

A S S E M B L É E      N A T I O N A L E

1 7 <sup>e</sup>      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. Bruno Gérard, associé  
audit secteur public chez Ernst & Young France. .... 2
- Présences en réunion..... 11

Mercredi  
21 janvier 2026  
Séance de 17 heures

Compte rendu n° 5

**SESSION ORDINAIRE DE 2025-2026**

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



*La séance est ouverte à dix-sept heures.*

*Présidence de Mme Annie Vidal, présidente.*

*La commission d'enquête procède à l'audition de M. Bruno Gérard, associé audit secteur public chez Ernst & Young France.*

**Mme la présidente Annie Vidal.** Chers collègues, j'ai le plaisir de vous retrouver pour la suite des travaux de la commission d'enquête visant à lever les incertitudes budgétaires en matière de sécurité sociale. Nous avons eu des auditions très riches au cours de la semaine dernière et nous allons continuer à soulever des questions techniques. Nous engagerons dès la semaine prochaine la deuxième phase de nos travaux avec la réception des dirigeants des différentes caisses nationales. Pour l'heure, je remercie M. Bruno Gérard, associé audit secteur public chez Ernst & Young France, d'avoir accepté notre sollicitation. Vos compétences seront les bienvenues pour éclairer nos travaux.

Comme la Cour des comptes nous l'a indiqué la semaine dernière, c'est aux magistrats financiers qu'il revient de certifier les comptes de la sécurité sociale au sens strict. En revanche, et c'est un élément évident de complexité, certains éléments du périmètre étendu de la protection sociale incombent à des commissaires aux comptes et relèvent des règles de la comptabilité privée. Il faut alors en tirer diverses conséquences pour accorder le travail des uns à celui des autres. C'est la raison pour laquelle nous avons souhaité vous entendre : vous êtes un expert dans les questions comptables relatives aux établissements publics de santé, dont on ne peut pas dire qu'ils sont quantité négligeable pour notre système social.

Un questionnaire vous a été transmis par notre rapporteure préalablement à cette audition. Toutes les questions qu'il contient ne pourront être évoquées de manière exhaustive. Je vous invite par conséquent à communiquer ultérieurement les éléments de réponse écrits, ainsi que toute autre information que vous jugeriez utile de porter à la connaissance de la commission d'enquête.

Avant de vous faire prêter serment et de passer la parole à la rapporteure, il revient traditionnellement à la présidence de poser deux brèves questions destinées à introduire les débats. En premier lieu, comment expliquez-vous, dans le champ de la protection sociale au sens large, l'utilisation de normes comptables différentes suivant les organismes ? Y a-t-il des raisons objectives qui feraient obstacle à une unification ou, au contraire, qui plaident pour la persistance de modèles différents ?

En second lieu et au cœur de votre activité, diriez-vous que, du point de vue de la gestion financière et comptable, le fonctionnement des hôpitaux français paraît efficient ? Existe-t-il des difficultés récurrentes qui vous semblent pouvoir être corrigées et sur lesquelles vous souhaiteriez attirer notre attention ?

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. Je vous invite à lever la main droite et à dire : « Je le jure ».

*(M. Bruno Gérard prête serment.)*

**M. Bruno Gérard, associé audit public chez Ernst & Young France.** Concernant la nécessité de disposer de référentiels comptables distincts pour les organismes de sécurité sociale, je dois préciser que je ne suis pas un expert de ces organismes, mais plutôt des hôpitaux. Néanmoins, j'observe qu'au sein du secteur public, il existe des corps de normes adaptés aux différents segments : hôpitaux, établissements publics, universités et collectivités locales. Il n'est donc pas surprenant qu'il en existe également pour les organismes de sécurité sociale, notamment au regard du plan comptable, puisque les comptes nécessaires peuvent varier d'un secteur à l'autre. Il est courant dans le secteur public d'avoir sectorisé les normes comptables.

Un travail important a été mené ces quinze dernières années. La première entrée en certification d'organismes publics, si l'on met de côté celle, antérieure, des comptes de l'État, concerne les établissements publics en 2005-2006. Ont suivi les universités en 2009, les hôpitaux en 2014 et une expérimentation de la certification des comptes des collectivités locales débutée en 2017-2018. Chaque typologie d'acteur dispose donc d'un référentiel comptable particulier. Ces référentiels se sont accompagnés, au gré des entrées en certification, de toilettages et de remembrements.

Nous disposons aujourd'hui d'un recueil des normes comptables des établissements publics qui regroupe toutes les instructions dites « M9 » antérieures, qui étaient très diverses. Il existe également avec l'instruction comptable M21 un référentiel comptable unifié pour les hôpitaux, et avec l'instruction comptable M22 pour les organismes médico-sociaux. Pour les collectivités locales, un recueil des normes comptables devrait s'inspirer de l'instruction comptable M57. Parallèlement, tous ces référentiels convergent autant que possible vers les principes du plan comptable général, avec des spécificités de plan de comptes adaptées à chaque secteur. Je ne pourrai être plus spécifique sur les organismes de sécurité sociale.

Votre deuxième question portait sur la qualité comptable des établissements publics de santé. Comme vous le savez certainement, tous les hôpitaux ne sont pas soumis à la certification des comptes. Aujourd'hui, seuls ceux dont les recettes du budget principal dépassent 100 millions d'euros pendant trois années consécutives y sont soumis de manière obligatoire. Cette disposition de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires s'applique depuis 2014. Les hôpitaux concernés sont entrés dans la certification en trois vagues en 2014, 2015 et 2016. Ils sont aujourd'hui au nombre de 170, si ma mémoire est bonne, et ils représentent 25 % des établissements publics de santé en nombre, mais plus de 75 % en termes de recettes. Ces recettes proviennent bien évidemment des charges de la sécurité sociale, mais aussi des complémentaires et du reste à charge des patients. Ainsi, 75 % des recettes des établissements publics de santé sont aujourd'hui couverts par la certification.

Le chemin parcouru depuis plus de dix ans sur la certification a été précédé d'une phase préparatoire pour les plus importants de ces établissements. Cette préparation, antérieure à 2014, a été pilotée par une équipe conjointe de la direction générale de l'offre de soins et de la direction générale des finances publiques, qui a mesuré le degré d'anticipation des établissements et permis de séquencer leur entrée en certification sur trois vagues, en fonction de critères préétablis. La liste des établissements entrant en certification lors de chacune de ces trois années faisait l'objet d'un décret ministériel. Ils ont été préparés du mieux possible. L'entrée en certification en 2014 a concerné une trentaine d'établissements et elle a donné lieu à un certain nombre de réserves affectant les opinions des commissaires aux comptes, car certains sujets ne pouvaient être résolus à court terme. Environ 40 % des établissements ont été certifiés sans réserve la première année. Aujourd'hui, ce taux atteint 85 %. En l'espace de dix ans, un long chemin a été parcouru.

Les autres établissements sont certifiés avec réserve. Seul un établissement sur l'ensemble du périmètre fait aujourd'hui l'objet d'une impossibilité de certifier, alors qu'ils étaient quatre ou cinq, il me semble, au début de la certification. Je précise la nature de ces réserves : il s'agit de ce que nous appelons des « réserves pour limitation ». Elles surviennent lorsque le commissaire aux comptes ne dispose pas de la documentation suffisante pour se forger une opinion. La piste d'audit est perdue, la documentation est insuffisante ou les contrôles, bien qu'opérés, ne sont pas documentés. Cela s'oppose aux « réserves pour désaccord », où le commissaire aux comptes relève des erreurs significatives dans les comptes – éléments comptabilisés à tort ou manquants. Ce second cas est quasiment inexistant ; personnellement, je ne l'ai jamais rencontré. En effet, lorsque nos audits ont révélé des éléments à corriger, les établissements ont toujours procédé aux modifications nécessaires dès lors qu'elles étaient significatives, car nous travaillons bien entendu avec des seuils de signification.

Nous pourrions revenir sur le cheminement des hôpitaux, les sujets qui résistent encore, les axes de progrès et l'adhésion des établissements publics de santé à cette démarche, qui n'allait pas de soi au départ.

**Mme Joëlle Mélin, rapporteure.** Merci de venir nous éclairer sur ces domaines, il faut le dire assez arides, afin d'identifier les éléments nécessaires à un socle de réflexion.

Les protocoles de comptabilité que vous appliquez aux hôpitaux publics vous semblent-ils suffisants pour repérer les déficits ? Je sais que cela relève du système de financement, et non de la comptabilité. Nous avons longuement interrogé les représentants de la Cour des comptes, qui ont expliqué qu'une certification pouvait être délivrée dès lors que les protocoles comptables étaient respectés. Pour autant, ce qui nous intéresse, c'est la question fondamentale : pourquoi les hôpitaux présentent-ils des déficits chroniques ? On évoque des sommes de plusieurs milliards d'euros. Les méthodes comptables pourraient-elles permettre non seulement de les repérer aisément, mais aussi de les prévenir ? Ces deux aspects sont-ils totalement indépendants ? À la place du mot « déficit », je pourrais d'ailleurs employer celui d'« incertitudes », que nous avons retenu pour l'intitulé de cette commission.

**M. Bruno Gérard, associé audit public chez Ernst & Young France.** La comptabilité a des qualités et des défauts. Son principal défaut est de ne pas être prévisionnelle : elle enregistre les opérations écoulées et dresse un état du patrimoine et des opérations des entités qui produisent ces comptes, par opposition au budget, que l'on appelle à l'hôpital l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD). Celui-ci est élaboré par la direction et soumis à l'approbation de l'agence régionale de santé en début d'année. En tant que commissaires aux comptes, nous n'examinons absolument pas ces éléments car notre certification porte sur les états financiers, c'est-à-dire le bilan, le compte de résultat et les notes annexes.

L'important est que la comptabilité serve de socle aux décisions futures et aux éléments budgétaires car il faut pouvoir se reposer sur ce qui existe réellement. Par exemple : a-t-on provisionné l'ensemble des risques qui impliquent de moindres ressources futures pour un hôpital, comme les provisions pour les comptes épargne-temps ou pour risques et charges ? L'établissement s'est-il doté de procédures internes pour identifier ces éléments ? Les comptes retracent les événements passés. Néanmoins, en tant que commissaires aux comptes, nous vérifions que, dans le référentiel comptable, les états financiers annexés à notre rapport retracent correctement la réalité observée lors de notre audit. Lorsque nous certifions les comptes, notre rapport atteste que les états financiers donnent une image fidèle de la situation patrimoniale et des opérations écoulées au cours de l'exercice, ce qui est important pour nous et pour les tiers qui nous liront. Nous ne donnons pas d'avis sur les décisions de gestion. Nous l'avons bien vu

au début des certifications, lorsqu'un certain nombre d'hôpitaux ont été confrontés aux emprunts toxiques. Ces derniers constituent une mauvaise décision de gestion, facile à juger *a posteriori*, car certains hôpitaux ont vu leurs taux d'intérêt grimper jusqu'à 30 % ou 35 %. Néanmoins, dès lors que la charge d'intérêt était correctement enregistrée, le commissaire aux comptes certifiait les comptes sur ce point.

La première étape de notre intervention est la planification de l'audit, qui consiste à prendre connaissance des événements particuliers, du fonctionnement et de l'environnement de l'hôpital. La phase la plus importante, dite préliminaire, est l'examen du contrôle interne comptable et financier. Cette étape, qui a lieu avant la clôture des comptes au 31 décembre, vise à s'assurer, thème par thème — immobilisations, achats, recettes, personnel... —, que l'on dispose des bons capteurs pour que les comptes soient mouvementés avec la plus grande exactitude possible. Le contrôle interne assure une forme de pérennité de la qualité des comptes. Nous regardons d'abord si l'établissement a analysé ses propres risques d'erreurs comptables et financières et s'il les a traduits dans une matrice des risques, en définissant le risque, la procédure pour le couvrir et le contrôle de son application. Le commissaire aux comptes examine cela car il se repose beaucoup sur le contrôle interne si ce dernier fonctionne bien. Dans ce cas, nous refaisons les tests d'application des procédures de contrôle de l'établissement par échantillonnage pour nous assurer que tout est bien vérifié conformément au plan de contrôle qu'il a établi.

S'il existe des « trous dans la raquette », l'audit se poursuit avec une deuxième phase, à savoir l'audit des comptes. Nous utilisons alors des seuils de signification sur les masses financières et nous procédons à des tests de détail, en demandant les justificatifs de l'enregistrement des comptes. Moins le contrôle interne est abouti, plus nous effectuons de tests de détail. À l'inverse, un contrôle interne efficient garantit un risque d'erreur minimal car un élément sera toujours traité de la même manière, ce qui limite l'échantillonnage sur les comptes.

Pour vous donner un exemple, dans le cycle des achats, ce qui importe pour un commissaire aux comptes est la séparation des exercices, c'est-à-dire le bon rattachement au bon exercice. En fin d'année, il se peut qu'une prestation ait été rendue sans que la facture ait été reçue au 31 décembre. Dans ce cas, la charge doit incomber à l'exercice où le service a été réalisé. C'est ce qu'on appelle dans le secteur public la certification du service fait. Si vous avez un dispositif de contrôle interne qui fonctionne bien, où le service fait déclenche un schéma comptable prédéterminé, il n'y a pas de risque d'erreur et nous ferons très peu de tests sur des factures de fournisseurs pour justifier les comptes. En revanche, si le dispositif laisse à désirer, nous sélectionnerons des échantillons beaucoup plus significatifs au moment de la clôture pour justifier les comptes d'achat, en triant les factures selon qu'elles appartiennent à l'exercice N ou à l'exercice N+1.

Le contrôle interne présente un avantage pour les établissements eux-mêmes, pas seulement pour les commissaires aux comptes. Bien faire immédiatement est toujours un gain de temps. C'est aussi un élément clé du nouveau régime de responsabilité financière des gestionnaires publics, car il apporte une sécurité quant à l'absence d'erreur, intentionnelle ou non, pouvant avoir un impact significatif. Tout converge vers l'amélioration de ce dispositif.

**Mme Joëlle Mélin, rapporteure.** Le groupe politique auquel j'appartiens a utilisé son droit de tirage pour cette commission d'enquête en se fondant sur la lecture approfondie des rapports de certification de la Cour des comptes. Vous nous dites que 85 % des hôpitaux ont très peu ou pas de réserves. Nous étions habitués, sur les comptes globaux de chaque branche,

à quelques anomalies significatives. Il ressort de votre propos que, s'agissant des hôpitaux, la situation s'est bien améliorée.

Pourtant, une question de fond est redondante : la faiblesse et le retard des systèmes d'information. Pouvez-vous nous dire si, dans les hôpitaux, les logiciels sont à la hauteur ? Une politique particulière serait-elle à mener ? Cette faiblesse, cette obsolescence et parfois la non-congruence entre les logiciels peuvent-elles engendrer des incertitudes dans les comptes ? En tant que commissaires aux comptes, êtes-vous gêné par des systèmes d'information non congruents ou insuffisants ?

Je voudrais également soulever le problème des indus, qui représentent par définition une incertitude. Nous avons constaté qu'au 31 décembre, la totalité du système de sécurité sociale n'avait pas recouvré plus de 28 milliards d'euros, ce qui est considérable.

**Mme la présidente Annie Vidal.** Vous avez évoqué la manière dont vous travaillez sur les recettes. Les indus entrent dans ce cadre et ils en représentent une part non négligeable. J'aimerais savoir comment vous abordez ce sujet dans la certification des comptes et si vous avez des préconisations à formuler pour limiter ces indus, d'une part, et pour mieux les recouvrer, d'autre part.

**M. Bruno Gérard, associé audit public chez Ernst & Young France.** S'agissant des systèmes d'information, il s'agit d'un point que je souhaitais aborder. L'hôpital public, comme l'ensemble des entités du secteur public, fonctionne avec un ordonnateur et un comptable public, chacun travaillant sur ses propres systèmes. Seule l'Assistance publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP) partage un logiciel commun, SAP, pour l'ordonnateur et le comptable. Tous les autres hôpitaux ont des systèmes propres à l'ordonnateur et utilisent le système du comptable public, Hélios, qui fonctionne aussi pour les collectivités locales. C'est un système d'information de la direction générale des finances publiques qui existe depuis un certain nombre d'années et qui est peu souple. Au moment de l'entrée en certification, Hélios ne pouvait, par exemple, pas fournir d'extraction autre qu'en *portable document format* (pdf), ce qui compliquait notre travail. Aujourd'hui, tout le monde s'accorde à dire qu'Hélios doit être revu pour être plus efficace et plus facilement interfaçable.

En amont, du côté de l'ordonnateur, plusieurs éditeurs courants fournissent des logiciels pour la comptabilité auxiliaire (immobilisations, recettes, stocks). Ce qui nous importe est la sécurité des systèmes d'information en termes d'accès, de modifications possibles et d'opérationnalité. Nous examinons ce que l'on appelle les contrôles généraux informatiques : la gestion des accès, des changements applicatifs et des opérations liées aux systèmes d'information. Le principal problème à l'hôpital n'est pas lié à une application en particulier, mais à la multiplicité des applications. Au sein de l'AP-HP, dont j'ai été l'auditeur, il y avait environ 300 applications différentes pour la partie financière. Cette multiplicité, fruit de l'histoire et des différents métiers, engendre des problèmes d'interface. Des chantiers sont en cours pour remembrer et diminuer le nombre d'applications. Le poids de l'histoire est souvent important et la résistance au changement peut compliquer les choses. Face à cette prolifération et à la nécessité de superviser correctement les interfaces, nous identifions les applications principales, testons leur sécurité et vérifions le cheminement de l'information.

Le constat est rassurant quant à l'intégrité de l'information au sein de la chaîne médicale, mais le système d'information ne traitera qu'une donnée préalablement entrée. Si les processus de captation de l'information sont défailants, le système traitera une information imparfaite, incomplète ou inexacte. Notre audit vise donc aussi à nous assurer de la qualité de

ces processus en amont. Une fois cette vérification effectuée, nous considérons que le système d'information fonctionne comme un « tuyau » faisant toujours la même chose. En revanche, si vous ne disposez pas de la bonne information d'alimentation, il peut exister un sujet. Ainsi, lors de notre travail sur les immobilisations, nous vérifions que nous captions adéquatement les entrées et sorties et qu'à une date donnée, nous réconcilions bien les éléments disponibles dans la comptabilité avec l'existence physique. Il s'agit d'un vrai sujet car la certification a débuté en 2014, mais les immobilisations ont, pour certaines, une longue vie. Ainsi, justifier ce qu'il y avait dans le bilan d'ouverture a pris un certain temps et certains établissements n'en sont pas encore sortis.

Le sujet des recettes est particulièrement complexe en raison de la tarification à l'activité (T2A). Ce système requiert une expertise médicale pour bien coder les séjours. Une erreur de codage entraîne une erreur de valorisation, puisque la codification est ensuite transposée, à travers le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), en valorisation en euros, devenue ensuite une facturation mensuelle à l'assurance maladie. Nous examinons donc les processus de codage en nous appuyant sur les contrôles opérés par le médecin d'information médicale. Il capte l'information, supervise la codification et transmet les fichiers pour valorisation. Il établit chaque année ses risques et son plan de contrôle. Le commissaire aux comptes, assisté d'un médecin expert de son équipe, s'assure d'une appréciation convergente des risques, vérifie que les procédures en place les couvrent, puis effectue des tests de contrôle sur la base des éléments contrôlés par le médecin de l'établissement. Le traitement des anomalies est ensuite réalisé. La partie valorisation est effectuée de façon plus automatisée, à l'aide de grilles permettant une traduction en euros.

**Mme la présidente Annie Vidal.** Au cours de vos certifications, avez-vous remarqué des difficultés, voire des erreurs, liées à certains points de codage ? Pensez-vous que le système de codage lui-même mériterait d'être amélioré ou simplifié ?

**M. Bruno Gérard, associé audit public chez Ernst & Young France.** Je ne suis pas expert en tarification à l'activité, car nous nous faisons assister par un médecin. Le système est effectivement complexe. Comme vous le savez, des réflexions sont en cours pour le réformer, notamment vers une valorisation par « épisode de soins », c'est-à-dire un parcours de soins lié à une pathologie. La tarification à l'activité a été mise en place au milieu des années 2000 pour se substituer à la dotation globale, qui était inefficace, ne permettait pas aux hôpitaux en croissance d'activité de fonctionner correctement et n'incitait pas ceux qui bénéficiaient d'une bonne dotation historique à faire des efforts de rationalisation.

**Mme la présidente Annie Vidal.** Un coefficient systématique était appliqué.

**M. Bruno Gérard, associé audit public chez Ernst & Young France.** La tarification à l'activité y a mis fin. L'important est de s'assurer que les séjours sont codés au bon niveau, ni plus ni moins. L'hôpital n'a pas intérêt à sous-coder car ce serait un déficit de ressources. Il pourrait avoir intérêt à surcoder, mais les contrôles de l'assurance maladie sont là pour le vérifier. Nous ne constatons pas tant de surfacturations que cela. Dans les hôpitaux que nous auditons, lorsque des contrôles de l'assurance maladie ont lieu, les redressements sont, de mon point de vue, assez marginaux. C'est pour nous un indice que le système fonctionne bien de prime abord, même si nous ne nous arrêtons évidemment pas à ce constat.

Si l'on en vient aux indus et au recouvrement, la partie due par l'assurance maladie ne pose, en principe, pas de problème. Le sujet concerne la part incombant aux mutuelles et, surtout, le reste à charge des patients. Quand on parle d'indus, on parle généralement du reste

à charge pour les particuliers. Ce sujet se joue principalement au bureau des entrées : si le patient n'est pas scrupuleusement identifié et si ses droits ne sont pas vérifiés, non seulement le reste à charge risque de ne jamais être payé, mais l'assurance maladie peut aussi rejeter cet élément de facturation. Les hôpitaux soumis à la certification ont rapidement pris conscience de cette faiblesse. Ils se sont améliorés en établissant des procédures d'identitovigilance strictes à l'entrée, appuyées par des systèmes d'information qui se sont perfectionnés au fil de l'eau. Le chemin n'est pas terminé, mais la prise de conscience de ce manque à gagner important a eu lieu. J'ai en tête qu'en 2014, la première année de certification, la somme des indus consolidée était du même ordre de grandeur que le déficit des hôpitaux à l'époque. Ce montant s'est bien résorbé grâce à un contrôle strict et à des systèmes d'information de support plus performants, avec des préadmissions ou des prises d'empreinte de carte bancaire.

Concernant les patients étrangers, le sujet existe, mais dans une proportion plus faible. Il concerne principalement les gros établissements, comme les centres hospitaliers universitaires. Quelques créances sont restées irrécouvrables pour des montants parfois significatifs car, une fois que le patient est retourné dans son pays, il est impossible de le rattraper. Petit à petit, les hôpitaux mettent en place des solutions de prépaiement par virement bancaire préalable à l'admission. Cela pose aussi la question de l'origine des fonds, notamment pour les pays à risque. Nous avons rencontré des établissements qui percevaient des sommes importantes en liquide amenées par des patients étrangers. Les déclarations nécessaires ont évidemment été faites pour tracer l'origine des fonds. Il s'agit d'un risque sur lequel les établissements sont maintenant, je pense, sensibilisés et vigilants, en essayant de généraliser le prépaiement par virement bancaire.

**Mme Joëlle Mélin, rapporteure.** À ce propos, auriez-vous la possibilité de nous donner une estimation, même approximative, de la somme que représentent ces indus liés aux soins donnés à des étrangers ? Le cas des soins programmés, qui donnent lieu à un prépaiement, entraîne des problèmes de prescription lorsque la caisse française n'a pas sollicité la caisse étrangère. Pourriez-vous nous donner un ordre de grandeur de ces sommes ?

Je crois qu'un système de protection sociale universelle n'est tolérable pour tous que s'il n'engendre pas un sentiment d'injustice. Nous sommes dans un moment où certains pourraient percevoir cette injustice dans les prises en charge. Il est important de lever ces incertitudes.

S'agissant des conventions internationales, des systèmes ciblés comme celui des soins programmés ou encore des dispositifs relatifs aux soins urgents pour les patients européens ou non européens, auriez-vous une idée des sommes en jeu, afin que nous puissions y voir clair ?

**M. Bruno Gérard, associé audit public chez Ernst & Young France.** Je serais bien en peine de vous donner des chiffres consolidés. Je ne constate que des montants qui, à l'échelle d'un établissement, ne sont pas très significatifs. Cependant, en consolidant l'ensemble des établissements, on pourrait arriver à des sommes importantes. Mais je n'ai aucune idée de ce que cela pourrait représenter.

En revanche, comme vous l'avez souligné, pour les soins programmés, nous devons pouvoir généraliser un système qui évite les indus. Pour les soins non programmés ou urgents, nous pourrions adopter des procédures permettant d'identifier clairement le patient et ses droits. À une époque, il était bien connu que, pour échapper au paiement, il fallait passer par les urgences car celles-ci privilégient les soins aux formalités administratives. Il était alors compliqué de rattraper certains patients car les vérifications d'identité et de droits n'avaient pas

été menées. Les choses évoluent. Nous avons pointé dès le début de la certification ce manque de procédures de contrôle de l'identité des patients aux urgences. Certaines créances étaient irrécouvrables dès le premier jour en l'absence d'identification du tiers. Qu'il soit étranger ou français, il y a encore du chemin à faire sur ces procédures aux urgences. On pourrait m'objecter que c'est compliqué si le patient arrive inconscient ; pourtant, dans ce cas, il ne sortira pas tout de suite et on doit pouvoir l'identifier.

**Mme Joëlle Mélin, rapporteure.** La distinction entre les patients en situation régulière et ceux en situation irrégulière n'est pas pertinente. L'élément important est d'identifier le système de protection sociale vers lequel se tourner pour un recouvrement.

**M. Bruno Gérard, associé audit public chez Ernst & Young France.** Il existe des pays avec lesquels il n'y a pas de convention. Dans ce cas, c'est bien le patient qui reste redevable auprès de l'établissement.

**Mme Joëlle Mélin, rapporteure.** Je comprends donc que, dans le cadre de vos prérogatives, il vous est difficile de faire apparaître d'éventuelles failles systémiques qui pourraient générer des déficits même si, manifestement, vous apportez des solutions au fur et à mesure de vos interventions.

**M. Bruno Gérard, associé audit public chez Ernst & Young France.** Tout à fait. Sur le volet des recettes, nous nous assurons de leur niveau correct. Les déficiences que nous pouvions constater, notamment sur l'identification des patients, se résolvent. Ce point est plus crucial au niveau des consultations, même si leur volume financier est bien inférieur à celui des séjours. Un patient en consultation peut ne jamais revenir alors qu'un patient en séjour est présent plusieurs jours, ce qui facilite son identification. Le bureau des entrées joue un rôle essentiel, et c'est vraiment sur ce point que nous avons porté notre effort de recommandation auprès des établissements. Il a été entendu puisque nous constatons, chaque année, une amélioration de la robustesse des procédures de contrôle.

**Mme la présidente Annie Vidal.** Le passage par le bureau des entrées est en effet devenu obligatoire pour se rendre en consultation dans un établissement de santé.

**M. Bruno Gérard, associé audit public chez Ernst & Young France.** C'est incontournable.

**Mme Joëlle Mélin, rapporteure.** De la même manière que nous disposons du rapport de la Cour des comptes, vos travaux sont-ils consultables ? Jusqu'à quel point sont-ils publics ?

**M. Bruno Gérard, associé audit public chez Ernst & Young France.** Nos rapports de commissariat aux comptes, dont la rédaction est assez normée, sont consultables. D'ailleurs, le chef d'établissement les communique à la Cour des comptes au plus tard le 15 juillet de l'année suivante. En revanche, toute la matière qui conduit à notre opinion comme nos dossiers de travail, les synthèses intermédiaires, est protégée par le secret professionnel le plus absolu. Nous ne pourrions donc rien vous communiquer sur ce point.

La Cour des comptes, qui réalise régulièrement des synthèses des rapports des commissaires aux comptes, est peut-être plus à même de vous renseigner. Nous faisons également un point annuel avec le bureau de la direction générale des finances publiques, qui suit les établissements publics de santé, pour évoquer les déficiences et les progrès. Je ne sais

pas si vous avez prévu de les auditionner, mais ils pourront, sur une base anonyme, vous présenter une synthèse des principales problématiques subsistantes et des progrès réalisés.

**Mme la présidente Annie Vidal.** Je vous remercie pour tous ces éléments qui viendront enrichir nos travaux.

*La séance s'achève à dix-huit heures.*

---

**Membres présents ou excusés**

*Présents.* – M. Benoît Blanchard, M. Gaëtan Dussausaye, Mme Joëlle Mélin,  
Mme Sophie Pantel, Mme Annie Vidal