

A S S E M B L É E N A T I O N A L E

1 7 ^e L É G I S L A T U R E

Compte rendu

Commission d'enquête visant à lever les incertitudes budgétaires en matière de sécurité sociale

- Audition, ouverte à la presse, de M. Bernard Lejeune, président de la sixième chambre de la Cour des comptes, M. Jean-Luc Fulachier, conseiller maître et président de section à la sixième chambre, et M. Michel Thomas, conseiller maître à la sixième chambre 2
- Présences en réunion..... 32

Jeudi
15 janvier 2026
Séance de 9 heures

Compte rendu n° 2

SESSION ORDINAIRE DE 2025-2026

**Présidence de
Mme Annie Vidal,
présidente
de la commission**



La séance est ouverte à neuf heures.

Présidence de Mme Annie Vidal, présidente

La commission d'enquête procède à l'audition de M. Bernard Lejeune, président de la sixième chambre de la Cour des comptes, M. Jean-Luc Fulachier, conseiller maître et président de section à la sixième chambre, et M. Michel Thomas, conseiller maître à la sixième chambre.

Mme la présidente Annie Vidal. C'est avec un grand intérêt que j'ouvre la première séance de la commission d'enquête visant à lever les incertitudes budgétaires en matière de sécurité sociale. Le jeudi matin a vocation à nous réunir régulièrement mais d'autres créneaux de la semaine seront sollicités en fonction des obligations que nous assignent la commission des affaires sociales et la séance publique.

En accord avec la rapporteure, nous avons considéré que cette commission d'enquête serait d'autant plus utile qu'elle nous mettrait en mesure de poser les bonnes questions, avec une bonne maîtrise des enjeux techniques de la matière que nous allons aborder. En tant que parlementaires, nous sommes rompus aux problématiques budgétaires, mais sans doute beaucoup moins à leurs aspects purement comptables. Or, les documents comptables constituent la porte d'entrée de toute analyse financière robuste, à plus forte raison lorsque les comptes sont empreints d'incertitudes lors de leur consolidation.

C'est ainsi qu'au lieu de convoquer immédiatement des caisses et des organismes de sécurité sociale, nous avons préféré consacrer nos deux premières semaines à l'audition des personnes les plus compétentes en matière de contrôle pour comprendre leurs raisonnements, recenser leurs interrogations et confronter nos intuitions.

C'est en parfaite conformité avec cette logique que je souhaite la bienvenue aux magistrats de la sixième chambre de la Cour des comptes : M. Bernard Lejeune, son président, M. Jean-Luc Fulachier, conseiller maître et président de section, et M. Michel Thomas, conseiller maître. Je vous remercie, messieurs, de vous être rendus disponibles pour nous permettre d'aborder le cœur du sujet avec les meilleurs experts.

La Cour des comptes a pour mission légale d'auditer et de certifier la régularité, la sincérité et la fidélité des comptes des organismes nationaux du régime général et des comptes de chaque branche, ainsi que de l'activité de recouvrement du régime général. L'article L.O. 132-2-1 du code des juridictions financières ordonne que soit établi un rapport de certification sur les comptes des organismes nationaux du régime général, de chaque branche – maladie, famille, vieillesse, AT-MP (accidents du travail et maladies professionnelles), autonomie – et de l'activité de recouvrement. L'objectif de cette certification réside dans une meilleure transparence et une plus grande fiabilité des comptes sociaux, en appui au contrôle parlementaire de l'application des lois de financement de la sécurité sociale.

Or, différents exercices ont donné lieu de la part de la Cour à la formulation de réserves récurrentes voire à une impossibilité de certification pour la branche famille et la Caisse nationale des allocations familiales, en raison d'un risque élevé d'erreur affectant l'exactitude des prestations et de l'insuffisante fiabilité des données. La Cour souligne aussi des anomalies significatives et des insuffisances de contrôle interne, ainsi qu'un contexte de déficits structurels croissants compliquant l'arrêté des comptes et leur certification fiable. Nous parlons ici de sommes considérables, dont la trace n'est pas correctement suivie.

Un questionnaire très complet vous a préalablement été transmis par notre rapporteure. Toutes les questions qu'il comporte ne pourront peut-être pas être évoquées aujourd'hui de façon exhaustive : je vous invite à communiquer ultérieurement par écrit les éléments de réponse ainsi que toute autre information que vous jugeriez utile de porter à la connaissance de la commission d'enquête.

Il revient traditionnellement à la présidence de poser deux brèves questions destinées à ouvrir les débats. En premier lieu, pourriez-vous nous présenter de manière succincte la méthodologie suivie par la Cour dans l'exercice de certification, et la nature de vos relations avec les organismes de sécurité sociale dans ce cadre ? En second lieu, la Cour formule d'année en année des réserves et elle a refusé à plusieurs reprises de certifier certaines caisses et branches, ce qui peut traduire un échec du système. Comment l'expliquez-vous et, plus significativement, comment expliquez-vous que ces anomalies persistent depuis des années, voire des décennies ?

L'article 6 de l'ordonnance du 17 novembre 1958 relative au fonctionnement des assemblées parlementaires impose aux personnes auditionnées par une commission d'enquête de prêter le serment de dire la vérité, toute la vérité, rien que la vérité.

(MM. Bernard Lejeune, Jean-Luc Fulachier et Michel Thomas prêtent serment.)

M. Bernard Lejeune, président de la sixième chambre de la Cour des comptes. Vos questions sont clefs. Je vous remercie de porter un intérêt particulier à la mission de certification de la Cour des comptes qui, n'étant pas une mission de contrôle de gestion, est un peu à part. L'exercice ne consiste pas à déterminer si un organisme est déficitaire ou excédentaire, mais à établir la qualité et la sincérité de ses comptes comme le font les commissaires aux comptes pour les grandes entreprises publiques ou privées. Les enjeux financiers sont extrêmement importants. Les produits dépassent 700 milliards d'euros et les dépenses atteignent presque 600 milliards. L'État est la seule autre entité pour laquelle la Cour des comptes – en l'occurrence, la première chambre – joue ce rôle de commissaire aux comptes.

Notre méthodologie est celle de la profession : nous suivons les normes internationales des commissaires aux comptes, selon un cycle annuel. Une équipe de la Cour est dédiée à cette tâche tout au long de l'année. Nous travaillons de près, sur pièces et sur place, avec l'ensemble des branches et des caisses : ces dernières nous remettent tous les documents dont nous avons besoin pour remplir notre mission, et nos équipes se déplacent pour les contrôler. Ces documents, très complets, contiennent non seulement des données relatives aux prestations et au recouvrement, mais aussi des données informatiques.

Notre travail est compris et apprécié par les caisses, notre rôle de commissaire aux comptes étant tout à fait intégré. De nombreuses personnes répondent à nos questions et nous sommes toujours bien accueillis, non pas seulement par les directions des organismes mais aussi par les conseils d'administration, qui nous reçoivent depuis quelques années pour la présentation des bilans.

Je n'exprimerai sans doute qu'un regret : lorsque le projet de loi d'approbation des comptes de la sécurité sociale est envoyé à l'Assemblée nationale, les opinions de la Cour n'y sont pas jointes officiellement. Bien sûr, vous les avez, de fait, lorsque nous transmettons le rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale. En tant que parlementaires, vous avez à juger de la réalité des comptes de la sécurité sociale. Étonnamment, la loi organique n'a pas prévu pour elle ce qui l'est pour le budget de l'État.

S'agissant des impossibilités ou des refus de certification, il ne faut pas oublier que, dans la plupart des cas, la certification est donnée avec des réserves. On pourrait espérer que celles-ci soient les moins nombreuses possible mais il est rare, compte tenu notamment des montants en jeu, qu'il n'y en ait aucune.

Des progrès relativement importants ont néanmoins été réalisés par la plupart des organismes, s'agissant notamment des anomalies significatives : sur le plan purement comptable, on note de nettes améliorations. La dernière anomalie significative de nature à entraîner un refus de certification a concerné le recouvrement, dans le contexte de la crise du covid-19. L'Assemblée nationale avait d'ailleurs rectifié le tir à l'occasion du projet de loi d'approbation des comptes de la sécurité sociale.

Beaucoup de réserves relèvent plutôt de l'insuffisance d'éléments probants. La Cour s'interroge sur la sincérité des comptes lorsque le contrôle interne est insuffisant ; les écarts sont parfois importants entre ce qui devrait être constaté et intégré dans les comptes, et la réalité des erreurs ou des fraudes que nous avons mises en évidence. Ces écarts comptables ne nous permettent pas d'assurer la sincérité des comptes. Ils nous conduisent à signifier aux organismes et aux parlementaires que nous refusons ou que nous sommes dans l'impossibilité de certifier les comptes. C'est le cas actuellement pour la branche famille.

Mme Joëlle Mélin, rapporteure. Je suis heureuse et honorée de vous auditionner aujourd'hui. J'ai depuis fort longtemps un intérêt pour la certification des comptes, antérieur même au rapport de certification de 2004 : je m'intéressais déjà aux rapports d'application existant depuis 1996. J'ai d'ailleurs avec moi le rapport de 1996, dans lequel il apparaît clairement que les réformes demandées étaient déjà fondées sur des causes économiques et budgétaires qui persistaient depuis les années 1980. Assez curieusement, certaines phrases pourraient être réutilisées aujourd'hui.

Cela signifie qu'un travail de fond doit être mené sur les tenants et aboutissants budgétaires et techniques, mais aussi que des propositions doivent être faites, écoutées et mises en application. Au fil des années, même si les investigations de la commission d'enquête ne remonteront pas au-delà de trois ans, certains points soulevés et certaines recommandations apparaissent redondants. Il y en a que l'on retrouve habituellement dans toutes les branches, y compris le recouvrement ; ils sont relatifs aux anomalies dans l'utilisation du droit constaté, aux systèmes d'information ou encore aux possibilités de recouvrement des indus.

Nous aimerions que vous nous apportiez non pas des justifications, car ce n'est pas dans vos prérogatives, mais vos avis et suggestions pour que les mêmes remarques ne se répètent pas année après année. Les sommes en jeu sont très importantes et l'on ne peut pas continuer à avoir ce que nous avons pudiquement appelé des incertitudes – je crois que vous utilisez aussi ce terme. Il convient d'apporter des solutions aux institutions ainsi qu'aux parlementaires qui se saisissent des données pour établir les budgets, singulièrement en période de tourmente financière et économique internationale et, sur le plan national, budgétaire.

Vos réponses doivent permettre à chacun de voir ses interrogations apaisées.

M. Bernard Lejeune. Dans le rôle de commissaire aux comptes, nous respectons toujours les principes de la Cour : indépendance, contradiction et collégialité. Je ne reviendrai pas sur l'indépendance – le commissaire a ses propres analyses et sa propre opinion. Mais j'insiste sur les deux autres. Pour respecter le principe de contradiction, nous échangeons toute l'année avec les organismes et nous les auditionnons ; lors de chaque mission intermédiaire et

finale, nous leur remettons nos documents pour qu'ils puissent y répondre de façon argumentée. L'objectif est que la Cour soit en mesure de donner son opinion de commissaire aux comptes de la façon la plus éclairée possible. Quant à la collégialité, elle s'exerce à deux niveaux. D'abord, c'est en séance plénière que la sixième chambre se réunit, mène les auditions et détermine ses choix. Au-delà, c'est la Cour des comptes qui donne son opinion, validée par une réunion plénière de l'ensemble des chambres.

C'est un exercice un peu à part, qui nécessite quelque formalisme de notre côté.

Mme Joëlle Mélin, rapporteure. Je vous propose d'entamer la série de questions que je souhaite vous poser en abordant le nerf de la guerre : le recouvrement. Je souhaitais revenir sur les années 2022 à 2024, mais j'ai un doute quant à ce qui s'est passé en 2022...

M. Jean-Luc Fulachier, conseiller maître et président de section à la sixième chambre. En 2020, la Cour a constaté une impossibilité de certifier les comptes de l'activité de recouvrement en raison d'une incertitude concernant un montant de 6,7 milliards d'euros, dont 5 milliards d'euros pour le régime général au titre des prélèvements sociaux sur les travailleurs indépendants. La situation a été confirmée en 2021, après un nouveau calcul ; la modification des comptes a été refusée et nous avons donc émis un refus de certification.

En 2022, nous avons simplement émis une réserve : dans la mesure où nous rappelions les comptes de 2021, nous avons souhaité signaler, par cohérence, que la lecture en était perturbée.

Mme Joëlle Mélin, rapporteure. Quelle est votre position sur le non-respect du principe des droits constatés observé en 2022, 2023 et 2024, du fait du défaut persistant de rattachement des produits à l'exercice ? Le décalage, lié à la mise en conformité avec le produit des impôts et taxes affectés à la protection sociale, porte sur des sommes importantes, supérieures manifestement à 110 milliards d'euros. Il se pose un problème de comptabilisation du montant brut des créances et des prestations et il y avait, en 2023, une incertitude au sujet de l'*exit tax*. J'ajoute que cette question fondamentale est prégnante dans d'autres branches.

M. Bernard Lejeune. D'abord, ces anomalies significatives sont des éléments purement comptables.

La Cour a bien évidemment constaté ce problème de rattachement dans la branche recouvrement – qui recouvre aussi bien les cotisations sociales que les impôts et taxes affectés. Il est difficile pour la branche de régler ce souci car la difficulté vient du ministère de l'économie et des finances, dont les logiciels ne permettent pas une traçabilité comptable parfaite. La Cour a régulièrement signalé cette difficulté au ministère afin qu'il travaille à sa résolution. Quant à la branche recouvrement, elle est bien en peine de corriger cette anomalie que nous constatons.

Lorsqu'elle a expérimenté la certification des comptes des collectivités locales, la Cour a observé de la même façon des anomalies significatives fréquentes, constatées par des commissaires aux comptes privés, liées à la faible lisibilité ou au mauvais rattachement des produits d'impôts transmis par le ministère. Il en résultait que les comptes de ces collectivités n'étaient pas certifiés.

C'est donc un élément extérieur qui explique cette anomalie qu'en application des normes comptables, nous constatons chaque année. Je précise toutefois que ce problème de rattachement comptable n'implique ni risque de liquidité ni autre difficulté particulière.

M. Jean-Luc Fulachier. Vous avez rappelé, madame la rapporteure, la masse totale des impôts et taxes, qui dépasse 110 milliards d'euros. L'anomalie dont nous parlons porte sur le montant brut des créances, qui s'élevait à 900 millions d'euros en 2024 ; à cela il faut ajouter 600 millions d'euros liés au fait que les dépréciations correspondantes ne peuvent être indiquées, et 300 millions d'euros de provisions pour risques. Le problème, c'est que les produits correspondants sont présentés en masse, sans que les exercices de rattachement soient distingués. Or, vous savez que, chaque année, le projet de loi de financement de la sécurité sociale procède à des modifications de répartition des impôts et taxes : lorsque les montants afférents arrivent en complément, leur rattachement par exercice suscite une incertitude. C'est ce que nous indiquons dans notre rapport.

Jusqu'à il y a deux ans, il n'y avait qu'un montant unique. Puis l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (Acos) a conduit des travaux pour le répartir par branche, à défaut de le faire par exercice : il y a ainsi, depuis 2023, une forme de progrès dans la mesure de l'anomalie.

S'agissant enfin de l'enregistrement des dossiers de plus-value de transfert dans le cadre de l'*exit tax*, c'est la différence de comptabilisation entre les comptes de l'État et ceux de la sécurité sociale qui avait suscité une incertitude. Une modification apportée à la suite d'échanges entre la Cour et la direction générale des finances publiques a permis de la lever en 2024.

M. Michel Thomas, conseiller maître à la sixième chambre. Cette anomalie significative récurrente ne signifie pas qu'il manquerait 1 milliard d'euros dans les comptes. Elle n'est pas due à la mauvaise volonté de l'État mais à l'inadaptation des systèmes d'information. Dans le rapport de certification, elle se traduit en fait par deux anomalies significatives : l'une dans les comptes de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale et l'autre, en miroir, dans les comptes de la branche maladie affectataire de recettes.

Ce sujet est bien connu par l'Acos, qui n'émet aucune objection au fait que nous soyons obligés de constater cette anomalie.

M. Bernard Lejeune. Il faut garder à l'esprit que, tant que les logiciels n'auront pas évolué, cette anomalie significative comptable risque de perdurer en dépit de la bonne volonté des uns et des autres. Les outils sont un sujet sur lequel nous reviendrons.

Mme Joëlle Mélin, rapporteure. J'ai essayé de me pencher sur ce problème, qui avait déjà été noté par plusieurs de nos collègues. Les systèmes d'information et les outils au sens large, sans doute à l'origine de nombreuses difficultés, seront au cœur de nos réflexions. La masse étant très importante, et les paramètres et intervenants trop nombreux, on ne peut avancer sans congruence.

Ces questions sont d'autant plus importantes que la fiscalisation du budget de la sécurité sociale atteint 53 %, voire 54 %, et que le budget de l'État, quant à lui, se trouve socialisé à la même hauteur. Si elle se poursuit, cette interférence entre les budgets posera des problèmes de gestion et aboutira à une situation qui n'est dans l'esprit ni des comptes sociaux,

ni de ceux de l'État. Nous devons apporter des réponses rapides et donner aux différents intervenants des possibilités d'agir.

L'insuffisance d'éléments probants dont fait état votre rapport recouvre des incertitudes, des faiblesses du cadre général du contrôle interne et du contrôle interne lui-même, ainsi que des erreurs. Il me paraît utile d'en préciser les périmètres et les montants pour l'année 2024.

Les provisions pour risques liés à des litiges avec les cotisants, dont l'estimation présente, selon vous, des incertitudes, atteignent 2,7 milliards d'euros.

S'agissant des incertitudes affectant les estimations comptables de produits à recevoir et de dépréciations des créances, la part des produits à recevoir de prélèvements sociaux dont le montant n'est pas définitif est estimée à 2,8 milliards d'euros. Les produits à recevoir de remises sur les prix des médicaments et des dispositifs médicaux sont pour leur part estimés à 11 milliards d'euros.

Nous souhaitons par ailleurs vous entendre sur les indus constatés dans toutes les branches. Les dépréciations de créances sur les cotisants, correspondant aux montants estimés des créances que les Urssaf risquent de ne pas recouvrer, se montent à 25,8 milliards d'euros au 31 décembre 2024. Si j'ai bien compris, certains indus sont détectés et d'autres pas. Les indus non identifiés, frauduleux et non frauduleux, seraient passés de 8,6 milliards d'euros en 2023 à 15 milliards d'euros cette année, selon les derniers chiffres parus. Confirmez-vous cette évolution ? Pourriez-vous également nous parler des dispositifs d'extinction hétérogènes, des remises de dette hétérogènes, des cinq motifs de mise en non-valeur et surtout – c'est à mes yeux une piste d'évolution intéressante – des délais de prescription des indus, qui sont de deux ans pour la sécurité sociale, car il est difficile d'accéder aux données antérieures, et de cinq ans en cas de fraude ?

M. Bernard Lejeune. Il convient de distinguer l'insuffisance d'éléments probants et les anomalies significatives. Ces dernières résultent de l'instauration, en 1996, de la comptabilisation selon le principe des droits constatés – la certification par nos équipes intervenant, logiquement, une dizaine d'années plus tard. Pour rappel, cette pratique consiste à enregistrer comptablement le fait générateur d'un produit ou d'une dépense, plutôt qu'à enregistrer le montant au moment où il est versé ou reçu. En conséquence apparaissent, comme dans une comptabilité d'entreprise, les comptes de la classe 4, les provisions ou encore les restes à payer.

Le montant des anomalies significatives a fortement diminué puisqu'il est de l'ordre de 4 milliards d'euros toutes branches confondues. L'activité de recouvrement a réglé le problème en 2020-2021, et beaucoup d'autres ont progressé. C'est un point très important car cela démontre que la certification voulue par le législateur a entraîné des progrès notables dans la connaissance et la qualité des comptes. Restent néanmoins quelques milliards de provisions dont la comptabilisation soulève des questions, qu'il s'agisse des produits à recevoir de remises sur les prix des médicaments ou du fait que la branche maladie conserve à son passif une dette de 800 millions d'euros envers certains hôpitaux publics. Il s'agit ici, je le répète, d'anomalies comptables.

Les autres questions que vous posez relèvent du contrôle interne et de l'insuffisance d'éléments probants. Selon nous, certains comptes, tels qu'ils sont présentés, ne reflètent pas la sincérité des produits et des dépenses. Quand, par exemple, la branche famille mentionne un

niveau de dépense de x , nous avons une très forte incertitude sur la valeur de ce x ; nous pensons que certaines dépenses ont été inscrites à tort, et ce doute sérieux nous conduit à émettre une opinion négative sur les comptes de la branche. Je cite cet exemple car il est d'actualité.

Nous analysons la proportion et la nature des erreurs grâce à des sondages. Pour reprendre l'exemple de la branche famille, certaines erreurs tiennent à des déclarations de revenus inexacts par les personnes en vue de percevoir le revenu de solidarité active, l'aide personnalisée au logement ou d'autres prestations. D'autres sont des erreurs dites métier, autrement dit des erreurs de calcul commises par les caisses. D'autres encore sont liées à la fraude. Les chiffres que vous avez cités sont issus de notre rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour l'année 2024. Les indus et les fraudes représentent respectivement un peu plus de 8 milliards d'euros, étant précisé que nous n'arrivons pas à mesurer le recouvrement entre les deux ensembles. Les indus concernent en priorité la branche famille, d'où notre incapacité à la certifier.

M. Jean-Luc Fulachier. Je reviendrai sur l'insuffisance d'éléments probants en matière de recouvrement. En ce qui concerne les risques liés à des litiges avec les cotisants, nous avons des difficultés à tracer le dénouement des provisions d'un exercice à l'autre. En outre, le système d'information de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale ne permet pas de suivre les contentieux sur toute leur durée, mais seulement de les appréhender à certaines étapes. Cela freine notre capacité à apprécier le juste calcul. C'est pourquoi, sans aller jusqu'à la contestation, nous exprimons une incertitude. Cet exemple montre que nous sommes parfois dans une situation délicate.

Un sujet plus historique a fait l'objet d'une opinion négative de la Cour en 2010 : les provisions relatives aux contentieux liés à l'application de la législation AT-MP. Les montants varient mais le problème s'amenuise d'année en année ; nous espérons qu'il finira par disparaître.

Nous considérons par ailleurs que l'estimation des produits à recevoir de remises des entreprises pharmaceutiques manque de fiabilité. Il faut reconnaître qu'il est compliqué d'en évaluer le montant dès l'élaboration du projet de loi de financement de la sécurité sociale. Un écart assez important apparaît en 2024 entre les prévisions et les réalisations.

J'en viens aux écarts entre les différents délais de recouvrement des indus. D'une part, la capacité de suivi des systèmes d'information est limitée à deux ans, conformément à la prescription de droit commun définie par le législateur. D'autre part, en matière de fraude, la Cour de cassation a défini une période de référence beaucoup plus longue à l'occasion d'un contentieux relatif aux prestations vieillesse. Enfin, il existe une prescription spécifique de cinq ans pour le recouvrement des indus frauduleux.

Les réformes successives, si elles améliorent les prestations – création d'allocations, modification de la prise en compte des ressources, individualisation des prestations... – sont aussi source de difficultés pour le contrôle interne. La législation est tellement complexe et évolutive, et l'imbrication des allocations est si forte, qu'il est très difficile pour les systèmes d'information des caisses d'aller au-delà d'un historique de deux ans. Les caisses d'allocations familiales travaillent sur un système qui remonterait jusqu'à trois ans, mais cela demande des investissements considérables.

Mme Joëlle Mélin, rapporteure. Pourriez-vous nous en dire davantage sur les indus, sujet qui intéresse particulièrement les citoyens ? Le rapport sur l'application des lois de

financement de la sécurité sociale avance une série de préconisations en la matière : mieux identifier les causes des indus selon les branches, prévenir leur constitution grâce de meilleurs outils, renforcer les contrôles avant paiement, développer la mutualisation entre caisses, accentuer les actions préventives, améliorer le recouvrement, affermir les outils de gestion et de pilotage, construire des partenariats, mobiliser des effectifs, revoir les franchises et participations à recouvrer, lutter contre les indus frauduleux. Parmi ces actions, lesquelles vous paraissent prioritaires pour réduire rapidement le nombre de litiges ?

J'ajoute qu'un récent rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (Igas) met en évidence un hiatus entre les prévisions et les réalisations en matière de remises pharmaceutiques.

M. Bernard Lejeune. Il est difficile de hiérarchiser les recommandations car toutes ont leur importance. L'objectif est d'améliorer la qualité des comptes dans la forme comme dans le fond, car on peut très bien être déficitaire mais avoir une bonne qualité de comptes et être certifié. Nos recommandations se rapportent à deux problèmes principaux : les systèmes d'information et le contrôle interne.

Les systèmes d'information des organismes sont extrêmement monolithiques, difficiles à manier et rigides. Or, les caisses doivent appliquer des évolutions législatives très fréquentes, en particulier en matière de retraite et de famille, au-delà des seules allocations familiales. Les outils s'adaptent mal aux modifications régulières des prestations ; ils ont de grandes difficultés à effectuer les bons calculs, ce qui engendre de nombreuses erreurs métier.

Certaines nouvelles prestations ou règles dépassent tellement le cadre prévu par les outils qu'elles demandent presque un traitement manuel. Cela entraîne inévitablement des erreurs et des indus, d'où nos réserves. Il faut du temps pour les résorber. Les caisses font des efforts et s'y emploient. Les équipes passent beaucoup de temps à s'adapter et à se former aux réformes régulières touchant en particulier la Caisse nationale d'assurance vieillesse et la Caisse nationale des allocations familiales mais aussi, dans une moindre mesure, la Caisse nationale de l'assurance maladie.

De plus, la puissance publique demande aux caisses de payer vite. C'est normal car on ne peut pas faire deux mois de calculs avant de verser le revenu de solidarité active, la prime d'activité ou une pension de retraite. Cette célérité génère des indus et nécessite un contrôle *a posteriori*. Nous incitons donc les caisses à améliorer leurs outils et à contrôler davantage *a priori*. La solidarité à la source doit permettre à la branche famille d'améliorer les données entrantes et les modalités de calcul, afin que les prestations soient déterminées de façon plus fiable, sans erreurs provoquant des indus.

L'audit que nous avons mené, avec l'aide de partenaires extérieurs, a mis en évidence la fragilité de l'outil informatique. Nombre de nos recommandations portent non seulement sur l'agilité des systèmes d'information, mais également sur leur capacité à interroger des bases tierces, en particulier pour détecter des fraudes.

La deuxième grande fragilité à laquelle les organismes doivent remédier concerne le contrôle interne. Celui-ci ne passe pas seulement par les ordinateurs et les systèmes d'information : il requiert également une mobilisation humaine pour vérifier les prestations et leur règlement. Or, cette vérification n'est pas toujours de mise. Des moyens humains doivent en outre être mobilisés pour contrôler les fraudes. Nous le rappelons régulièrement à certaines caisses.

Le comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques de l'Assemblée nationale a commandé à la Cour une étude sur la fraude aux cotisations sociales dans le cadre du travail dissimulé. Nous en rendrons les résultats fin mars. Là encore, nous insisterons sur la nécessité de faire progresser les outils informatiques et de mobiliser des ressources humaines pour effectuer des contrôles.

Mme Joëlle Mélin, rapporteure. Votre rapport indique que le dispositif national de contrôle interne progresse mais qu'il reste fragile. Vous pointez une absence de priorisation des comptes à contrôler en fonction des risques et des enjeux – cela m'a étonnée – ainsi que la quasi-inexistence d'indicateurs fiables de risque financier résiduel. Beaucoup de fraudes et d'erreurs déclaratives sont sous-évaluées – ces dernières auraient représenté 2,6 milliards d'euros en 2024, un montant important.

Il n'y a pas non plus de plan de contrôle des activités de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, contrairement à ce que prévoit la réglementation depuis 2013. L'Agence recouvre directement des produits à hauteur de 125,3 milliards d'euros avec des outils bureautiques obsolètes, qui exposent à des risques d'erreur. Elle comptabilise également dans ses comptes des produits recouverts par d'autres collecteurs que les Urssaf et, là encore, il y aurait des insuffisances. Enfin, la couverture des risques relatifs aux systèmes d'information, aux conflits d'intérêts et aux fraudes reste insuffisante.

Au chapitre des insuffisances du contrôle interne des activités des Urssaf liées au recouvrement des prélèvements sociaux, vous observez que la gestion des données administratives des cotisants – qui sont 12,2 millions au total, dont 6 millions d'indépendants – est largement assurée de façon manuelle. Certaines anomalies et erreurs ne sont pas régularisées par des rapprochements avec le fichier national des comptes bancaires et assimilés.

Les prélèvements sociaux sur revenus d'activité déclarés par les employeurs au moyen de la déclaration sociale nominative – 400 milliards d'euros en 2024 – présentent des anomalies et des erreurs non régularisées. Les prélèvements sociaux sur revenus de remplacement représentent, quant à eux, 31,6 milliards d'euros.

Le calcul des réductions générales de cotisations patronales est entaché par des discordances importantes, ce qui porte les erreurs et les anomalies à 9,5 milliards d'euros en 2024 – montant toutefois en amélioration par rapport à l'année précédente. Un problème identique concerne les autres allègements généraux.

Vous nous direz si les difficultés occasionnées par la suspension des traitements informatiques des relevés de cotisations durant la période 2020-2022, en particulier pour les indépendants, ont été épongées.

J'ajoute que votre rapport fait état de défauts et de retards en matière de contrôle des cotisants et de recouvrement amiable et forcé des créances sur ces derniers.

En ce qui concerne les cotisants, les prélèvements sociaux, les exonérations et les déclarations sociales nominatives peuvent faire l'objet de toutes sortes de difficultés. Je pense à la couverture insuffisante des risques propres aux prélèvements sociaux des indépendants et des particuliers employeurs, dans le cadre du chèque emploi service universel. S'agissant des insuffisances du contrôle des Urssaf sur les recouvrements sociaux, avez-vous des éléments supplémentaires à nous fournir ?

M. Bernard Lejeune. S'agissant du périmètre, l'enjeu est effectivement de 400 milliards d'euros. Mais la totalité n'est pas affectée.

Je ne reviens pas sur les travailleurs indépendants, la déclaration sociale nominative et les autres fragilités : vous avez listé les points sensibles que nous surveillons.

Il faut avoir en tête que le recouvrement est une branche qui a bien progressé, grâce à la mise en place d'un certain nombre d'outils. Des contrôles assez automatisés sur les calculs des cotisations ont lieu assez vite, puis un deuxième contrôle est fait. Des processus sont en train de se solidifier, notamment grâce à des instruments qui permettent des calculs de cotisations pour alimenter les systèmes informatiques individuels, pour les droits des salariés, tout cela devant normalement coller. L'Urssaf, de son côté, ne récolte que les cotisations des entreprises, et non les cotisations individuelles.

Des choses sont en train de s'améliorer, de se consolider. Il existe des dispositifs de lutte contre la fraude. Les Urssaf sont, sinon exemplaires, du moins vigilantes et assez solides sur ce plan. J'ignore si vous aurez l'occasion d'entendre la Mutualité sociale agricole. Elle n'est pas au même niveau que les Urssaf pour le recouvrement dans le monde agricole.

Même si nous formulons des réserves sur le recouvrement, cette activité – il ne s'agit pas d'une branche à proprement parler – est marquée par une tendance régulière à l'amélioration.

M. Michel Thomas. S'agissant de la partie du rapport de certification qui porte sur l'activité de recouvrement, un effort important de pédagogie est fait depuis plusieurs années pour expliquer les constats, simplifier la rédaction, réduire le volume et surtout faire des présentations aussi claires et détaillées que possible. Nous l'avons fait en particulier l'an dernier et nous allons continuer dans ce sens.

Il existe un certain nombre de points récurrents, qui ne font pas l'objet de contestations de la part de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. En matière de contrôle interne, nous faisons le constat pour à peu près toutes les branches, dans des termes assez proches, d'une insuffisance d'éléments probants. Nous observons des améliorations quasiment constantes sur tous les sujets. Mais elles sont lentes et nous devons donc maintenir les points de vigilance que vous avez évoqués, même si nous ne sommes pas encore en mesure de nous prononcer pour 2025.

Mme Joëlle Mélin, rapporteure. Si j'ai insisté sur le recouvrement, c'est que la somme globale en jeu a de quoi interpeller : elle est supérieure à 26 milliards d'euros, et nous verrons ensuite comment elle est répartie. Elle est peu compréhensible, en tout cas pour nos concitoyens. Beaucoup de Français, au-delà des spécialistes et des acteurs concernés, s'intéressent au budget de la sécurité sociale, ce qui n'était pas le cas jusque-là. On se disait que l'État providence pourvoirait aux besoins. Dès lors que les comptes sociaux, qui sont le reflet de la solidarité nationale, sont perçus comme lieu de certaines injustices – votre voisin, qui ne paie pas, bénéficie lui aussi de prestations –, l'attention se porte sur eux. La notion de justice est consubstantielle aux régimes par répartition, particulièrement ceux qui présentent un caractère d'universalité. Si l'on contribue, c'est pour sa propre protection, mais aussi pour la justice sociale. Regarder ce qu'il est possible de faire pour gommer ces aspérités, cette amertume ou ces ressentis fait aussi partie de notre travail.

M. Bernard Lejeune. Les 26 milliards d'euros dont vous avez parlé sont une estimation. Je pense qu'aucun système n'est parfait au sens où il permettrait de recouvrer la totalité. On trouve la même situation pour la taxe sur la valeur ajoutée et les impôts de l'État, c'est-à-dire pour tous les systèmes complexes.

S'agissant du recouvrement, la question du consentement à l'impôt se pose, comme vous l'avez très bien dit. Pourquoi est-ce que je paie et pas d'autres personnes ? Un autre point particulier, qui n'existe pas dans le cas de la taxe sur la valeur ajoutée, est celui des droits des salariés. Au-delà de la perte financière pour la sécurité sociale, des cotisations non versées signifient que des droits en matière de retraite ou d'assurance maladie ne sont pas enregistrés. Autre phénomène qui peut toucher un peu tous les impôts : il y a une concurrence déloyale entre l'entreprise qui paie ses cotisations et celle qui ne le fait pas.

Nous avons conscience que la question du recouvrement est très sensible, d'où les efforts des Urssaf pour améliorer les contrôles, en particulier grâce à des calculs automatiques, et les progrès accomplis en la matière, même s'il reste des incertitudes dans les évaluations que nous faisons, notamment pour les travailleurs indépendants car c'est un des secteurs les plus compliqués. Il existe aussi, il ne faut pas se leurrer, de la fraude organisée autour de sociétés éphémères ou d'autres modes d'organisation, comme le recours à des travailleurs détachés au niveau européen. Le rapport que nous publierons dans deux mois apportera des éléments en la matière. La lutte doit être incessante et les organismes compétents, en tout cas l'Urssaf et l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, y veillent.

M. Jean-Luc Fulachier. Madame la rapporteure, vous avez balayé l'ensemble des insuffisances d'éléments probants dans le cadre du recouvrement. Je crois néanmoins utile d'apporter trois précisions.

Dans l'exercice de certification, nous constatons les progrès et les avancées mais nous mettons en avant, par nature, toutes les difficultés. C'est ce prisme qui fait que la lecture de nos travaux peut donner le sentiment qu'il y en a beaucoup. Il est important d'avoir en tête que ce qui joue dans l'opinion de la Cour et l'appréciation qu'elle va porter est l'évolution dans le temps. Dans le chapitre du rapport de certification qui fait le compte rendu des vérifications réalisées par la Cour, vous trouvez ainsi des paragraphes spéciaux qui détaillent les variations par rapport à l'année précédente.

S'agissant du recouvrement, un paragraphe revient, page 118, sur la question des remises, qui en 2023 faisaient l'objet d'une insuffisance d'éléments probants et d'une contestation. En 2024, malgré des limites, nous avons considéré qu'on était davantage dans le champ de l'incertitude et la catégorie, sur le plan de la gradation de la difficulté, a donc changé. De même, nous avons relevé des difficultés concernant la répartition des produits entre les différents attributaires. En 2024, ces difficultés étaient moindres. Dans la présentation du rapport, ce qui était un point spécifique en 2023 a donc été intégré dans un constat plus large – c'est ce qu'on peut appeler un effet de structure.

Pour ce qui est des incertitudes, elles tiennent soit à une absence d'éléments probants, soit à des éléments qui laissent penser qu'il y a un risque d'insuffisance. Nous affichons le périmètre d'ensemble sur lequel portent les incertitudes, par exemple 2 ou 3 milliards d'euros, mais les incertitudes sont elles-mêmes d'un montant plus faible, que nous ne pouvons pas indiquer en détail. Il faut donc relativiser.

M. Michel Thomas. J'ajoute, pour aller dans le même sens, que s'il est question d'une insuffisance d'éléments probants, c'est parce que nous savons qu'il existe une incertitude mais que nous ne sommes pas en mesure de la quantifier. Si nous pouvions le faire précisément, il s'agirait d'une anomalie, significative ou non suivant son montant – cela dépend des seuils –, et non d'une insuffisance. C'est une insuffisance parce qu'il existe une incertitude.

Mme la présidente Annie Vidal. Vos propos me conduisent à la question, qui concerne le recouvrement mais également l'ensemble des branches, de la finalité de la certification des comptes. Celle-ci doit-elle être comprise comme un jugement global sur la gestion du système ou comme un outil d'identification de points d'amélioration ? On peut faire un parallèle avec la certification des établissements de santé ou, globalement, avec l'ensemble des démarches de qualité, qui permettent d'identifier des points d'amélioration et d'établir des priorités en fonction des difficultés.

Dès lors, comment faudrait-il apprécier une certification complètement exempte de réserves ? Ne serait-ce pas atypique, voire problématique ? L'absence de réserves voudrait dire qu'on a atteint un niveau de perfection qui paraît difficile compte tenu des volumes en jeu. J'aimerais aussi que vous précisiez la différence entre une non-certification et une impossibilité de certifier.

M. Bernard Lejeune. Il me semble, malheureusement, que personne ne pourrait croire une seconde que, sur 700 milliards d'euros, tout est parfait. S'agissant d'une entreprise privée, on pourrait ne pas avoir de réserves si les comptes étaient parfaits et que tout était bien retracé, mais nous ne sommes pas dans ce cas de figure.

Quand nous certifions les comptes, c'est que nous considérons qu'ils sont globalement sincères, qu'ils reflètent une sorte de réalité. Les réserves concernent les points de fragilité sur lesquels les organismes doivent travailler pour améliorer la situation. Nous leur disons, en tant que commissaires aux comptes, que nous pourrions nous demander si nous continuons ou non à certifier les comptes s'il y avait une aggravation sur ces points, étant entendu que d'autres réserves peuvent apparaître ailleurs.

Il existe des seuils en matière de certification. Ils peuvent s'élever à 500 millions ou à 1 milliard d'euros lorsque les périmètres sont très larges. Cela correspond à des normes internationales qui valent aussi pour les commissaires aux comptes privés, même si nos seuils sont toujours quelque peu spectaculaires compte tenu de l'importance des montants en jeu.

Quand les comptes sont certifiés, nous donnons aux parlementaires un feu vert : globalement, c'est sincère et il y a des progrès. Les réserves indiquent les points au sujet desquels des améliorations restent néanmoins nécessaires et sur lesquels vous pourriez vous dire qu'il faut faire preuve de vigilance quand vous interrogez les organismes – vous pouvez leur demander, par exemple, s'ils vont engager certaines actions.

M. Michel Thomas. La certification s'appuie sur des normes. Elle est encadrée, mais ce n'est pas une science exacte pour autant. L'opinion du certificateur compte : il estime, compte tenu des diligences conduites et de ses normes professionnelles, dans quelle direction il faut aller. Le fait de ne pas certifier ou d'être dans l'impossibilité de le faire n'est pas lié au nombre de réserves. Il existe ainsi un nombre important d'insuffisances d'éléments probants s'agissant de la branche maladie, mais cela n'entraîne pas directement de conséquences. La présence d'anomalies significatives ne conduit pas directement à un refus de certifier ou à une

certification avec réserves. C'est l'opinion d'ensemble qui joue, en fonction aussi de l'évolution et de la mesure des risques car nous avons pour obligation de prendre en compte cet élément.

La distinction entre une impossibilité et un refus de certifier tient essentiellement au caractère identifiable ou non de l'anomalie. Si nous sommes sûrs qu'il y a certaines anomalies suffisamment significatives et si nous pensons qu'il en existe peut-être encore d'autres, nous refusons de certifier. Si nous sommes en mesure d'affirmer qu'il y a probablement un risque, mais que nous ne pouvons pas le trouver parce qu'il est diffus, dans l'ensemble des comptes, nous ne sommes ni en mesure de certifier ni de refuser de le faire. C'est donc une impossibilité. Mais il est vrai que la distinction, vue de l'extérieur, ne va pas de soi.

M. Bernard Lejeune. S'il y avait, par exemple, une anomalie significative de 10 ou 15 milliards d'euros bien identifiée, nous refuserions de certifier. Une seule anomalie peut suffire si nous estimons que le compte n'est pas sincère. S'agissant de la branche maladie, nous estimons actuellement qu'en raison de certains éléments, notamment des indus, au sujet desquels nous n'avons pas de certitudes, nous ne pouvons pas assurer que le compte est sincère. Certaines estimations nous font dire qu'il y a des faiblesses. Mais nous ne pouvons pas les identifier. Nous ne sommes pas en mesure de dire, par exemple, qu'elles sont de 4 milliards d'euros, précisément, et que ce montant devrait figurer dans tel ou tel compte.

Mme la présidente Annie Vidal. Je reformule pour être sûre d'avoir bien compris. Cela signifie que vous n'êtes pas en mesure d'assurer que le compte est sincère mais que vous ne pouvez pas non plus affirmer qu'il ne l'est pas. Vous nourrissez des doutes et vous n'êtes pas en mesure de les lever.

M. Bernard Lejeune. Oui, nous ne sommes pas en mesure de certifier parce que nous avons trop d'incertitudes pour garantir que le compte est sincère, mais nous n'arrivons pas à identifier les montants ou les éléments en cause. Le refus de certifier est, à la limite, le cas le plus simple puisqu'il suppose que nous ayons trouvé un élément. C'est ce qui s'est passé dans le cas du recouvrement où nous avons refusé de certifier, pour 5 milliards d'euros, puis il y a eu une rectification au Parlement. Tout a été remis en ordre parce qu'il s'agissait d'éléments identifiables. Le refus de certifier peut, parfois, être moins spectaculaire qu'une impossibilité. Tout dépend : le refus peut être lié à un compte mal enregistré, donc faux.

Mme la présidente Annie Vidal. Mais cela peut se corriger.

M. Bernard Lejeune. Oui, car c'est visible. Si nous sommes dans l'incapacité de certifier les comptes, par exemple pour la branche famille, c'est parce qu'il existe trop d'incertitudes sur les produits et les charges. Nous ne pouvons pas identifier à coup sûr les indus ou la fraude.

M. Michel Thomas. Vu le périmètre, les montants et la complexité de la situation, il n'y a jamais eu de certification sans réserve, ni de la Cour ni des commissaires aux comptes pour les régimes spéciaux d'importance. Cela existe, en revanche, pour les petits régimes. Les éléments figurent tous les ans dans le chapitre 1^{er} bis du rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale. Il s'agit de l'avis sur les tableaux d'équilibre et le tableau de situation patrimoniale.

Pour revenir sur ce qu'a dit le président Bernard Lejeune, on pourrait très bien avoir une certification sans réserve de comptes qui aboutissent à un déficit monstrueux. Ce n'est pas lié.

Mme Joëlle Mélin, rapporteure. Nous pourrions peut-être prendre comme cas d'application la branche autonomie. J'avais des questions précises à son sujet, mais je pourrai les poser directement au directeur de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA).

Cette branche, dont le périmètre des charges comptabilisées est de 41 milliards d'euros, aurait un excédent de 1,3 milliard. Je ne sais pas comment faire apparaître un excédent compte tenu des éléments que je vais rappeler, sur la base de votre rapport de certification de cette année ainsi que des rapports des années précédentes. Ma question sera simple : comment êtes-vous arrivés, eu égard aux remarques que je vais reprendre, pour la parfaite information de ceux que la question intéresserait, à certifier cette branche ?

Vous avez relevé une anomalie significative portant sur l'outil comptable, défaillant en raison d'un dysfonctionnement du logiciel qui a conduit à une rupture dans la numérotation des écritures durant l'année 2024. S'y ajoutent un défaut de rattachement de produits à l'exercice, des impôts affectés, des dépréciations et des provisions pour risques n'étant ni comptabilisés ni notifiés par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, ainsi que beaucoup d'insuffisances d'éléments probants et d'erreurs.

S'agissant des procédures de contrôle de la direction comptable, l'article L. 122-1 du code de la sécurité sociale, qui prévoit que tout organisme de sécurité sociale est tenu d'avoir un directeur et un directeur comptable et financier, n'est pas respecté à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. Vous nous expliquerez peut-être pourquoi. L'intégration des écritures d'autres branches et régimes est, par ailleurs, peu fiable. Quant à l'état de la dématérialisation des données, notamment entre les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) et les caisses d'allocations familiales, il explique leur non-fiabilité.

S'agissant, là encore, de la faiblesse du cadre général du contrôle interne – il s'agit d'une branche nouvelle qui n'est pas tout à fait structurée –, il n'existe, par exemple, aucune donnée sur l'utilisation des 5,5 milliards d'euros versés par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie aux départements. Ce n'est pas à vous de le justifier, mais je signale cet élément pour donner une idée de l'ampleur des difficultés. De plus, aucune information n'est transmise sur les contrôles et leurs résultats par les agences régionales de santé et les départements. En outre, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie n'a toujours pas les moyens d'appliquer l'article L. 114-9 du code de la sécurité sociale, qui prévoit la conception et la mise en œuvre d'un programme de lutte contre les fraudes.

J'en viens aux erreurs affectant le financement des établissements et des services médico-sociaux. Les dotations versées aux établissements, pour près de 31 milliards d'euros, font l'objet de difficultés : des risques d'erreurs sur les transferts automatisés entre les agences régionales de santé et les caisses primaires d'assurance maladie, des contrôles insuffisants et le fait que la mise en place de contrôles sur les dotations versées aux établissements accueillant des personnes handicapées, qui représentent à peu près la moitié des montants financiers, reste limitée. Vous relevez aussi des erreurs de répartition entre les branches maladie et autonomie – erreurs de saisie, données non exhaustives... Par ailleurs, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie ne bénéficie pas d'une assurance suffisante s'agissant du recensement par la Caisse nationale de l'assurance maladie des financements versés au profit de personnes affiliées à un régime étranger de sécurité sociale qui sont hébergées en établissements médico-sociaux.

Pour ce qui est des erreurs affectant les subventions et les concours aux conseils départementaux, vous insistez en particulier sur l'attribution, par l'intermédiaire des maisons départementales des personnes handicapées, de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé.

Quels sont les éléments qui vous ont amenés, malgré ces différents éléments issus de votre rapport, à certifier la branche autonomie ?

M. Bernard Lejeune. La branche est excédentaire, en effet, mais c'est lié aux décisions du Parlement. Je distingue la qualité comptable – j'y reviendrai – de la situation excédentaire. Celle-ci résulte du fait que les parlementaires ont souhaité attribuer à la branche des produits, notamment une fraction de la contribution sociale généralisée, qui sont supérieurs aux dépenses à l'heure actuelle – demain sera peut-être plus délicat. C'est un constat relevant de la gestion et des politiques publiques. Mais ce n'est pas parce que les comptes sont excédentaires ou non que nous les certifions ou pas.

J'en viens à la défaillance de l'outil comptable. C'est un sujet que nous suivons de près car la certification ou la non-certification constitue un véritable enjeu pour la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. En comptabilité, la numérotation des opérations permet de vérifier que tout a été réalisé proprement. Or l'outil comptable de la Caisse permet de modifier, voire d'effacer potentiellement des opérations comptables. On le voit à des sauts de numéros : on passe de l'opération numéro 15 à l'opération numéro 18, par exemple, ce qu'un outil comptable ne doit pas pouvoir faire. Nous n'avons pas l'assurance que les opérations comptables sont sûres et qu'il n'existe pas d'anomalie. Nous avons signalé ce problème. Nous avons même particulièrement insisté : la résolution de cette difficulté fait partie des objectifs que nous avons fixés à la Caisse. Elle y travaille dans un plan qu'elle est en train de mettre en place. Cette difficulté pourrait compromettre la certification par le commissaire aux comptes : celle-ci pourrait être mise en question si le *statu quo* prévalait.

L'existence d'un directeur comptable et financier est une obligation s'imposant à l'ensemble des caisses, que la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie ne respecte pas pour l'instant mais qu'elle a commencé à appliquer, récemment, à la demande du commissaire aux comptes. Cela étant, nous ne pouvons pas, bien entendu, nous exprimer sur la certification des comptes pour 2025. Nous n'avons pas, par définition, terminé leur examen.

Il est une difficulté propre à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie : c'est la seule caisse dépourvue de réseau local – la Caisse nationale de l'assurance maladie s'appuie sur les caisses primaires d'assurance maladie, la Caisse nationale d'assurance vieillesse sur les caisses d'assurance retraite et de santé au travail, et ainsi de suite. La singularité de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie s'explique par le fait qu'il s'agit d'une structure récente. Lorsqu'on a voulu instituer la cinquième branche de la sécurité sociale, on a créé une caisse centrale mais pas de structures locales. Il s'ensuit que cette branche, comme nous le mettons en évidence en qualité de commissaire aux comptes, n'a pas la capacité de vérifier la réalité de certaines opérations et d'assurer un contrôle interne complet. En effet, les parties prenantes de la branche autonomie ne dépendent pas de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. Toutefois des conventions peuvent être conclues avec la Caisse nationale des allocations familiales pour les caisses d'allocations familiales, avec l'État pour les agences régionales de santé, et – chose plus compliquée – avec les départements pour les maisons départementales des personnes handicapées. La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie dépend du bon vouloir des autres pour effectuer un contrôle interne qui, pour l'instant, lui échappe complètement. En tant que commissaire aux comptes, nous avons un message important à délivrer au Parlement : nous constatons que la sécurité des opérations réalisées,

pour ce qui est des données, nous échappe. Il existe des incertitudes assez fortes qui mettent la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie en difficulté, faute d'un réseau local.

Nous avons parlé avec la Caisse du circuit des maisons départementales des personnes handicapées. Elle a entamé une réflexion sur les contrôles en lien avec les départements. Des choses commencent à se faire. Mais la Caisse n'a pas d'autorité. La maison départementale est ordonnateur, de fait ; derrière, les départements et les caisses d'allocations familiales paient, par exemple pour l'allocation aux adultes handicapés. Le problème est que la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie ne sait pas selon quelles modalités se font ces paiements. Elle ne réalise pas de contrôle interne. Elle verse de l'argent sans pouvoir vérifier ces opérations. Nous n'en avons pas davantage les moyens, même si nous allons effectuer des contrôles. L'insuffisance des éléments probants est source de fortes incertitudes.

Des difficultés similaires existent dans les rapports entre les agences régionales de santé et les établissements médico-sociaux, même si les circuits financiers diffèrent. Les agences saisissent des éléments comme il n'y a pas d'interconnexion entre des données informatiques. Or, toute saisie entraîne des risques d'erreurs, que ce soit dans les calculs ou dans la frappe proprement dite. Cela engendre les difficultés que vous avez signalées.

La caisse centrale que constitue la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie n'a donc pas la main sur le réseau et le contrôle interne. Or, s'agissant des prestations relevant de la maison départementale des personnes handicapées, on ne peut écarter le risque de fraudes, jusqu'au stade du paiement, ou d'erreurs matérielles, d'indus. Les agences régionales de santé, par exemple, ne fraudent bien sûr pas, mais elles peuvent commettre des erreurs de saisie, qui s'expliquent parfois par la transmission d'informations erronées de la part des établissements médico-sociaux.

Cette somme d'incertitudes conduit mécaniquement à une insuffisance significative d'éléments probants.

Pourquoi, dans ces conditions, avons-nous certifié les comptes ? Peut-être y a-t-il eu, au départ – j'en parle d'autant plus librement que je n'étais pas en fonction alors –, la volonté de certifier avec réserves les comptes de la branche autonomie, qui venait d'être créée, afin de lui laisser un peu de temps pour améliorer la situation. Au bout de cinq ans, nous pouvons être plus regardants et attendre des évolutions positives ou, à tout le moins, des efforts de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. Certes, elle ne pourra pas répondre à toutes les questions puisqu'elle n'a pas de réseau, mais sur le système comptable ou son organisation comptable, par exemple, elle peut procéder à des améliorations. Certains problèmes sont liés au caractère très particulier de son organisation.

Mme la présidente Annie Vidal. On relève de nombreux concours de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie aux départements, qui représentent un montant élevé. Peut-on parler d'une absence de visibilité sur l'utilisation de ces concours par ces collectivités ?

M. Michel Thomas. C'est tout à fait cela. Je me permets de vous renvoyer au chapitre du rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale de mai dernier consacré au bilan de la création de la branche autonomie, ainsi qu'aux observations définitives relatives à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie publiées en décembre. Comme nous l'avons indiqué dans ces documents, la Caisse n'a pas les moyens de vérifier que les départements ont utilisé ces concours pour les finalités prévues – même si nous n'avons pas de raison particulière de soupçonner quoi que ce soit. C'est pourquoi nous avons recommandé

quelques évolutions réglementaires pour permettre à la Caisse de récupérer les sommes versées dans l'hypothèse où un département ne conduirait pas les actions prévues par convention, comme elle peut le faire lorsqu'une convention a été conclue avec une association.

Mme Joëlle Mélin, rapporteure. J'entends que la branche autonomie a été créée dans un contexte plus politique que budgétaire. Mais les interrogations à son propos devront très vite déboucher sur des protocoles de nature à clarifier les choses. La certification que vous apportez peut apparaître comme un blanc-seing alors qu'il y a encore énormément de progrès à réaliser.

M. Michel Thomas. À l'issue de l'exercice de certification et de la publication du rapport afférent en mai dernier, nous avons tenu, comme chaque année, des réunions internes de suivi de la trajectoire de levée des réserves. À cette occasion, nous avons particulièrement appelé l'attention du directeur de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie ainsi que de son directeur comptable et financier, qui venait d'être nommé, sur le fait que, la branche autonomie ayant été créée il y a cinq ans, nous attendions désormais de réels progrès, faute de quoi il nous faudrait en tirer les conséquences.

Sans anticiper sur l'opinion que nous inspireront les comptes de l'année 2025, je voudrais faire part de deux éléments factuels qui nous ont été apportés et que le directeur de la Caisse pourra confirmer. Le premier est la nomination d'un directeur comptable et financier de plein exercice. Cela ne signifie pas que la direction comptable et financière sera totalement structurée, comme le demande le code de la sécurité sociale mais, au moins, il ne s'agira plus d'un simple directeur comptable. Le deuxième élément est l'installation d'un nouveau logiciel comptable, performant, théoriquement courant 2026.

M. Jean-Luc Fulachier. Je voudrais revenir sur les conditions de mise en œuvre de la branche autonomie, décidées par une loi de 2020 et par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2021. Le législateur pourrait se pencher sur certains points qui n'ont pas été complètement creusés, en particulier l'organisation des relations entre la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie et les branches qui assurent les prestations pour son compte.

On peut prendre l'exemple de la protection sociale des travailleurs indépendants. Comme vous le savez, la Cour certifie les comptes du Conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants. À la suite de la suppression du régime social des indépendants entre 2018 et 2020, le législateur a organisé, par des articles spécifiques, les modalités de conventionnement entre le Conseil, d'une part, la Caisse nationale d'assurance vieillesse et l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, d'autre part, ainsi que la gestion des réserves. Des dispositions particulières concernent la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.

Les transferts dont nous avons parlé s'expliquent par le fait que la branche maladie gère les dotations aux établissements. En réalité, on a ajouté le terme « autonomie » dans les textes qui organisent les compétences des caisses primaires d'assurance maladie mais sans définir de cadre concernant la relation entre la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie et la Caisse nationale de l'assurance maladie, voire la Caisse nationale des allocations familiales. La convention liant cette dernière à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, qui organise le contrôle interne, vient d'être signée. Nous l'attendions depuis trois ans. La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, avec ses 200 agents et sa bonne volonté, fait face à des organismes plus importants, qui ont des responsabilités propres et pour qui les prestations liées à l'autonomie représentent une part certes substantielle, mais pas toujours prioritaire.

La certification a accompagné des progrès. Ainsi, au sein de la branche famille, à la suite des éléments assez terribles que nous avons mis en lumière en 2021 et 2022 concernant la gestion de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé, une nouvelle organisation a été instaurée. Par ailleurs, de nouveaux systèmes d'information sont en train d'être installés dans les caisses primaires d'assurance maladie pour la gestion de la dotation aux établissements, en particulier pour automatiser les flux avec les agences régionales de santé. Cela permettra des progrès.

Toutefois, le cadre qui régit les relations avec les organismes de sécurité sociale et les départements demeure insuffisant.

Les comptes de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie enregistrent correctement les flux comptables, sous réserve de toutes ces questions.

Mme la présidente Annie Vidal. C'est surtout une question de structuration ?

M. Jean-Luc Fulachier. C'est une question de structuration, d'organisation et de degré d'exigence. Paradoxalement, une caisse de sécurité sociale pourrait décider de déléguer une partie de sa gestion, en application du code de la sécurité sociale, à un organisme. Certaines dispositions du code organisent la délégation et prévoient le dispositif de contrôle interne, les diligences qui peuvent être faites. Dans le cas de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, on s'appuie sur des conventions. Leur contenu et le degré d'exigence dont peut faire preuve la Caisse vis-à-vis de ceux qui gèrent pour son compte ne sont pas assez affirmés.

Mme Joëlle Mélin, rapporteure. On comprend que cette branche très jeune mérite d'être affirmée.

J'en viens à la branche famille, que vous n'avez pas certifiée pour la troisième année consécutive. En 2024, son périmètre de charge dépassait les 87 milliards d'euros. Le poids de la fraude semble élevé : vous l'estimez, dans votre rapport de mai dernier, entre 4,6 et 5,7 % des prestations versées, soit quelque 4 à 4,5 milliards d'euros.

La Caisse nationale des allocations familiales est tiers payant pour des opérations en principe déléguées aux départements – revenu de solidarité active, prime d'activité, complémentaire santé solidaire. Pourquoi les indus constatés sont-ils répertoriés dans les comptes de la Caisse, ce qui la met en difficulté ? Ces délégations de prestations pour tiers à la branche famille me semblent rendre les flux financiers complexes, voire illisibles, en particulier avec les collectivités territoriales. Comment alors consolider et certifier les comptes ?

M. Bernard Lejeune. C'est un autre registre de difficultés. Vous aurez noté que l'impossibilité de certifier n'est pas liée à des anomalies significatives, ce qui ne serait pas logique, mais à des insuffisances d'éléments probants dont les montants nous apparaissent suffisamment élevés pour que la Cour ne parvienne pas à sortir de cette impossibilité. D'ailleurs, la situation continue de se dégrader.

L'indicateur clé, c'est l'indicateur de risque financier résiduel (IRR), construit sur la base d'un échantillon statistique élaboré par la Caisse nationale des allocations familiales, dont nos équipes de certification vérifient la représentativité et la solidité. Une estimation est faite sur quelque 6 000 dossiers pour déterminer le pourcentage d'erreurs – ou, du moins, ce que nous appelons, à ce stade, des indus –, c'est-à-dire des prestations versées de façon erronée. On arrive, au total, à des montants significatifs.

Le certificateur est un animal à sang froid. Nous constatons l'application des normes. Mais je veux rappeler que la Caisse nationale des allocations familiales fait face à des prestations dont la complexité engendre facilement des indus. Même s'il y a eu quelques simplifications, on demande aux gens de remplir des formulaires compliqués s'agissant, par exemple, du revenu de solidarité active ou de la prime d'activité, et d'avoir un niveau de compréhension élevé. Il y a énormément d'erreurs dans les données déclaratives, pas seulement par volonté de fraude mais aussi en toute bonne foi. Ces erreurs peuvent d'ailleurs être au désavantage de la personne, qui n'a pas compris ce qu'elle devait déclarer. Il y a ensuite des erreurs métier, commises par les agents des caisses d'allocations familiales, dans les calculs ou dans la saisie de données. Les caisses doivent vérifier que les personnes ayant fait les calculs n'ont pas saisi de sommes en faveur de gens qu'elles connaîtraient, etc. Le système est donc structurellement fragile, tant sur le plan interne qu'au stade du recouvrement, après constatation des indus. Les indicateurs de risque financier résiduel à 9 mois sont assez élevés ; à 24 mois, ils diminuent un peu parce que des travaux sont menés pour repérer les indus, mais par la suite, il demeure un pourcentage résiduel, qui ne sera jamais ou quasiment jamais détecté.

Nous nous reposons sur une estimation, un sondage, qui donne un ordre de grandeur de la fragilité du système. Nous avons à la fin une insuffisance d'éléments probants. Cet indicateur de risque financier résiduel est très discuté ; vous en parlerez certainement avec les représentants de la Caisse nationale des allocations familiales. C'est un élément que nous regardons, en tant que certificateur, et dont nous constatons la dégradation régulière. Bien sûr, comme nous le lisons avec deux ans de décalage, on nous dit souvent d'attendre deux ans pour relever des progrès. Nous aimerions en voir ! Les conventions d'objectifs et de gestion mentionnent des pourcentages attendus, que nous rappelons régulièrement, et qui ne sont pas tenus par la branche famille.

Pour remédier à ces problèmes, un plan d'amélioration de la qualité transverse (PAQT) a été mis en place. À la fin 2024, son taux de mise en œuvre était de 74 %. Mais nous n'avons pas constaté d'amélioration significative. Cela ne veut pas dire qu'ils n'aient rien fait ! La branche famille consent des efforts ; ses équipes travaillent. Mais les réformes se succèdent et leur outil informatique est très rigide, qui ne permet pas de traiter les évolutions : ils finissent par ouvrir des tableurs Excel où ils effectuent des calculs pour les ressaisir ensuite dans l'outil... C'est dire la fragilité des circuits de calcul et de saisie, l'importance du risque d'erreur comme la complexité du contrôle. Je le redis : le certificateur est un animal à sang froid, nous devons constater cet état de fait. J'appelle votre attention sur le fait que s'il s'agit, pour la branche famille, d'une vraie difficulté.

Cette branche espère que la solidarité à la source lui permettra de solidifier les données entrantes, puisque celles-ci seront automatisées comme c'est le cas pour le prélèvement à la source de l'impôt sur le revenu. Mais cela ne règlera pas tout, car la procédure ne donne pas toutes les informations : certains revenus en sont exclus.

Nous mesurerons le pas accompli dans le cadre de la certification des comptes 2025. Nous avons demandé à la branche famille de travailler sur des indicateurs qui permettent d'apprécier les progrès accomplis. L'année dernière, ils ont axé leur travail sur cinq caisses d'allocations familiales ; nous leur avons instamment demandé de fournir des preuves d'amélioration. En effet, ils avaient le sentiment que des améliorations avaient eu lieu mais ils ne parvenaient pas à le démontrer. Le certificateur ne croit que ce qu'il voit : tant que nous n'avons pas la preuve d'une amélioration, nous sommes dans l'impossibilité de certifier. Nous attendons donc ces éléments, ainsi que des améliorations concernant les systèmes d'information très fragiles, à propos desquels nous nourrissons de fortes inquiétudes contrairement à d'autres

branches. En ce domaine, nous estimons que les choses n'avancent pas. Le certificateur que nous sommes en a alerté la Caisse. Cela rend les contrôles internes fragiles et entretient une forte incertitude.

Par ailleurs, la fraude est favorisée par la complexité des dispositifs. La Caisse nationale des allocations familiales a montré des améliorations dans le ciblage des fraudes : elle arrive à mieux cerner certaines d'entre elles, ce qui révèle une plus grande efficacité. Toutefois, nous lui rappelons la nécessité d'accroître le nombre d'opérations contrôlées. On peut en effet cibler certaines fraudes que l'on connaît, mais les fraudeurs évoluent vite. Il est souhaitable d'avoir des contrôles un peu plus complets.

La Cour des comptes, en sa qualité de certificateur, a mis en évidence des difficultés dans trois domaines : l'informatique, le contrôle interne – nous avons relevé des flux mal maîtrisés, ressaisis, calculés en laissant subsister d'énormes incertitudes à tous niveaux – et le contrôle de la fraude, s'agissant de prestations propices à ces agissements. Ces problèmes expliquent pourquoi il nous est impossible de certifier les comptes de cette branche.

Nous verrons si la solidarité à la source donne le sentiment qu'une évolution est en cours. On peut craindre, toutefois, que l'impossibilité de certifier les comptes de la branche famille soit, en quelque sorte, structurelle. Même si les derniers éléments qui seront portés à notre connaissance permettaient de sortir de cette situation – pour l'heure, je n'en sais rien, je ne dispose pas de ces éléments –, nous continuerions à formuler des réserves importantes pour les raisons que je vous ai exposées.

Il est des actions, tels le contrôle interne et le contrôle de la fraude, qui incombent à la Caisse nationale des allocations familiales et sur lesquels elle peut agir. En outre, elle doit mener un travail sur la partie informatique avec les tutelles. Elle est confrontée à des difficultés structurelles dans la mesure où elle est contrainte d'absorber les réformes successives. Celle des aides personnalisées au logement, intervenue récemment, a consisté à contemporanéiser les aides. Cela a créé un choc car les systèmes informatiques ne permettaient pas de recueillir les informations. La prime d'activité a connu un certain nombre de changements, à l'instar du revenu de solidarité active. Des règles nouvelles apparaissent régulièrement. Compte tenu de la palette de prestations qu'elle assure, la branche famille doit subir de nombreuses évolutions. Ce n'est pas une excuse car, avec un outil plus performant, elle pourrait sans doute mieux faire.

Il faut avoir conscience que la Caisse nationale des allocations familiales n'arrive plus à encaisser certains éléments exogènes. Nous constatons qu'à chaque fois qu'ils ont fait un effort, un nouveau dispositif apparaît, qui peut conduire à une détérioration des données.

Mme Joëlle Mélin, rapporteure. Compte tenu du périmètre de la branche famille, les sommes en jeu sont très importantes. Un seul point de pourcentage de l'indicateur de risque financier résiduel représente des montants considérables. Le travail que nous menons peut donc entraîner des économies substantielles.

M. Jean-Luc Fulachier. L'indicateur de risque financier résiduel est calculé sur un périmètre concentré sur certaines allocations, dont la structure évolue d'ailleurs dans le temps. Les montants ont augmenté pour le revenu de solidarité active, même s'ils sont désormais assez stables, ainsi que pour la prime d'activité, après les mesures prises en 2019. Les taux s'établissent entre 6,9 % et 9,1 % à vingt-quatre mois sur le périmètre concerné. Ce pourcentage recouvre à la fois des indus, pour à peu près cinq sixièmes, et des rappels pour le sixième restant.

L'un des intérêts du rapport de certification est d'attirer l'attention du financeur, par exemple l'État concernant la prime d'activité ou l'allocation adulte handicapé. Certains départements sont déjà mobilisés sur le revenu de solidarité active. Dès lors que la Cour des comptes signale des erreurs importantes, cela signifie qu'il y a une difficulté liée à la gestion, aux systèmes d'information, mais aussi à la complexité des règles et aux exigences du financeur. Nous mettons l'accent sur ce qui se passe dans les caisses d'allocations familiales, mais elles-mêmes gèrent la complexité des paramètres choisis par les pouvoirs publics.

Mme Joëlle Mélin, rapporteure. Le législateur et le pouvoir réglementaire devraient donc bien réfléchir avant de changer les règles. Tous les attributaires du revenu de solidarité active recevront maintenant la prime d'activité et la complémentaire santé solidaire : a-t-on mesuré si l'on ne crée pas de cette façon une complexité supplémentaire ? Dans la branche vieillesse, il est arrivé que des décisions augmentent le nombre d'incidents de 22 % !

Mme Sophie Pantel (SOC). J'ai été surprise d'entendre que la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie n'aurait pas une bonne visibilité sur les dépenses des départements. Ceux-ci remplissent régulièrement un logiciel, Iodas, qui permet de débloquent les fonds de la Caisse. Ils sont aussi en train de développer un outil dédié aux personnes âgées.

S'agissant des établissements sanitaires et sociaux, il est possible que les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) ne permettent pas à l'autorité de tarification de mesurer toutes les dépenses, puisque des transferts de groupe à groupe sont possibles.

En ce qui concerne les dotations de fonctionnement allouées par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie aux maisons départementales des personnes handicapées, j'ai été présidente de conseil départemental pendant dix ans et je rencontrais régulièrement la Caisse : je peux affirmer que celle-ci dispose de toutes les informations nécessaires. La plupart des maisons départementales fonctionnent aujourd'hui avec une participation de la Caisse de l'ordre de 50 % à 60 %, le reste venant du département. Les fonds de compensation interviennent seulement quand les mutuelles sont mobilisées auparavant : il peut y avoir un décalage. Je dis tout cela pour ne pas laisser penser que les départements manquent de transparence. La mise en place du dispositif Iodas a coûté très cher et les maisons départementales accomplissent un énorme travail de remontée de l'information vers la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.

Je vous remercie pour vos informations concernant les recouvrements et les non-rattachements. Il est important de prendre du recul et de rappeler qu'il peut y avoir des erreurs de bonne foi, pas seulement de la fraude.

Il ressort de vos propos que les difficultés sont principalement liées aux systèmes d'information et aux modifications votées par le Parlement, malgré vos préconisations et les efforts d'amélioration. Combien coûtent ces anomalies ? Combien coûterait un système d'information qui corrigerait ces problèmes ? Enfin, le risque de cyberattaque est-il bien pris en compte ?

M. David Magnier (RN). Vous indiquez dans le rapport de certification des comptes de l'année 2024 que le montant que facture l'assurance maladie à l'État pour l'aide médicale de l'État (AME) est affecté d'incertitudes car la vérification de la situation déclarée par les demandeurs n'exploite pas la totalité des informations dont disposent les administrations. Il s'agit du contrôle de l'identité, de l'irrégularité du séjour, de la condition de ressources ou encore de la stabilité de résidence sur le territoire.

Vous précisez que l'accès à la base Visabio du ministère de l'intérieur ne permet pas de consulter l'intégralité des titres reconnus par la France et que la consultation par les consulats des visas délivrés dans l'espace Schengen n'a pas été organisée. Quels obstacles s'opposent à l'interconnexion des fichiers administratifs ? Comment ces entraves se sont-elles matérialisées pour vous ?

M. Théo Bernhardt (RN). Le dernier rapport de certification indique que l'estimation du montant de la fraude de 2022 à 2024 n'était pas complète. A-t-elle pu être complétée, et à quelle estimation vous êtes-vous arrêtés ? Le Haut Conseil du financement de la protection sociale l'estime à 14 milliards d'euros en 2025.

Vous indiquez également que l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale ne dispose toujours pas d'un plan de contrôle unifié de l'ordonnateur et du comptable couvrant toutes ses activités, contrairement à ce que prévoit la réglementation depuis 2013. Pourquoi n'y a-t-il pas de contrôle unifié ? Quelles sont les conséquences de cette absence sur votre travail ?

Qui certifie les comptes du régime local d'Alsace-Moselle ?

Enfin, une question qui sort peut-être du champ de cette audition : combien les franchises médicales rapportent-elles à la sécurité sociale ? Je rappelle qu'elles s'élèvent à 1 euro par boîte de médicaments et à 4 euros pour les transports sanitaires dans une limite de 50 euros par an maximum, et que le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2026 prévoyait de les augmenter à 2 euros par boîte. Heureusement, cette orientation a été abandonnée. Comment sont utilisées ces sommes ? Une réforme de ce système pourrait-elle être envisagée ?

Mme la présidente Annie Vidal. Avez-vous une idée, même vague, du montant que représentent les erreurs comptables ? Ces sommes sont-elles la conséquence d'une dérive systématique et, le cas échéant, comment la corriger ?

Peut-on évaluer la proportion des erreurs faites au détriment de la sécurité sociale et de celles qui lui sont favorables ?

La Cour estime-t-elle que les difficultés financières de la sécurité sociale pourraient, pour partie, être imputées à ces erreurs et à ces fraudes ?

M. Bernard Lejeune. En ce qui concerne les systèmes d'information, c'est un sujet sur lequel nous travaillons. Nous aurons une réponse dans les mois à venir. Ce sont des calculs difficiles. Nous nous sommes notamment interrogés sur les outils de la Caisse nationale d'assurance vieillesse et de la Caisse nationale des allocations familiales, très monolithiques et très peu agiles. L'amélioration du système de la Caisse nationale d'assurance vieillesse est plus avancée, mais les réformes doivent bien sûr être traitées en priorité : ce chantier prend donc du retard. La Caisse nationale des allocations familiales nous inquiète davantage car il n'y a même pas de trajectoire : l'architecte n'est pas encore là.

Pour donner un exemple tiré de la branche vieillesse, dont nous avons peu parlé, lors de la réforme de 2023, le choix a été fait de réévaluer les petites retraites. Non seulement ce sont des calculs extrêmement complexes, mais on parle de retraites de gens qui ont parfois 80 ans, à la retraite depuis vingt ans, pour lesquels on ne dispose pas toujours des informations nécessaires ! En prenant une telle décision, on a oublié de se demander si l'administration était capable de l'appliquer. Il y a donc des outils peu agiles, pour lesquels nous n'avons pas de

mémoire. C'est un sujet vital : il pourrait un jour y avoir un vrai problème de calcul de prestations.

S'agissant des cyberattaques et de la protection des données, ce sont des points de sensibilité qui font partie des diligences accomplies par les équipes de certification.

En ce qui concerne l'estimation de la fraude, elle n'est pas complète mais limitée à certains périmètres. Nous demandons que ce soit amélioré. L'estimation de la Caisse nationale d'assurance vieillesse est un peu plus complète, je crois. Ensuite, on peut extrapoler pour une estimation plus générale. Cela restera une estimation, et il est toujours risqué d'agréger des estimations. Dans certains cas, comme pour la branche famille, on voit que les montants en jeu sont trop importants et qu'il y a un vrai souci. Je ne conteste pas les autres ; disons que les différentes estimations montrent l'éventail de ce qui est possible même s'il faut se méfier de la course au spectaculaire. Pour l'ensemble, nous nous appuyons sur nos propres chiffres publiés dans le rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale de mai 2025.

Cela pourrait avoir un effet sur les comptes sociaux. Le certificateur insiste sur l'importance de la lutte contre la fraude ; ce point figure d'ailleurs dans les conventions d'objectifs et de gestion. Toutefois, même si elle peut contribuer à un meilleur équilibre des comptes sociaux, nous rappelons souvent que ce n'est pas la panacée. D'abord, il est illusoire de croire que l'on pourrait parvenir à un monde parfait dans lequel la fraude aurait disparu. Ensuite, les grands facteurs de déséquilibre de certaines branches, comme la vieillesse ou la maladie, sont plus structurels.

S'agissant des franchises médicales, c'est du côté de l'assurance maladie que cela se joue. C'est une décision du législateur : nous n'avons pas à nous prononcer sur son bien-fondé. Nous travaillons à des pistes techniques qui pourraient aider à la réflexion, mais c'est vous qui êtes maîtres du jeu.

M. Jean-Luc Fulachier. S'agissant de l'aide médicale de l'État, l'outil de gestion, qui n'était pas efficace, est en train d'être modifié. Il y a aussi des problèmes d'accès aux bases d'information. En ce domaine, nous faisons face à trois difficultés, qui se cumulent.

La première difficulté tient aux règles qui s'appliquent à la base elle-même : ses finalités sont définies soit par le législateur, soit par le pouvoir réglementaire, et l'utiliser pour d'autres finalités suppose de modifier les textes. Le projet de loi relatif à la lutte contre les fraudes sociales et fiscales étend, je crois, l'usage de certaines bases. Ainsi, des bases patrimoniales conçues initialement dans une fin fiscale pourraient être utilisées par certaines branches.

La deuxième difficulté, au-delà du cadre réglementaire, est d'ordre technique. Je prends un autre exemple que celui de l'aide médicale de l'État. La Cour avait recommandé en 2020 que les organismes sociaux utilisent la base Ficoba – fichier des comptes bancaires et assimilés – afin de s'assurer que le versement est bien adressé à la bonne personne. En 2023, il y a eu un référé car ce n'était toujours pas fait. C'est en train d'être fait, en tout cas pour les nouveaux titulaires de prestation. Mais il faut aussi traiter les millions de bénéficiaires déjà enregistrés. Au moment de la crise sanitaire, on s'est en effet aperçu que les caisses ne disposaient pas de références bancaires parfaitement à jour : quand les gens n'ont pas besoin d'une prestation, ils ne se manifestent pas. C'est plus difficile car les applications partagées sont faites pour des échanges point pour point – un nouveau bénéficiaire lié à un compte bancaire. Pour mener des vérifications en masse, on se heurte à des limites techniques : on ne

peut traiter que 5 000 ou 10 000 dossiers par jour, le nombre de connexions simultanées est plafonné. Pour aller plus loin, il faut des investissements, tant de celui qui gère la base pour son propre besoin que des caisses qui demandent à y avoir accès. Il faut toute une organisation.

La troisième difficulté, enfin, concerne les partages de données, considérés de plus en plus sensibles en raison des cyberattaques menées contre certaines administrations.

Concernant l'aide médicale de l'État, le rapport signale des problèmes de gestion. Les erreurs d'attribution ne font pas l'objet d'un suivi car les populations concernées sont précaires. Cela touche d'ailleurs aussi la fraude. Lorsque les fraudes sont identifiées par les organismes, ils peuvent les qualifier, les intégrer dans leurs comptes et lancer des procédures de recouvrement. En revanche, nos estimations sont statistiques : dès lors, on ne peut pas retenir à chaque fois l'élément intentionnel de la fraude. La Cour parle de « fraude potentielle » : il y a une zone grise. Pour passer à l'identification puis au recouvrement, c'est plus difficile. Par ailleurs, certains fraudeurs disposent de moyens importants, mais d'autres sont dans une situation de précarité ; ils n'ont tout simplement pas d'argent pour rembourser. Pour ces raisons, l'idée que la lutte contre la fraude aurait un effet sur les ressources doit être largement nuancée.

Il est néanmoins essentiel d'estimer la fraude correctement. C'est l'un des apports de la certification : avoir généralisé ces estimations pour toutes les caisses. Comme les indicateurs de risque financier résiduel, elles permettent de repérer les cas possibles de fraude. La meilleure action, c'est la prévention, c'est-à-dire la recherche des moyens d'empêcher et de corriger les erreurs et les fraudes avant qu'elles ne se produisent.

En ce qui concerne l'Alsace-Moselle, la certification est effectuée par des commissaires aux comptes, avec lesquels nous collaborons.

Quant à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, l'absence de plan de contrôle unifié a une explication historique. Nous constatons néanmoins des progrès au fil des années.

M. Michel Thomas. Le certificateur n'a pas à se prononcer sur le plan de contrôle interne. Celui-ci relève de la responsabilité des organismes. Nous en utilisons les résultats mais nous n'avons pas à valider les modalités de contrôle. L'absence de plan de contrôle unifié a néanmoins des incidences sur la fiabilité et même la pertinence du contrôle. Il est dommage de ne pas en établir un car, compte tenu de la faiblesse des effectifs dédiés au contrôle interne, les divergences entre ordonnateur et comptable sont regrettables. L'absence de plan de contrôle unifié n'a toutefois pas d'incidence sur l'opinion de la Cour.

Mme Joëlle Mélin, rapporteure. S'agissant de la branche maladie, dont nous avons peu parlé alors qu'elle pèse le plus lourd dans le périmètre de notre étude à hauteur de 251 milliards d'euros en 2024, vous relevez trois anomalies significatives parmi lesquelles une dette très ancienne envers les hôpitaux publics de 800 millions d'euros. Cette somme importante mérite une explication.

La deuxième anomalie concerne des taxes et impôts affectés qui ne sont pas enregistrés en droits constatés. Nous avons vu que c'était habituel.

Troisième anomalie, les frais pour des séjours hospitaliers en cours au 31 décembre ne seraient ni provisionnés ni comptabilisés au titre de l'année écoulée ni de la suivante. Pouvez-vous nous donner une explication sur ce point ?

M. Bernard Lejeune. Les anomalies significatives sont de nature comptable.

Depuis un changement du système de calcul des dotations pour les hôpitaux, qui date tout de même de 1983, il reste une dette. Sur le plan comptable, ce n'est pas un souci puisqu'il s'agit d'une dette de l'État et d'une créance pour les hôpitaux. Mais normalement, on ne la garde pas aussi longtemps. Il n'est pas impossible que certains hôpitaux aient provisionné alors même que la créance ne sera jamais honorée. C'est une anomalie significative au sens où les règles comptables ne sont pas respectées, et ce, depuis plus de quarante ans. Nous l'avons signalée plusieurs fois. Il n'y a pas de conséquence sur la situation financière des hôpitaux – ils n'attendent pas ce versement depuis quarante ans, du moins je l'espère. Mais à un moment donné, il faut bien corriger d'une façon ou d'une autre. La Cour a beaucoup insisté auprès des administrations pour qu'il soit mis fin à cette situation insatisfaisante depuis trop d'années.

S'agissant des séjours hospitaliers, selon le principe des droits constatés, vous devez rattacher un droit à l'exercice au cours duquel il est né, quelle que soit la date à laquelle il est payé. Or, le plus souvent, le droit est enregistré en même temps que le paiement, donc l'année suivante. Admettons que vous entriez à l'hôpital en décembre et que vous en sortiez le 5 janvier, vous payez l'intégralité de votre séjour en 2026 alors qu'une partie aurait dû être inscrite dans la comptabilité de l'année précédente. Il n'est pas évident sur le plan comptable pour l'hôpital de répartir les jours entre les années. Mais le certificateur est tenu de vérifier que les règles relatives aux droits constatés ont été respectées. En l'occurrence, ce n'est pas le cas.

Mme Joëlle Mélin, rapporteure. Peut-on connaître la nature de la dette de 800 millions d'euros ? Aurait-elle un lien avec l'apurement d'une dette de 10 milliards d'euros, sur la base de chiffres fournis par le Centre des liaisons européennes et internationales de sécurité sociale, correspondant à des créances de pays étrangers envers les hôpitaux ? À l'époque, il existait un mécanisme de prise en charge de soins programmés de pays à pays.

M. Bernard Lejeune. Non, c'est lié à un changement de système d'attribution des dotations. Certains hôpitaux ont reçu les paiements et, pour d'autres, il a dû être décidé qu'ils interviendraient plus tard. Je crois que cela concernait notamment les hôpitaux psychiatriques. Puis la dette n'a jamais été honorée. Pour que les choses soient correctes sur le plan comptable, soit vous effacez la dette – vous donnez la possibilité à l'hôpital d'annuler sa créance –, soit vous l'honorez. Or, quarante ans, c'est long pour prendre une décision. Il n'est pas normal de laisser perdurer aussi longtemps une anomalie purement comptable. Mais comme il est question de l'État, tout le monde a gardé les éléments en tête.

Mme la présidente Annie Vidal. Cela me fait penser à des établissements de ma circonscription, dans l'impossibilité d'effacer des dettes inscrites depuis longtemps dans leur comptabilité parce que ils ne savent pas ou ne peuvent pas le faire techniquement.

M. Bernard Lejeune. Un décret paru en décembre dernier rappelle le caractère exigible des 800 millions d'euros, donc l'administration bouge.

En dehors des dettes de l'État, les établissements peuvent être confrontés à des décalages de trésorerie. Les provisions peuvent concerner des personnes hospitalisées et ne paient pas la facture. Parfois les hôpitaux parviennent à recouvrer les sommes dues, parfois ils n'y arrivent pas et, dans ce cas-là, ils mettent des provisions. C'est de la comptabilité classique en droits constatés : au moment où j'abandonne ma créance parce que je constate que je ne pourrai pas la recouvrer, la provision a déjà anticipé la perte qui en résulte.

M. Michel Thomas. La Cour des comptes écrit que la dette est « non honorée, non exigible » et que son ancienneté est « supérieure aux délais de prescription ». Dans le décret évoqué par le président Lejeune qui comporte diverses mesures en matière sociale, un article rend la dette exigible. Nous allons voir ce qui se passe. Nous le verrons probablement dans les comptes, non pas de 2025, mais peut-être de 2026. En tout état de cause, même s'il était décidé d'honorer cette dette, ce ne serait qu'une opération de trésorerie. Ce ne seraient pas 800 millions d'euros perdus pour la sécurité sociale.

Mme Joëlle Mélin, rapporteure. En ce qui concerne la branche maladie, vous indiquez qu'il manque 6 % des pièces justifiant la prise en charge des prestations en 2024, après 8 % en 2023. Vous relevez également une insuffisance d'enregistrement et d'estimation des actifs et passifs pour charges et provisions de soins, dans les hôpitaux privés lucratifs ou non lucratifs ; idem pour les créances et dépréciations liées au recours contre tiers, ainsi que pour les actifs et les passifs relatifs aux soins à l'étranger, qui concernent surtout des personnes relevant d'un autre système de sécurité sociale.

S'agissant de la constatation et du recouvrement des indus sur prestations, vous notez des erreurs et des fraudes au sujet desquelles la Caisse nationale de l'assurance maladie ne vous aurait pas transmis les données nécessaires à une complète évaluation. J'espère qu'elle le fera lorsque nous verrons ses responsables.

Je ne reviens pas sur la faiblesse du contrôle interne. En revanche, je veux m'attarder sur les anomalies affectant la gestion des bénéficiaires – dans le cas de la protection universelle maladie (Puma), 2,5 millions d'entre eux ne seraient pas éligibles à cet avantage social. De la même façon, pour les patients en affection de longue durée (ALD), près de 500 000 personnes se verraient reconnaître des droits sans limitation de durée. Les contrôles en matière de complémentaire santé solidaire là aussi sont insuffisants.

Enfin, vous constatez des erreurs sur le remboursement des frais de santé facturés directement à l'assurance maladie – je pense aux 3,5 milliards d'euros facturés par les prestataires de soins à domicile, qui n'ont pas de cotation et qui travaillent sur liste – ; sur les remboursements des actes et de séjours facturés par les établissements de santé ; sur les indemnités journalières et les pensions d'invalidité.

Ces incertitudes, anomalies ou erreurs n'appellent-elles pas des recommandations sérieuses et une gestion plus rigoureuse ?

M. Jean-Luc Fulachier. Il faut rappeler le contexte de la certification de la branche maladie. La crise sanitaire a provoqué des mouvements importants dans la gestion de la branche : du fait de l'impératif de continuité de la couverture des prestations sociales et des paiements, nombre de contrôles ont été levés et les procédures ont été allégées. Nous sommes encore en train de corriger les changements intervenus en 2020. Ainsi, il avait été autorisé de ne plus transmettre les pièces justificatives puisqu'on ne pouvait pas les traiter. La règle a été rétablie, mais des difficultés persistent – vous rappelez le taux de 6 % de non-transmission, même s'il est moins élevé sur un échantillon plus réduit. Or, tout paiement doit s'appuyer sur une pièce justificative : cela demeure un principe élémentaire.

La dématérialisation et la complexité des outils sont aussi source de problèmes. Par exemple, si un praticien ne se rend pas compte qu'il envoie une page blanche, le système va compter une pièce justificative ; lors du contrôle, on verra qu'il n'y a rien. Il n'existe pas de système qui gère de manière automatique ce genre de situation.

S'agissant des frais de santé en nature, des contrôles ont été suspendus en 2020 – notamment les contrôles dits de tarification à l'activité, en vertu desquels on vérifie la bonne cotation des actes dans les établissements de santé. Les pouvoirs publics ont attendu avant de les relancer et un premier train de contrôles rénovés devait être effectué récemment.

En 2020, compte tenu de la situation, la Cour avait demandé à l'assurance maladie de se mobiliser. Un plan de progrès a été défini avec le directeur général, qui vise notamment à développer de nouveaux systèmes d'information. C'est le cas du système de liquidation des indemnités journalières. De même, le programme METEORe, conçu à l'origine par la caisse de la mutualité sociale agricole, prévoit, lors de la liquidation des prestations, des contrôles qui ne sont seulement mécaniques mais qui permettent de vérifier des données par rapport aux profils, aux prescriptions habituelles, aux règles, etc.

Cette toile de fond explique que, malgré toutes les incertitudes, nous continuons à certifier la branche maladie.

Quant aux bénéficiaires de prestations, la question se pose dans toutes les branches : comment les caisses de sécurité sociale gèrent-elles leurs ressortissants puisque les systèmes d'information sont organisés de manière différente ? Dans l'assurance maladie, ce sont des bases départementales qui font l'objet de rapprochements au niveau régional et infrarégional, suivant les cas.

Une précédente commission d'enquête de l'Assemblée nationale, en 2020, avait mis en lumière l'écart entre les résidents, identifiés par l'Insee, et les personnes titulaires de droits à l'assurance maladie. Le Parlement ayant imposé une condition de résidence pour l'ouverture des droits à la protection universelle maladie, il est possible d'opérer des rapprochements. Nous avons travaillé avec la branche maladie en 2020 et 2021 pour identifier les sources d'écart, à la suite de quoi des mesures ont été prises : des conventions ont été signées avec la Caisse nationale des allocations familiales pour réduire le nombre de personnes restant bénéficiaires dans les fichiers des caisses primaires d'assurance maladie alors qu'elles ne sont plus résidentes et qu'elles n'ont pas de droits, sachant que certains non-résidents, comme les retraités, peuvent conserver leurs droits. On se heurte toujours aux mêmes difficultés : complexité de la réglementation, difficulté des systèmes d'information. Le nombre de personnes a légèrement diminué mais l'écart demeure. C'est un point de friction important entre la Cour et la Caisse nationale de l'assurance maladie. Chaque année, nous en parlons ; chaque année, la Caisse explique qu'elle ne retient pas cette approche.

Toutefois, vous aurez observé que des contrôles sur les droits à la protection universelle maladie s'organisent. Chaque année, le rapport de certification indique le nombre de personnes ayant fait l'objet d'un contrôle et dont les droits ont été supprimés. Il faut avoir à l'esprit le délai entre le moment où le droit a cessé d'être ouvert et le moment où on le constate. Ce sont des contrôles lourds, faute de bases adaptées.

En ce qui concerne les affections de longue durée, les problèmes sont les mêmes puisque les bases sont soit dans les services de contrôle médical, soit dans les caisses primaires d'assurance maladie, et ils ne communiquent pas. Le transfert des services du contrôle médical vers les caisses primaires permettra à terme de résoudre ces difficultés.

Je termine par les erreurs résiduelles constatées dans cette branche comme dans les autres. Juste avant la crise sanitaire, les calculs de la Caisse nationale de l'assurance maladie reposaient sur des échantillons très réduits, très sensibles. Il y avait alors des variations de

500 millions à 1 milliard d'euros chaque année. Dans le cadre du plan de progrès que j'ai évoqué, la base de calcul pour les erreurs résiduelles après contrôle interne a été élargie et les contrôles ont été affinés afin de mieux estimer les montants. On observe donc leur moindre variation. Ils sont plus favorables que les objectifs de la convention d'objectifs et de gestion pour les indemnités journalières, mais plus élevés pour les prestations en nature.

Mme la présidente Annie Vidal. Avez-vous des échanges avec la Caisse nationale de l'assurance maladie sur leur capacité à contrôler la légalité des arrêts de travail, alors que les contrôles de l'opportunité relèvent des médecins-conseils ?

M. Michel Thomas. Il ressort de nos échanges que les contrôles et l'application des consignes sont très hétérogènes dans le réseau. Nous ne disposons pas d'une vision globale sur le respect des règles, notamment lors du renouvellement de l'arrêt de travail.

M. Jean-Luc Fulachier. L'assurance maladie introduit parfois des souplesses qui obèrent l'efficacité du contrôle ou qui l'empêchent purement et simplement. Je pense au fait d'accepter une transmission des arrêts maladie plus tardive que ne le prévoit la réglementation. Les systèmes d'information sont binaires : c'est oui ou c'est non. Pour éviter un amoncellement des dossiers, une souplesse est accordée mais elle rend impossible le contrôle par le service médical.

Mme la présidente Annie Vidal. Nous n'avons aucune visibilité sur l'application de la règle selon laquelle le renouvellement de l'arrêt de travail ne peut être prescrit que par le médecin initial, pour une durée limitée et hors téléconsultation.

M. Michel Thomas. Nous le mentionnons dans le rapport : la Caisse nationale de l'assurance maladie accorde des souplesses qui vont au-delà de la réglementation. La question s'est posée pour le recouvrement des franchises et participations, qui a été totalement suspendu à un moment et qui a repris, mais pas de manière intégrale. La Caisse affirme que les aménagements répondent à une demande de la tutelle. Peu nous importe. Notre rôle est de constater si les règles sont appliquées ou pas.

Mme Joëlle Mélin, rapporteure. Je voudrais poser quelques questions sur la branche vieillesse. Comme pour la branche maladie, on peut se demander s'il faut certifier lorsque tant d'incertitudes demeurent. La hausse de 22 % du nombre d'incidents en 2024 semble indiquer que le contrôle interne pose problème.

Vous indiquez que, en contradiction avec la réglementation depuis 2021, la Caisse nationale d'assurance vieillesse n'a pas mis en œuvre le dispositif de signalement des numéros d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques (NIR) certifiés frauduleux. Ceci laisse penser qu'il est difficile de lutter contre les fraudes et de prévenir les conflits d'intérêts. Quelles seraient vos recommandations ? Il en va de même du rapprochement avec le fichier national des comptes bancaires et assimilés.

Le montant des indus frauduleux recouvrés serait très insuffisant, encore une fois en raison de l'insuffisance du dispositif de prévention et de détection.

Sur le fond, le risque est élevé : dans un dossier sur sept ou huit, les données des assurés sont affectées d'une erreur. Je pense en particulier aux données relatives aux carrières servant à calculer le montant des droits lors de la liquidation. Que pouvez-vous nous en dire ?

Globalement, qu'est-ce qui justifie de certifier les comptes de la branche vieillesse ?

M. Bernard Lejeune. Pourquoi ces comptes ont-ils été certifiés ? Le nombre des réserves compte moins que la gravité générale des problèmes soulevés. Nous nous référons aux indicateurs. Celui du nombre d'erreurs par dossier de retraite est essentiel. Or, il s'est amélioré : un dossier sur dix est maintenant concerné. L'incidence financière importe également. Ici, elle se monte à 1 milliard d'euros environ, soit 0,7 ou 0,8 % du total. Elle est donc limitée. Le même indicateur nous empêche de certifier les comptes de la branche famille parce que les incertitudes sont massives. Ici, nous nous contentons d'émettre des réserves. Elles ne sont pas neutres, mais les incertitudes sont limitées. On constate une amélioration des comptes de la branche vieillesse. Des efforts ont eu lieu.

S'agissant des recouvrements, ils posent moins de difficultés dans les branches retraite ou maladie – modulo le problème des franchises – que dans la branche famille. Le pensionné continue à percevoir de l'argent, donc il est facile de déduire les sommes dues. De même, il est rare qu'on ne soit plus jamais malade.

M. Michel Thomas. À la fin du rapport de certification, vous trouverez un tableau indiquant l'évolution des indicateurs de risque financier résiduel, après contrôle interne, entre 2022 et 2024. Ceux de la branche vieillesse sont presque tous en amélioration tandis que ceux de la branche famille sont presque tous en dégradation.

Les responsables des comptes de la branche vieillesse se sont émus du nombre persistant de réserves alors qu'ils ont amélioré le contrôle interne et déployé des plans d'action. Ce qui intéresse le certificateur, c'est le résultat. Nous signalons les améliorations. Mais tant que les éléments probants sont insuffisants, nous le signalons également.

M. Jean-Luc Fulachier. La forte hausse des incidents en 2024 s'explique par le déploiement d'un nouvel outil comptable. Il sera sans doute efficace en 2025. Mais, comme tout nouvel outil, son installation a posé des problèmes de branchement et d'appropriation. Il ne s'agit pas d'une dégradation. De la même manière, les caisses de l'assurance maladie qui avaient expérimenté un nouveau dispositif de calcul des indemnités journalières avaient rencontré de grandes difficultés.

Mme Joëlle Mélin, rapporteure. Certes, mais cela pose un problème. Lors de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale, nous tenons compte du montant des indemnités journalières. S'il évolue, nous pouvons être amenés à penser qu'il faut agir et prévoir une disposition en ce sens.

Les moyens humains sont essentiels et ils doivent être préservés, d'où l'importance de disposer d'un budget solide. Par ailleurs, il nous faut des moyens numériques à la hauteur. Or, on a l'impression d'un retard et de problèmes de performance. Quand on pense à tout l'argent engagé, on se dit : « tout ça pour ça ! »... Il faut tout faire pour assurer les flux financiers et garantir que la justice prévaut.

Je vous remercie pour cette audition très riche.

Mme la présidente Annie Vidal. Vous avez levé un doute capital en expliquant que, malgré les réserves et la non-certification, les tableaux constituent une juste représentation des équilibres et des avoirs patrimoniaux de la sécurité sociale.

En tant qu'expert, pensez-vous que les allers-retours budgétaires entre l'État et la sécurité sociale affectent la lisibilité des débats relatifs au financement de la seconde ?

M. Bernard Lejeune. La gestion de la sécurité sociale était paritaire. Désormais, les administrations jouent un rôle prépondérant. Certains acteurs s'interrogent sur l'opportunité de renoncer au projet de loi de financement de la sécurité sociale au profit d'un budget unique. Même si je ne crois pas que nous ayons eu des débats de fond sur la question, la Cour est sensible à l'existence d'une loi de financement distincte pour la sécurité sociale. En effet, nos notes le disent, nous estimons qu'un équilibre intergénérationnel est nécessaire. Par principe, la loi de financement de la sécurité sociale devrait être équilibrée, il y va de l'équité entre les générations. Le budget de l'État, lui, peut se trouver en déséquilibre pour financer des investissements. Ce n'est pas le cas de la sécurité sociale.

Si les deux textes sont séparés, il existe un lien et on constate des flux. Ceux-ci perturbent la distinction, ce qui peut donner l'impression qu'elle est artificielle. On pourrait se dire que 1 euro d'argent public est 1 euro d'argent public, que cela ne change rien d'inscrire le déficit d'un côté ou de l'autre. Néanmoins, si l'on veut veiller à doter la sécurité sociale d'un équilibre propre et visible, il faut séparer. Ainsi, le dernier rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale a mis en évidence la non-compensation d'exonérations décidées par l'État. La Cour a toujours plaidé pour que l'État compense.

À ce sujet, un point pourrait retenir votre attention. Les parlementaires ont voté 4,5 milliards d'euros de recettes destinées à compenser des exonérations, en particulier sur les heures supplémentaires. Mais, si le projet de loi de finances n'était pas voté, ou si la mesure n'était pas retenue, la cohérence de l'ensemble s'en ressentirait.

Nous sommes donc attachés à l'existence de comptes propres. La conception de la sécurité sociale emporte la nécessité d'un équilibre intrinsèque. Si, demain, elle devait répondre à une logique différente, il en irait autrement, mais le législateur a de longue date défendu ce principe. L'idée se perd bien que plusieurs lois, notamment la loi Veil, l'aient rappelée. Parce que nous restons vigilants dans ce domaine, nous avons insisté, dans le rapport de mai, sur le déséquilibre de la relation entre l'État et la sécurité sociale.

Mme la présidente Annie Vidal. Je vous remercie pour vos éclairages.

La séance s'achève à douze heures quinze.

Membres présents ou excusés

Présents. – M. Théo Bernhardt, M. Benoît Blanchard, M. Bérenger Cernon, M. David Magnier, Mme Joëlle Mélin, Mme Sophie Pantel, M. Jean-François Rousset, Mme Céline Thiébault-Martinez, Mme Annie Vidal

Excusés. – M. Stéphane Viry