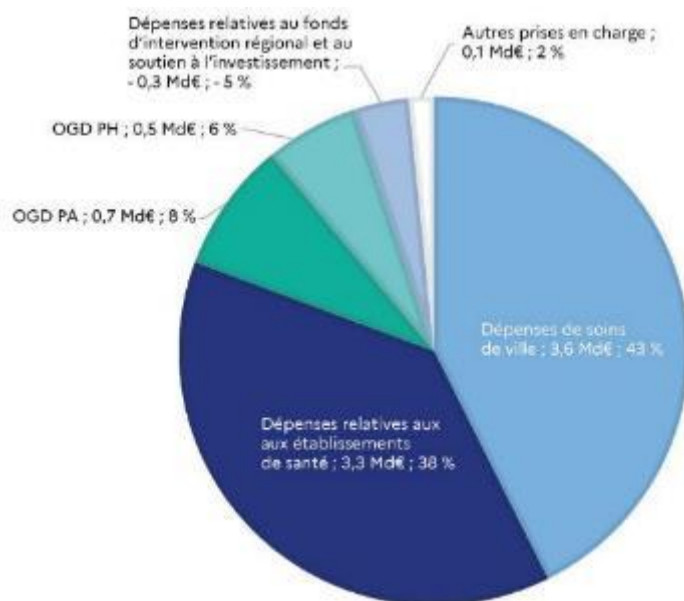
En 2023, l'investissement dans le système de santé reste majeur et les dépenses d'assurance maladie dans le champ de l'ONDAM devraient progresser de +4,8 %, hors dépenses liées à la crise – l'inflation est estimée à +4,8 % également en 2023. Le PLFSS pour 2024 majore ainsi l'ONDAM 2023 de 2,8 Md€ supplémentaires par rapport au montant voté au printemps dernier en loi de financement rectificative. Le montant des dépenses de crise reste conforme à ce qui était prévu dans le précédent PLFSS, et devrait atteindre 0,9 Md€.

Cette progression résulte de l'augmentation des dépenses constatées en ville (dynamisme supérieur à celui qui était anticipé pour les indemnités journalières, du fait notamment du contexte d'inflation et de ses répercussions sur les salaires, et pour les honoraires médicaux et para médicaux), ainsi que de l'effet des revalorisations des rémunérations des personnels en établissements sanitaires et médico-sociaux annoncées en juin 2023, pour application progressive dès juillet pour les premières d'entre elles, qui s'ajoutent aux effets en année pleine de la hausse du point d'indice de juillet 2022.

Une progression de l'ONDAM de 3,2 % en 2024

L'ONDAM poursuivra une progression dynamique en 2024 : + 3,2 % hors dépenses en lien avec la crise sanitaire (avec une inflation estimée à 2,5% au sens de l'indice des prix à la consommation hors tabac), soit une augmentation de 8 Md€ à champ constant par rapport à 2023, et de plus de 54 Md€ par rapport à 2019. Cet effort financier important, supérieur à l'inflation prévisionnelle, reflète les priorités du Gouvernement et sa volonté d'investir dans la modernisation du système de santé et le soutien aux professionnels de santé.

Répartition par sous-objectif des 8 Md€ d'accroissement des dépenses au sein de l'ONDAM 2024



En raison de la baisse attendue des dépenses en lien avec la crise sanitaire, qui passerait à 0,2 Md€ sur l'ensemble du périmètre, l'évolution serait de + 2,9 % par rapport à l'ONDAM rectifié 2023.

Tableau : Détail par sous-objectif

	Taux d'évolution des sous-ONDAM
ONDAM Total hors crise	3,2%
Dépenses de soins de ville	3,5%
Dépenses relatives aux établissements de santé	3,2%
Dépenses relatives aux établissements et services pour personnes âgées	4,6%
Dépenses relatives aux établissements et services pour personnes handicapées	3,4%
Dépenses relatives au fonds d'intervention régional et au soutien national à l'investissement	-4,7%
Autres prises en charge	4,6%

Une hausse dynamique des financements aux établissements sanitaires et médico-sociaux

Le sous-objectif établissements de santé de l'ONDAM présente une progression de + 3,2 % en 2024, tandis que les établissements et services pour personnes âgées et les établissements et services pour personnes handicapées présentent des évolutions de 4,6 % et 3,4 % respectivement.

Les nouveaux financements au sein des établissements de santé accompagnent les mesures d'attractivité salariale pour les professionnels de santé.

En outre, ils permettront également de soutenir le rythme des évolutions tendanciennes, ainsi que diverses mesures nouvelles axées sur des actions de santé publique, la lutte contre les inégalités en santé et le renforcement de l'offre de soutien psychiatrique et psychologique de la population.

Une augmentation des soins de ville de 3,5% en 2024

Par ailleurs, l'enveloppe allouée aux soins de ville progressera de 3,5% en 2024, en prenant en compte des actions de maîtrise médicalisée et de lutte contre la fraude pour un montant de 900 M€.

Ces crédits supplémentaires permettront notamment de financer la poursuite de la montée en charge du règlement arbitral à la convention médicale qui prévoit la revalorisation de la consultation des médecins, l'entrée en vigueur de l'avenant 11 à la convention des transporteurs sanitaires et des avenants des autres professionnels de santé ainsi que les mesures de lutte contre la précarité menstruelle.

Des mesures d'efficience ou de partage de financement

Des efforts pour renforcer l'efficience et la pertinence des soins

En plus des efforts pour maîtriser les volumes de soins, ce projet de loi de financement pour 2024 prévoit par rapport au tendancier de progression des dépenses, des économies d'un montant de 3,5 Md€. Dans l'objectif d'assurer la soutenabilité de notre système de soins, ces économies doivent notamment permettre de financer des mesures d'investissement et d'attractivité pour les professionnels de santé.

Des efforts d'économies à hauteur de 0,3 Md€ sont prévus pour les soins de ville, avec notamment 0,2 Md€ sur la biologie dans le cadre du protocole signé avec l'Assurance maladie et plus de 0,1 Md€ sur le financement des produits de contraste. Des mesures de transferts de dépenses et de responsabilisation des assurés permettront quant à elles des économies de 1,3 Md€. Il s'agit notamment de la modification du ticket modérateur pour les soins dentaires. Enfin, il est prévu d'économiser 1,3 Md€ sur les produits de santé essentiellement du fait de baisses de prix de médicaments (1 Md€) et de maîtrise des volumes.

En regard des efforts exceptionnels d'investissement à l'hôpital, notamment en faveur de l'attractivité, ce PLFSS prévoit des efforts pour renforcer l'efficience (achats, bon usage, optimisation des fonctions supports, mutualisation...) à hauteur de 0,5 Md€ au total.

Veiller à la pertinence des dépenses d'arrêts maladie

Face à la très forte dynamique des dépenses d'indemnités journalières maladie observée ces dernières années (16 Md€ en 2022 contre 11 Md€ en 2010), qui n'est que partiellement liée à l'amélioration du marché de l'emploi et à l'augmentation des salaires, le PLFSS 2024 prévoit deux mesures visant à mieux réguler les arrêts de travail prescrits.

L'article 27 prévoit de renforcer les modalités de contrôle tant des prescripteurs que des assurés pour, in fine, éviter tout arrêt de travail qui ne serait pas, ou plus, médicalement justifié, en renforçant les contrôles et accompagnements déjà menés par l'assurance maladie à destination des prescripteurs, des assurés et des entreprises. Ainsi, le versement des indemnités journalières pourra être suspendu automatiquement à compter du rapport du médecin contrôleur délégué par l'employeur et concluant au caractère injustifié de l'arrêt, tout en laissant la possibilité aux assurés concernés d'un recours devant le service médical. L'accompagnement des médecins présentant un taux important de prescription d'arrêts sera dorénavant applicable aux centres de santé et aux sociétés de téléconsultation dont le taux de prescription d'arrêts de travail apparaît anormalement élevé en comparaison des pratiques observées sur le territoire.

L'article 28 du PLFSS permet d'encadrer certaines pratiques de téléconsultation. En effet, si la téléconsultation peut constituer une des réponses aux enjeux d'accès aux soins, l'élargissement de cette pratique doit s'accompagner d'une vigilance quant à la qualité des prescriptions et à la bonne prise en compte des besoins des patients. En téléconsultation, il ne sera plus possible sauf pour certaines exceptions, de bénéficier d'un arrêt de travail supérieur à 3 jours, la

prescription d'un arrêt plus long nécessitant un examen physique pour s'assurer que l'état de santé de l'assuré ne risque pas de s'aggraver.

Par ailleurs, il est prévu d'encadrer les pratiques de certaines plateformes en ligne qui permettent aujourd'hui de prescrire aux patients des produits, prestations et actes, pris en charge par l'assurance maladie obligatoire, après de simples réponses données à un questionnaire ou par un outil de conversation en ligne (chat, sms), sans que le patient n'ait été vu par un professionnel de santé par vidéo-transmission, ni eu un contact téléphonique avec ce dernier garantissant la qualité de la prise en charge.

Dans le cadre de la planification écologique portée par le Gouvernement, encourager la sobriété dans l'utilisation du système de santé

Inciter les patients à recourir aux transports partagés

La prise en charge des transports permet d'assurer un égal accès aux soins sur le territoire. Chaque année, près de 65 millions de trajets sont réalisés pour les seuls taxis et véhicules sanitaires légers (VSL). Afin de réduire l'empreinte écologique de ce secteur d'activité et de favoriser une utilisation efficiente des moyens (le coût d'un transport partagé est jusqu'à 35% inférieur à un transport individuel), le déploiement des transports partagés constitue aujourd'hui un levier important pour diminuer le nombre total de trajets réalisés. Cela permet par ailleurs d'améliorer la réponse aux besoins de transports en augmentant l'offre de transports sanitaires à nombre de véhicules et de transports constant.

Pourtant, le transport partagé représente aujourd'hui en France moins de 15% des transports par VSL, une proportion stable depuis 2018 et plus faible que dans d'autres pays où il est plus répandu. L'article 30 du PLFSS concerne uniquement les transports programmés effectués en véhicules sanitaires légers et en taxis conventionnés. Il prévoit que, dès lors que le transport partagé est jugé compatible avec l'état de santé du patient par le médecin prescripteur, que le transporteur a été en capacité de proposer un transport partagé au patient et que ce dernier l'a néanmoins refusé, de ne pas pratiquer le tiers payant et de rembourser le transport sur la base du tarif du transport partagé et non du transport individuel, plus onéreux.

Prendre en compte l'impact environnemental des dispositifs médicaux

L'utilisation de dispositifs médicaux, dont la typologie peut être très variée (cathéters à usage unique, pompes avec des composants électroniques), contribue à générer des déchets de soins, en ville comme à l'hôpital.

Conformément aux ambitions gouvernementales de favoriser la transition écologique des différents secteurs de l'économie, de réduire l'empreinte environnementale du secteur de la santé en cohérence avec les Plans nationaux environnement et la politique de planification écologique, l'article 29 du PLFSS contribue à limiter la génération de déchets de soins et à lutter contre le gaspillage potentiel de produits de santé. Cette mesure complète les dispositions déjà existantes comme la remise en bon état d'usage des dispositifs médicaux

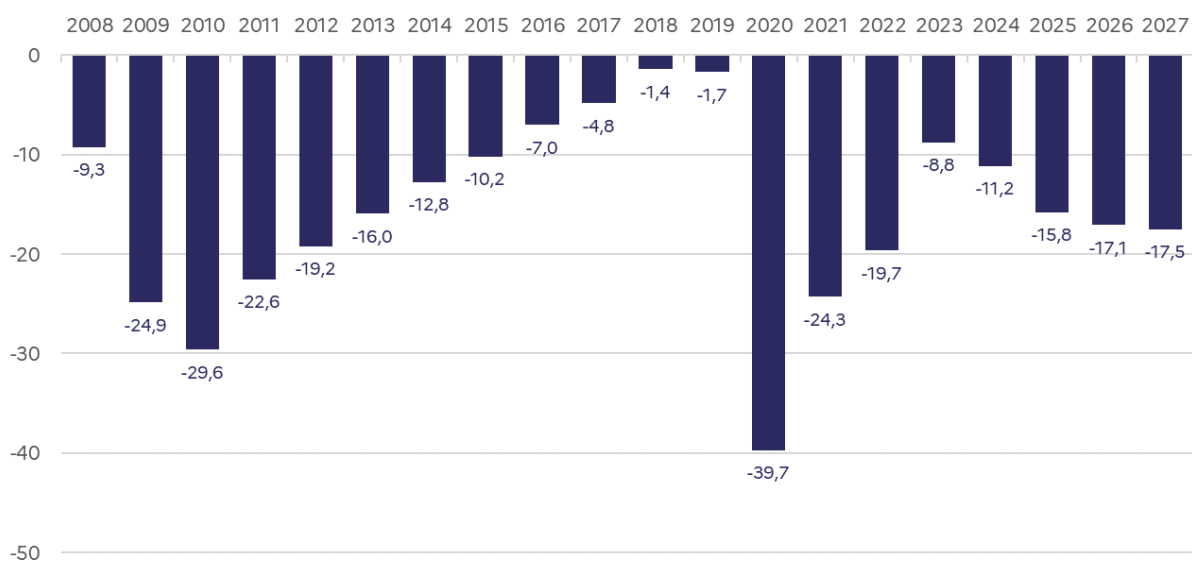
instaurée par la LFSS 2020, qui trouvera en particulier à s'appliquer aux véhicules pour personnes handicapées dans les prochains mois.

Les établissements de santé seront autorisés à titre expérimental pour deux ans, d'une part, à céder des dispositifs usagés et, d'autre part, à acheter des dispositifs à usage unique retraités auprès de fabricants, en vue de leur réutilisation. Par ailleurs, le Gouvernement élargit au secteur des dispositifs médicaux des dispositions existant pour les médicaments pour inciter les industriels à concevoir des dispositifs ayant un moindre impact environnemental, avec un système de malus pour les conditionnements inadaptés.

Une amélioration de la trajectoire financière de la sécurité sociale

Après avoir atteint un point bas en 2020, avec un déficit de 39,7 Md€, le solde des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale et du fonds de solidarité vieillesse s'est nettement redressé en 2021 et 2022, notamment sous l'effet de la reprise économique et des créations d'emplois.

Solde des régimes de base et du FSV 2008-2027 (en Md€)



Un déficit réduit de plus de moitié en 2023

Le déficit se réduirait de plus de moitié en 2023 (solde de -8,8 Md€ en 2023 après -19,7 Md€ en 2022). Cette forte amélioration de l'ensemble des régimes de base et du FSV repose sur la forte diminution des dépenses de crise (0,9 Md€ attendus pour 2023, après 11,7 Md€ en 2022) ainsi que sur le dynamisme attendu de la masse salariale du secteur privé (+6,3%), alors que l'effet de la forte inflation 2023 a été pour partie porté par les dépenses 2022 via la revalorisation anticipée des prestations légales au 1^{er} juillet. Ainsi, les recettes progresseraient en 2023 à un rythme proche de 2022 (+5,2%, après +5,4%), alors que les dépenses

ralentiraient plus nettement (+3,2 % après +4,4 %) en raison de la forte baisse des coûts liés au Covid, tout en finançant les mesures de hausse de l'allocation de soutien familial, la mise en place du service public de la petite enfance, de revalorisations salariales ou de soutien à l'autonomie.

En 2024, un déficit estimé à 11,2 Md€

En 2024, l'activité économique croîtrait plus nettement qu'en 2023, avec une hausse de 1,4 % du PIB. Bien qu'en repli à +2,5 %, l'inflation (hors tabac) entraînerait dans son sillage la croissance des salaires en 2024, avec une croissance de la masse salariale attendue de 3,9%. La dynamique de revalorisation des prestations sociales resterait soutenue, puisqu'elle tient compte de l'inflation encore très marquée de l'année 2023. La conjugaison de ces éléments conduirait à dégrader le solde de l'ensemble des régimes de base et du fonds de solidarité vieillesse (FSV), qui s'élèverait à 11,2 Md€. Le solde de la sécurité sociale bénéficierait néanmoins de l'affectation à la CNSA de 0,15 point de CSG en provenance de la Cades, prévue par la loi relative à la dette sociale et à l'autonomie (DSA) de l'été 2020, ainsi que des effets graduels de la réforme des retraites liés au relèvement progressif de l'âge de départ et à l'accélération du rythme de montée en charge de la durée d'assurance. La trajectoire présentée traduit enfin la mise en œuvre des mesures proposées dans le présent projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2024.

Les dépenses connaîtraient un ressaut (+5,1 %) en raison de l'inflation attendue en 2023 (+4,8 % au sens de l'IPCHT) qui conduirait à une revalorisation prévisionnelle au 1er janvier de 5,2 % des pensions de retraite, et de 4,6 % pour les prestations revalorisées au 1er avril. L'ONDAM hors dépenses de crise progresserait par ailleurs de 3,2 % (cf. supra). Les recettes croîtraient de 4,7 %, soutenues par la masse salariale du secteur privé et par l'affectation à la CNSA de 2,6 Md€ de CSG (0,15 point) en provenance de la Cades.

A moyen terme, le déficit atteindrait 17,5 Md€ en 2027 : si les dépenses ralentiraient chaque année à partir de 2025 du fait de la normalisation de l'inflation, les perspectives de recettes ne permettraient pas de résorber le déficit né de la crise. La branche maladie, du fait notamment des dépenses pérennes nées de la crise, demeurerait déficitaire et la branche autonomie serait tout juste à l'équilibre dans le contexte du vieillissement démographique.

Quant à la branche vieillesse, elle bénéficierait des premiers effets de la réforme des retraites, à hauteur de 6 Md€ pour les régimes de base à horizon 2027. La montée en charge de la réforme produira également ses effets sur les régimes complémentaires, et ne sera achevée qu'en 2032, ce qui contribue à expliquer, outre les effets du dynamisme démographique, que le solde de la branche vieillesse resterait déficitaire en 2027.

Enfin, l'excédent de la branche famille se contracterait à partir de 2023, reflétant le transfert de la part du congé maternité post-natal prévu en LFSS 2023, ainsi que la montée en charge des objectifs poursuivis en matière de petite enfance. L'excédent atteindrait néanmoins 1,7 Md€ en 2027.

Soldes par branches des régimes obligatoires de base et du FSV 2020-2027 (en Md€)

Soldes par branches (Md€)	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027
Maladie	-30,5	-26,1	-21,0	-9,5	-9,3	-10,0	-9,7	-9,6
AT-MP	-0,1	1,3	1,7	1,9	1,2	1,2	0,8	1,1
Vieillesse	-4,9	-1,1	-3,9	-1,9	-5,9	-9,3	-11,4	-14,0
Famille	-1,8	2,9	1,9	1,0	0,8	0,5	0,9	1,7
Autonomie	0,0	0,3	0,2	-1,1	1,3	1,0	0,7	0,4
ROBSS	-37,3	-22,7	-21,0	-9,6	-11,9	-16,5	-18,7	-20,3
FSV	-2,5	-1,5	1,3	0,8	0,8	0,8	1,6	2,8
ROBSS + FSV	-39,7	-24,3	-19,7	-8,8	-11,2	-15,8	-17,1	-17,5

La dette restant à amortir par la caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) devrait s'élever à 137,9 Md€, 258,6 Md€ ayant déjà été amortis par la caisse.

Chiffres clés

REPSS • AT-MP



11,7 milliards d'euros
de prestations tous régimes versées en 2022
(-7 % en euros constants par rapport à 2010)

Fiche 1.3*



30
accidents du travail avec arrêt pour 1 000 salariés en 2021
(35 en 2010)

Fiche 2.2.1



47 000
arrêts de travail en raison d'une maladie professionnelle en 2021
(50 000 en 2010)

Fiche 1.7



33 %
des nouveaux accidents du travail sont reconnus
avec un taux d'incapacité d'au moins 10 % en 2021
(+3 points depuis 2010)

Fiche 2.3.1



79 %
des maladies professionnelles concernent les troubles
musculo-squelettiques en 2021

Fiche 1.9

La branche AT-MP est financée à 100 % par les cotisations.
74 % des cotisations dépendent de la sinistralité des entreprises en 2022
(+18 points depuis 2010).

Fiche 2.1.4



13 %
des dépenses de la branche AT-MP sont consacrées
à l'indemnisation des victimes de l'amiante en 2021
(19 % en 2010)

Fiche 1.10.3



1,9 million
de comptes professionnels de prévention en 2021

Fiche 1.11



70 millions
d'aides financières à la prévention ont été versées aux TPE
dont la moitié liées à la Covid en 2021
(11 millions d'euros constants en 2010)

Fiche 2.1.2

57 % des accidents du travail ont lieu dans les secteurs de la construction, de l'industrie
et du commerce, du transport et de l'hébergement-restauration en 2021.

Fiche 1.7

* Fiche indicateur à consulter dans les rapports d'évaluation des politiques de sécurité sociale disponible sur evaluation.securite-sociale.fr

REPSS • RETRAITE



16,9 millions
de retraités tous régimes en 2020
(15,1 millions en 2010)

Fiche 1.8*



13,6 %
du PIB consacré aux dépenses de retraites en 2021
(13,1 % en 2010)

Fiche 1.2



63 ans
Âge moyen de départ à la retraite au régime général en 2022
(61,5 ans en 2010)

Fiche 2.7



1 580 euros
de pension brute en moyenne par mois en 2020
(+20 euros constants depuis 2010)

Fiche 1.10



81 %
de la durée d'assurance requise cotisée par la génération 1954
(77 % pour la génération 1943)

Fiche 2.8

9,5 % des retraités vivent sous le seuil de pauvreté en 2019,
contre 14,6 % pour l'ensemble de la population
(-0,5 point depuis 2010).

Fiche 2.3



25 %
d'écart de pension entre les femmes et les hommes en 2020
(28 % en 2010)

Fiche 2.6



56 %
des 55-64 ans ont un emploi en 2021
(40 % en 2010)

Fiche 2.9



0,6 million
de bénéficiaires du minimum vieillesse en 2020
(+10 % depuis 2010)

Fiche 1.13

1,4 cotisant pour 1 retraité au régime général en 2021
(comme en 2010).

Fiche 1.7

* Fiche indicateur à consulter dans les rapports d'évaluation des politiques de sécurité sociale disponible sur evaluation.securite-sociale.fr

REPSS • MALADIE



12,3 %

du PIB est consacré à la dépense courante de santé en 2021
(11,2 % en 2010)

Fiche 1.1.1*



149

médecins généralistes pour 100 000 habitants en 2022
(-8 % par rapport à 2010)

192

médecins spécialistes pour 100 000 habitants en 2022
(+6 % par rapport à 2010)

Fiche 1.4.1



7 %

des dépenses de santé restent à la charge des ménages en 2021
(9 % en 2010)

Fiche 2.4.1



51 %

des femmes de 50 à 74 ans ont effectué un dépistage du cancer du sein en 2021
(-1 point depuis 2010)

Fiche 2.2.1



26 %

des 18-75 ans fument du tabac
(-4 points depuis 2010)

Fiche 2.1.3

90 % des médicaments délivrés en générique parmi les produits disposent d'un générique en 2021
(+14 points depuis 2010).

Fiche 2.10.4



57 %

des personnes à risque sont vaccinées contre la grippe
(+4 points depuis 2012-13)

Fiche 2.3.2



62 %

des actes chirurgicaux sont pratiqués en ambulatoire en 2021
(+19 points depuis 2010)

Fiche 2.11.4



7,5 %

de baisse de consommation d'antibiotiques par personne entre 2010 et 2019

Fiche 2.10.6



21 milliards d'euros

de déficit pour la branche Maladie en 2022
(30,5 milliards d'euros en 2020)

Fiche 2.14.1

* Fiche indicateur à consulter dans les rapports d'évaluation des politiques de sécurité sociale disponible sur evaluation.securite-sociale.fr

REPSS • FAMILLE



6,8 millions

de familles bénéficiant d'au moins 1 prestation familiale en 2021
(7,7 millions de familles au total)

Fiche 1.3.1*



31 milliards d'euros

sont versés au titre des prestations familiales en 2022
(34 milliards d'euros constants en 2010)

Fiche 1.3.2



58,5

places de garde pour 100 enfants de moins de 3 ans en 2020
(50 en 2010)

Fiche 1.4.1



221 000

parents bénéficiant d'une indemnisation de congé parental
(PreParE/CLCA) en 2021
(539 000 en 2010)

Fiche 1.6.1



66 %

des femmes avec deux enfants, dont au moins un de
moins de 3 ans, sont en emploi en 2020
(60 % en 2010)

Fiche 2.9.2

En 2020, le niveau de vie des couples avec plus de 2 enfants atteint 53 % de celui des couples sans enfant avant impôts et prestations, et 67 % après ces transferts.

Fiche 2.1



6,1 milliards d'euros

alloués au Fnas qui finance notamment les crèches
et les centres sociaux en 2022

Fiche 1.3.2



817 000

parents isolés ont l'allocation de soutien familial (ASF) en 2021
(745 000 en 2010)

Fiche 1.3.1



73 %

des pensions alimentaires sont recouvrées avec succès
par l'agence de recouvrement des impayés de pensions
alimentaires (Aripa) en 2021
(+10 points par rapport à 2018)

Fiche 2.4



1,9 milliard d'euros

d'excédent pour la branche famille en 2022
(1,8 milliard d'euros de déficit en 2020)

Fiche 2.11

En 2021, le taux de pauvreté des moins de 18 ans
passe de 32 % à 17 % grâce aux prestations sociales.

Fiche 2.3.2

* Fiche indicateur à consulter dans les rapports d'évaluation des politiques de sécurité sociale disponible sur evaluation.securite-sociale.fr

REPSS • AUTONOMIE



80,4 milliards d'euros

d'effort de la Nation en faveur du soutien à l'autonomie en 2021
(+31 % en euros constants depuis 2010)

Fiche 1.2*



27,1 milliards d'euros

de dépenses publiques pour les personnes âgées en perte
d'autonomie en 2021
(+39 % en euros constants depuis 2010)

Fiche 1.2



53,3 milliards d'euros

de dépenses publiques pour les personnes en situation
de handicap en 2021
(+27 % en euros constants depuis 2010)

Fiche 1.2



350 000

bénéficiaires de la prestation de compensation du handicap (PCH)
en 2020
(155 000 en 2010)

Fiche 1.4



1,3 million

de bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA)
en 2020
(1,2 million en 2010)

Fiche 1.5



59%

des bénéficiaires de l'APA vivent à domicile en 2020
(61 % en 2010)

Fiche 1.5



28%

des plans d'aide APA à domicile en GIR 1 sont au plafond
(7% en GIR 4)

Fiche 2.3



0,2 milliard d'euros

d'excédent de la branche autonomie en 2022

Fiche 2.12

En 2021, les établissements ou services médico-sociaux comptent :



10,3 places pour 100 enfants en situation de handicap
(9,1 places en 2010)

Fiche 2.8



8,7 places pour 100 adultes en situation de handicap
(8,6 places en 2017)

Fiche 2.9



12,4 places pour 100 personnes âgées de 75 ans et plus
(12,7 places en 2010)

Fiche 2.10

* Fiche indicateur à consulter dans les rapports d'évaluation des politiques de sécurité sociale disponible sur evaluation.securite-sociale.fr

REPSS • FINANCEMENT

Le déficit des régimes de base et fonds de solidarité vieillesse est de 19,6 milliards d'euros en 2022 (39,7 milliards d'euros en 2020).

Fiche 2.1



572 milliards d'euros

de recettes pour les régimes de base et fonds de solidarité vieillesse en 2022

Fiche 2.1



592 milliards d'euros

de dépenses pour les régimes de base et fonds de solidarité vieillesse en 2022

Fiche 2.1



1,64 %

taux de cotisations patronales de sécurité sociale au niveau du Smic en 2022

(- 2,74 points par rapport à 2010)

Fiche 2.8

En 2021, les prélèvements sociaux représentent 14 % du niveau de vie des ménages modestes contre 35 % en moyenne pour l'ensemble de la population.

Fiche 2.6



136 milliards d'euros

de dette de la sécurité sociale portée par la CADES fin 2022

Fiche 2.5.2

Recouvrer 100 euros coûte 26 centimes d'euros aux Urssaf en 2021 (33 centimes en 2010).

Fiche 2.12

Répartition du financement de la sécurité sociale entre ménages et employeurs en 2022 :



46 %

Employeurs (entreprises et administrations)



54 %

Ménages

Fiche 1.4.1

* Fiche indicateur à consulter dans les rapports d'évaluation des politiques de sécurité sociale disponible sur evaluation.securite-sociale.fr

