

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. Jean-Pierre Viola,
secrétaire général de la commission des comptes de la
sécurité sociale. 2
- Présences en réunion..... 13

Jeudi
22 janvier 2026
Séance de 11 heures

Compte rendu n° 9

SESSION ORDINAIRE DE 2025-2026

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



La séance est ouverte à onze heures.

Présidence de Mme Annie Vidal, présidente.

La commission d'enquête procède à l'audition de M. Jean-Pierre Viola, secrétaire général de la commission des comptes de la sécurité sociale.

Mme la présidente Annie Vidal. Monsieur Jean-Pierre Viola, vous êtes conseiller maître à la Cour des comptes et secrétaire général de la Commission des comptes de la sécurité sociale. Je vous remercie de vous être rendu disponible aussi rapidement pour être entendu par notre commission d'enquête.

La Commission des comptes de la sécurité sociale apprécie l'évolution des dépenses, des recettes et des soldes, identifie les facteurs explicatifs et évalue la soutenabilité financière du système social. Organe pluraliste associant administrations, partenaires sociaux et experts, elle contribue à la transparence des comptes sociaux et à l'information de tous sur les équilibres financiers de la sécurité sociale.

Nous ne pourrions aborder toutes les questions qui vous ont été transmises préalablement à cette audition. Je vous invite donc à nous communiquer ultérieurement par écrit toute précision que vous jugeriez utile.

Pouvez-vous présenter rapidement votre calendrier annuel, défini par le code de la sécurité sociale ? Étant donné les réserves qu'émet la Cour des comptes et l'impossibilité de certifier certaines branches qu'elle constate, quel regard la Commission porte-t-elle sur la transparence des comptes de la sécurité sociale ?

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.

(M. Jean-Pierre Viola prête serment.)

M. Jean-Pierre Viola, secrétaire général de la Commission des comptes de la sécurité sociale. Les textes prévoient que la Commission produit deux rapports. Le premier, dit de printemps, paraît au mois de juin. Il présente les résultats de l'année écoulée et établit les prévisions pour l'année en cours, en application de la loi de financement de la sécurité sociale. Le rapport d'automne est publié en septembre, avant ou au moment du dépôt du projet de loi de financement de la sécurité sociale. Il revient sur les résultats de l'année écoulée ; il actualise les prévisions pour l'année en cours, de manière cohérente avec la partie rectificative du projet de loi de financement pour l'année à venir ; il émet des estimations pour l'année à venir, à législation constante, donc sans prendre en compte les mesures inscrites dans le projet de loi de financement.

Si les événements politiques des dernières années, en particulier la dissolution de l'Assemblée nationale et le dépôt tardif de certains projets de loi, ont quelque peu altéré ce calendrier, il a été globalement respecté. Comme mes prédécesseurs, j'ai toujours veillé à fournir l'information la plus complète et la plus fiable possible, en fonction des éléments portés à notre connaissance sur la situation et les perspectives financières de la sécurité sociale.

Ce travail a été accompli dans un contexte mouvant. En effet, la crise sanitaire a fortement altéré le solde de la sécurité sociale. Alors que les régimes obligatoires de base étaient quasiment à l'équilibre, le déficit, un temps inférieur à 2 milliards d'euros, est reparti à la hausse. Les prévisions traditionnelles ont également été affectées, en particulier sur les recettes, notamment de la taxe sur la valeur ajoutée, et sur les dépenses d'assurance maladie.

Mme Joëlle Mélin, rapporteure. En tant que parlementaires, nous n'avons pas tous les jours l'occasion de nous intéresser au domaine comptable. C'est donc en vous écoutant que s'éclaircissent pour nous les notions de comptabilité au cœur du fonctionnement de la sécurité sociale.

Comment choisissez-vous les thèmes de la rubrique « Éclairages » de vos rapports ? Sont-ils liés à l'actualité, à un risque particulier, ou à la consolidation des connaissances dans un domaine spécifique ?

M. Jean-Pierre Viola. Les fiches « Éclairages » résultent de propositions de la direction de la sécurité sociale. Lorsque ses services ont analysé un dispositif, une catégorie de dépenses ou de recettes, ils peuvent estimer utile de porter leurs conclusions à la connaissance des parlementaires, des parties prenantes et du grand public. Parfois, ces travaux ont été menés pour répondre à la Cour des comptes, par exemple à un chapitre du rapport publié chaque année sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale. En pratique, je travaille particulièrement avec la sixième sous-direction, chargée des études et des prévisions financières, qui joue un rôle central de pilotage financier. Elle me propose des thèmes et nous discutons de leur bien-fondé. Jusqu'à présent, je les ai toujours validés, considérant que la fiche donnerait un coup de projecteur intéressant.

Récemment, les éclairages ont par exemple concerné les dispositifs médicaux, les pensions de retraite de base et celles de retraite complémentaire, le marché du médicament en 2024, les prestations indemnifiant l'incapacité permanente liée à un accident du travail ou à une maladie professionnelle. En donnant des explications détaillées, ces fiches complètent les descriptions assez synthétiques, par ailleurs nécessairement financières et statistiques, des autres rubriques, qui concernent les recettes et les dépenses ainsi que les situations des branches et des régimes.

La direction de la sécurité sociale pourrait publier des fiches statistiques en marge des rapports de la Commission. Toutefois, la pratique est ancienne et les lecteurs intéressés s'y retrouvent. Je n'ai pas estimé souhaitable de la faire évoluer. Comme pour toutes les autres fiches du rapport, je relis les analyses, je pose des questions, parfois je sollicite des clarifications. L'objectif est toujours le même : dans un monde compliqué, sur le plan de l'organisation comme sur le plan financier, nous nous attachons à fournir aux parlementaires et aux parties prenantes de la sécurité sociale représentées dans la Commission que sont les salariés, les employeurs, les acteurs du système de santé et des organismes nationaux, des éléments utiles à la compréhension de la situation ainsi que des perspectives à court terme, c'est-à-dire l'année en cours et l'année à venir. Deux paramètres sont essentiels : le solde et la dette sociale, plus exactement les déficits qui s'accumulent et qui sont refinancés soit par la Caisse d'amortissement de la dette sociale, soit, à court terme, par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale.

Mme Joëlle Mélin, rapporteure. Le dernier rapport, sur les résultats de 2024 et les prévisions pour 2025 et 2026, présente le solde de trésorerie de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale au 31 décembre 2024. Lors de la précédente audition, la

présidente Annie Vidal a évoqué les fortes variations entre les tableaux d'équilibre. Pouvez-vous nous éclairer sur la consolidation du solde de la trésorerie de l'Agence ?

M. Jean-Pierre Viola. Des écarts peuvent exister entre le solde des produits et des charges du régime général de sécurité sociale, dont l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale est le trésorier, et le solde de trésorerie, soit la différence entre les mouvements d'encaissement et de décaissement.

En 1996, les organismes de sécurité sociale, comme toutes les entités de la sphère sociale, se sont dotés d'une comptabilité en droits constatés, consistant à rattacher les produits et charges à un exercice en fonction d'un fait générateur comptable. Ils continuent en parallèle à tenir une comptabilité en encaissements et décaissements, comme l'État. La comptabilité en droits constatés présente le grand avantage, du point de vue économique, de représenter exactement ce que l'on a et ce que l'on doit. En effet, ce que j'ai encaissé ne m'appartient pas nécessairement, car je peux être amené à des restitutions ; à l'inverse, une partie de ce que j'ai décaissé peut m'appartenir encore, si j'ai des créances.

Deux types de facteurs expliquent l'écart entre les soldes. Le premier relève du périmètre. Les activités des organismes du régime général excèdent le régime général. D'une part, l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale recouvre des contributions et cotisations sociales pour le compte de tiers – l'Unedic ; la Caisse d'amortissement de la dette sociale ; les autorités organisatrices de la mobilité ; l'État, s'agissant de l'impôt sur le revenu des micro-entrepreneurs ; l'Association pour la gestion du régime de garantie des créances des salariés notamment. D'autre part, les caisses du régime général, essentiellement les caisses d'allocations familiales et les caisses primaires d'assurance maladie, versent des prestations qui ne sont pas des prestations de sécurité sociale, mais des prestations financées par le budget de l'État. Il s'agit de la prime d'activité, de l'allocation aux adultes handicapés, du revenu de solidarité active recentralisé et de l'aide médicale de l'État.

Le second facteur tient à la nature des écritures. Ici, seul le champ des opérations propres au régime général est concerné. Celui-ci tient ses comptes en produits et charges. Mais les cotisations et contributions sociales du mois de décembre sont encaissées en janvier de l'année suivante, et pareillement des prestations liées au mois de décembre sont versées en janvier de l'année suivante. Cela entraîne nécessairement des décalages de trésorerie. C'est très différent de la manière dont un particulier conçoit son propre résultat, sous la forme d'encaissements et de décaissements. Toutefois, les ordres de grandeur du résultat du régime général de sécurité sociale, d'une part, et du résultat de trésorerie de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, d'autre part, sont proches et vont dans le même sens. Concrètement, une dégradation du solde du régime général aura une incidence sur le besoin d'emprunt de l'Agence.

Il n'est pas facile de lire dans le détail la fiche de la Commission des comptes parce qu'il y a beaucoup d'autres opérations. Cependant, tous les facteurs d'écart sont identifiés et cernés. Il faudrait s'inquiéter s'il était constaté, d'un côté, un résultat en produits et charges expliqué d'une certaine manière et, de l'autre côté, un résultat de trésorerie qui avait son existence propre, sans qu'il soit possible de réconcilier les deux. En l'espèce, ils sont bien réconciliés.

Mme Joëlle Mélin, rapporteure. Il est d'autant plus difficile pour les profanes de comprendre tout cela que l'organisme centralisateur français, l'Agence centrale des organismes

de sécurité sociale, joue un rôle unique en Europe. Je crois que les organismes équivalents ne peuvent recourir ni au déficit ni à l'emprunt.

Le plafond d'emprunt, qui était de 45 milliards d'euros il y a deux ans et de 65 milliards d'euros l'an dernier, a été porté à 83 milliards d'euros pour 2026. Cette progression fulgurante a interpellé tout le monde. En obligeant à regarder la situation en face, elle suscitera peut-être une réaction salutaire. C'est la raison d'être de notre commission d'enquête : trouver les moyens de lever l'incertitude. Comment lire ce plafond d'emprunt ? Ma question concerne aussi bien la méthode comptable que la réalité que les chiffres donnent à voir.

Mme la présidente Annie Vidal. Sans reprise de dette par la Caisse d'amortissement de la dette sociale, l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale peut être amenée à couvrir des déficits qui se cumulent d'année en année. Or, ce n'est pas sa mission : elle est censée lever des fonds pour gérer la trésorerie du quotidien, si je puis dire, et non pour combler une dette.

Je comprends la nécessité de reporter les charges et les produits d'une année sur l'autre. C'est toujours le cas en comptabilité : l'arrêt des comptes au 31 décembre ne permet jamais d'identifier toutes les entrées et toutes les sorties. Toutefois, la Cour des comptes a émis des observations en raison d'affectations sur un mauvais exercice. Or, suivant vos propos, puisque le glissement est naturel, il ne devrait pas faire l'objet de réserves.

M. Jean-Pierre Viola. Vous soulignez à juste titre l'élévation régulière du plafond d'emprunt de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, qui atteint 83 milliards d'euros dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2026. Ce niveau très élevé traduit une évolution du rôle de l'Agence que les textes ne prévoient pas. À l'origine, elle était chargée d'assurer la trésorerie infra-annuelle de la sécurité sociale. Cela revenait à deux choses : effectuer des emprunts et, parfois, dégager des excédents de trésorerie, en fonction des décalages temporels entre, d'une part, les encaissements de cotisations, contributions sociales et autres recettes comme les impôts et taxes affectées et, d'autre part, les décaissements, essentiellement liés au rythme des prestations légales. Il faut verser le 5 du mois les prestations familiales, le 9 du mois les prestations vieillesse, et de manière continue la prise en charge des frais de santé.

Comme je l'ai souligné lors des dernières réunions de la Commission des comptes de la sécurité sociale et dans la synthèse du rapport, l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale doit assumer des tranches croissantes du déficit annuel de la sécurité sociale, dont l'horizon d'amortissement dépasse l'année, voire atteint deux ans. En effet, elle a été autorisée à emprunter jusqu'à deux ans, sous certaines conditions. Or, non seulement cette situation n'est pas conforme à son objet social, mais elle présente de plus des risques croissants.

C'est frappant : les points hauts des besoins de trésorerie sont supérieurs à ceux constatés juste avant la crise sanitaire. Je garde fortement à l'esprit la situation qui s'était produite au moment de la crise sanitaire. À l'époque, membre de la sixième chambre de la Cour des comptes, je suivais les finances de la sécurité sociale. En mars 2020 et dans les semaines qui ont suivi, l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale avait eu du mal à assurer la trésorerie du régime général et à éviter un décalage du paiement des prestations. Les inquiétudes étaient fortes. Certes, elle emprunte sur des marchés larges et profonds, à Paris et à Londres, mais un accident de marché peut toujours survenir. Dans l'actualité, les éléments d'imprévisibilité sont quasi quotidiens et des incidences sont possibles.

À la question de l'amortissement des déficits, le législateur a apporté une première réponse dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2026. Il a prévu un transfert de 15 milliards d'euros, évitant de faire grimper le plafond d'emprunt encore plus haut. Néanmoins, la question de transférer à la Caisse d'amortissement de la dette sociale, dont c'est l'objet, les déficits des branches maladie et vieillesse est posée. Au fil du temps, la difficulté s'aggrave. Il faudra trouver une solution.

Mme la présidente Annie Vidal. Les options sont connues. Je pense notamment à un nouveau transfert à la Caisse d'amortissement de la dette sociale. Nous ne pouvons répercuter le déficit sur elle d'une année sur l'autre, sinon nous aurons à repousser son terme de manière déraisonnable. Quelles solutions techniques et comptables, non politiques, seraient envisageables ?

M. Jean-Pierre Viola. Si des montants importants de déficit étaient transférés à la Caisse d'amortissement de la dette sociale, il conviendrait soit de lui affecter des ressources complémentaires considérables, soit de repousser une nouvelle fois son extinction. Évidemment, cette seconde option peut sembler décourageante : créée en 1996, la Caisse était censée amortir la totalité des déficits de la sécurité sociale en cinq ans, soit avant 2001. Entre-temps, beaucoup de choses se sont produites. La croissance en particulier s'est affaiblie, affectant les recettes, avec des écarts entre les perspectives et les résultats plus ou moins larges selon les années. Les dépenses, elles, subissent les conséquences du vieillissement de la population et du progrès technique dans les soins prodigués. Elles progressent aussi, dans un registre plus positif, avec la volonté du législateur français, à l'inverse d'autres pays, d'assurer un large accès aux soins, de maintenir, certes avec des réductions, un effort financier en faveur des familles et d'assurer aux retraités un certain niveau de revenu de remplacement.

La solution idéale consisterait à transférer une partie du déficit à la Caisse d'amortissement de la dette sociale, sans reporter son extinction au-delà de 2033. Mais cela ne me semble pas réaliste. Je pense qu'il faudra un transfert assorti d'un décalage du terme. Toutefois, si la Caisse n'a pas atteint les objectifs assignés en 1996, elle présente un grand intérêt. Elle constitue l'un des rares dispositifs d'épargne publique. En effet, bon an mal an, sa capacité d'amortissement atteint 16 ou 17 milliards d'euros par an, essentiellement grâce à des ressources pérennes : la contribution pour le remboursement de la dette sociale, créée à cette fin en 1996 et fixée à 0,5 %, et une fraction de la contribution sociale généralisée. S'y ajoute le versement annuel du fonds de réserve pour les retraites, qui s'épuisera un jour.

La trajectoire de redressement de la sécurité sociale doit mener à l'équilibre des régimes obligatoires de base. Mais il existe une étape intermédiaire qu'il conviendrait d'atteindre rapidement : il faudrait que le solde déficitaire des régimes obligatoires de base redevienne inférieur à l'excédent de la Caisse d'amortissement de la dette sociale. Dans une telle situation, l'endettement net cesserait de croître puisque la capacité d'épargne serait supérieure au montant du déficit, qui engendre l'endettement.

Mme Joëlle Mélin, rapporteure. Dans son préambule, le rapport de la Cour des comptes de 1996 explique comment l'évolution de la situation économique des trente années passées a entraîné la création de la Caisse d'amortissement de la dette sociale. On observe une bascule en 1985, après le pic d'emploi de 1982 – je parle des emplois du privé. Par la suite, la perte de compétitivité et la désindustrialisation ont lentement amené à la décision de 1996. Trente ans après, des similitudes apparaissent avec la situation d'alors, au moins dans l'analyse de base. En examinant le long chemin parcouru depuis soixante ans à l'aide de vos travaux de synthèse, pourrait-on déterminer les raisons pour lesquelles nous ne parvenons pas à nous en

sortir ? Car nous parlons de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, mais nous pourrions aussi bien évoquer le déficit de chaque branche, et la dégradation des comptes en général.

Le rapport de juin sur les résultats de 2024 contient un éclairage sur l'aide médicale de l'État, qui recoupe les chiffres de différents rapports parlementaires. Pourriez-vous publier une analyse de l'incidence financière du phénomène migratoire au sens large ? Il s'agirait de déterminer quelles sommes notre système de protection sociale a avancées pour des ressortissants de pays étrangers, membres ou non de l'Union européenne, sans recevoir de remboursement.

M. Jean-Pierre Viola. Je commencerai par quelques réflexions personnelles. La création de la Caisse d'amortissement de la dette sociale a eu pour élément déclencheur la récession économique de 1993, au demeurant assez faible au regard de celles qui se sont produites par la suite puisque le produit intérieur brut avait reculé de seulement 1 point. Comme la sécurité sociale se trouvait déjà dans une situation dégradée, cela a contribué à accroître fortement son déficit.

L'une des difficultés majeures est d'avoir eu à affronter la récession de 2009, consécutive à la crise des crédits hypothécaires à risque (*subprimes*), avec un déficit considérable de l'ordre de 10 milliards d'euros. Or, à l'époque, la croissance économique n'était pas si mauvaise par rapport à ce qui est advenu ensuite. La récession a eu un effet important, non tant sur les dépenses que sur les recettes. Une trajectoire de retour à l'équilibre a ensuite été définie, par une hausse des prélèvements obligatoires d'abord, puis de plus en plus par des mesures relatives aux dépenses. Ces dernières se sont traduites par des réductions du niveau de protection sociale et des reports de la jouissance de certains droits sociaux. Pensons aux réformes des retraites de 2010 et 2014, de la prestation d'accueil du jeune enfant de 2014 et des allocations familiales de 2015. En parallèle, l'évolution des dépenses d'assurance maladie a été de plus en plus contrainte. Certaines années, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) croissait moins que le produit intérieur brut nominal et il était néanmoins respecté. La somme de ces efforts a permis à la sécurité sociale de revenir pratiquement à l'équilibre en 2019, avant la crise sanitaire. Des inquiétudes persistaient toutefois sur le long terme, notamment du fait du vieillissement de la population. Quoiqu'il en soit, ce chemin avait abouti à un net redressement, malgré un déficit de 30 milliards d'euros après la crise de 2009.

Aujourd'hui, après avoir essuyé une crise sanitaire, un choc inflationniste et un choc géopolitique toujours présent, l'enjeu est de tracer un chemin de retour à l'équilibre. Il ne peut qu'être pluriannuel et marqué par des efforts progressifs. Il appartient au législateur de déterminer comment répartir l'effort entre recettes et dépenses. Je n'ai pas à me prononcer à ce sujet. Il est cependant certain qu'il faudra des choix plus prononcés que ceux intervenus dans les dernières lois de financement de la sécurité sociale.

En tant que secrétaire général de la Commission des comptes de la sécurité sociale, je m'attache à expliquer l'évolution de la trajectoire financière de la sécurité sociale depuis 2020. Elle n'est pas évidente car la vraie dégradation n'est pas survenue en 2024, mais en 2023, quand le déficit est reparti à la hausse une fois neutralisées les dépenses exceptionnelles liées à la crise pandémique, qui restaient importantes en 2022. En outre, l'indexation des prestations monétaires, dont celle des retraites au premier chef, avait en grande partie été anticipée dès le 1^{er} juillet 2022, ce qui a considérablement atténué la charge en 2023. En revanche, en 2024, les comptes de la sécurité sociale ont supporté à 100 % la charge de l'indexation sur l'inflation, toujours forte, de 2023. La dégradation du sous-jacent a donc commencé dès 2023, une fois

passés les effets de rebond économique des années 2021 et 2022 faisant suite à l'interruption d'une grande partie de l'activité économique en 2020.

L'enjeu désormais, après prise en compte des lois de financement de la sécurité sociale pour 2025 et 2026, consiste à construire, à partir de 2027 ou 2028, ce qu'il ne m'appartient pas de déterminer, une trajectoire pluriannuelle. Celle-ci doit reposer non seulement sur des instruments, mais surtout sur des choix collectifs expliqués de manière pédagogique aux différents acteurs de la protection sociale, à commencer par les bénéficiaires.

Le système des retraites est toujours en déficit, en tout cas pour la part de base, puisque la part complémentaire est globalement à l'équilibre. Mais il faut reconnaître que, sans les réformes successives qu'il a connues à partir de 1993, sa situation financière serait infiniment plus dégradée. Les efforts consentis sur l'âge, la durée d'assurance, le niveau des cotisations et l'affectation de recettes supplémentaires ont considérablement atténué le déficit spontané du régime de base qui aurait résulté de la maturation des régimes de retraite, de l'allongement de la durée de la vie et du vieillissement de la population.

Il serait effectivement intéressant de bâtir une vision de très long terme, madame la rapporteure, mais je m'interroge sur le cadre approprié. Conformément aux dispositions légales, les deux rapports annuels de la Commission des comptes de la sécurité sociale sont plutôt tournés vers le court terme. En revanche, l'information soumise à l'approbation du Parlement est orientée vers le moyen terme, puisqu'une annexe de la loi de financement de la sécurité sociale décrit des perspectives pluriannuelles. Les dernières courent jusqu'à 2029. Elles font apparaître, toutes choses égales par ailleurs, la perspective de déficits de l'ordre de 20 milliards d'euros se répétant année après année. Ces lourds déficits pesant sur l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale seraient financés par des emprunts de court terme, dans des conditions probablement de plus en plus délicates. Ils appelleront nécessairement, dans le cadre législatif, une décision de transfert vers la Caisse d'amortissement de la dette sociale, accompagnée d'un report du terme de cette dernière. Sans être idéale, cette solution est bien moins problématique que de financer, par des ressources de très court terme, des échéances qui dépassent de plus en plus l'année.

Quant à l'aide médicale de l'État, ce n'est pas une prestation de sécurité sociale. C'est un droit à prestation géré par les caisses primaires d'assurance maladie pour le compte de l'État, qui finance les dépenses correspondantes. Je n'ai pas d'élément d'appréciation sur ce que vous désignez par le terme « phénomène migratoire », car ce n'est pas un critère d'appréciation utile pour les projections financières ou les constats de dépenses. À ma connaissance, il existe assez peu d'études sur le coût des prestations versées à des personnes de nationalité étrangère. Il faut d'ailleurs probablement en avoir une appréciation circonstanciée. Que désigne-t-on par « personnes de nationalité étrangère » s'agissant du versement de prestations familiales, du revenu de solidarité active ou de l'aide au logement, sachant qu'un foyer peut être composé de deux personnes de nationalité étrangère mais aussi d'une personne de nationalité française et d'une autre de nationalité étrangère ?

Les seuls éléments que j'aie à l'esprit sont ceux qu'a rassemblés la Fondation pour la recherche sur les administrations et les politiques publiques (Ifrap). Je me contente de les citer, sans les valider, pour essayer de vous répondre partiellement : les prestations versées à des personnes de nationalité étrangère par les caisses d'allocations familiales et la Caisse nationale d'assurance vieillesse représenteraient 7 milliards d'euros en 2022 ou 2023. En comparaison, l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee) indique que, tous systèmes

de protection sociale légale confondus, le montant des prestations atteint 748 milliards d'euros en 2024, soit 45 % des dépenses publiques.

Mme la présidente Annie Vidal. Lors de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2025, le ministre chargé du budget et des comptes publics, que nous avons auditionné, a indiqué que les revalorisations consécutives au Ségur de la santé n'avaient pas été financées. Je peine à le comprendre. Quelles en sont les conséquences sur la trajectoire budgétaire ? Comment ces revalorisations auraient-elles dû être financées ? Je précise ne les remettre aucunement en cause. Elles étaient absolument nécessaires pour les professionnels de santé.

M. Jean-Pierre Viola. Il convient de distinguer deux niveaux : les comptes de l'assurance maladie et ceux des établissements publics de santé. Je dispose de peu d'éléments concernant ces derniers. Pour simplifier, l'assurance maladie a pris en charge les effets immédiats du Ségur, mais pas nécessairement ses effets différés comme le glissement vieillesse technicité. Tels sont les éléments que j'ai à l'esprit ; je vous invite à préciser cet aspect avec d'autres interlocuteurs.

En ce qui concerne les comptes de l'assurance maladie, et donc des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale, les dépenses supplémentaires à caractère pérenne liées au Ségur représentent 12 à 13 milliards d'euros pour les établissements publics de santé, les établissements privés et les établissements et services sociaux et médico-sociaux. Elles n'ont jamais fait l'objet d'une affectation de ressources supplémentaires.

Ces 12 à 13 milliards d'euros constituent un facteur explicatif majeur du déficit de l'assurance maladie, et par extension des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale. Peut-être pensait-on implicitement à l'époque, dans ce domaine comme dans d'autres, que la croissance économique permettrait de financer ces dépenses supplémentaires. J'ignore si de tels pronostics ont existé ; ils ne se sont pas vérifiés en tout cas. Tout comme la prise en charge des déficits annuels de quelque 20 milliards d'euros, que j'ai évoquée précédemment, il s'agit là d'un problème auquel une solution devra être trouvée. À titre purement personnel, je ne pense pas qu'elle puisse consister en des économies supplémentaires dans la construction de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, car il est déjà difficile de ne pas aggraver le déficit de l'assurance maladie. Les mesures d'économie dégagées avec plus ou moins de solidité et de difficulté couvrent difficilement et insuffisamment la croissance spontanée des dépenses, à organisation et tarification constantes des prestations du système de santé.

Mme Joëlle Mélin, rapporteure. Lorsque j'entends dire que nous serions revenus à une situation d'équilibre en 2019, j'arrive difficilement à le concevoir car je n'en perçois pas tous les tenants et aboutissants. À ma connaissance, les 136 milliards d'euros transférés à la Caisse d'amortissement de la dette sociale en 2020 se composaient de 92 milliards d'euros pour la couverture des déficits de 2020 à 2023, de 31 milliards d'euros pour la couverture des déficits antérieurs, mais aussi de 13 milliards d'euros pour le désendettement des hôpitaux. Or, en 2025, les hôpitaux présentent toujours un déficit. En définitive, les mêmes phénomènes se reproduisent chroniquement depuis 1993. L'un des objectifs de la commission d'enquête est d'en identifier les raisons, outre la faiblesse des recettes liée à la désindustrialisation, à la perte de compétitivité et au chômage chronique. Certains se disent que, s'il y avait un peu moins de prestations sociales de compensation de revenu, cela stimulerait certaines personnes, particulièrement le nombre assez important d'hommes, en particulier dans les tranches d'âge jeunes, qui ne sont pas au travail. Cette statistique figure dans les éléments relatifs à l'impact de la réforme des retraites sur l'objectif national de dépenses d'assurance maladie qui nous ont

été fournis. Peut-être faut-il se concentrer aussi sur ces tranches d'âge sans se contenter de vouloir faire travailler davantage les plus âgés ?

Dans le même temps, le salaire minimum dépasse d'à peine 400 euros le seuil de pauvreté si, parmi les seuils définis par le Bureau international du travail, on retient celui de 50 % du niveau de vie médian. Les minima sociaux et une bonne partie des pensions de retraite, en particulier celles des agriculteurs, sont inférieurs au seuil de pauvreté, si l'on retient pour définir ce dernier 60 % du niveau de vie médian. Les retraites n'augmentent pas, si bien que l'on a des retraités pauvres. Les allocations familiales sont insuffisantes, c'est une des raisons possibles de la dénatalité. Les honoraires des personnels médicaux et médico-sociaux restent très limités, à tel point que nombre d'entre eux quittent la profession. Les hôpitaux et les établissements et services sociaux et médico-sociaux sont largement en déficit. Les malades ne sont pas toujours pris en charge. Et j'en passe.

Vos travaux permettent-ils de déceler les origines, certes multifactorielles, de cette stagnation qui impacte lourdement le quotidien des Français ? Dans un tel contexte, il n'est pas anodin que les caisses versent 7 milliards d'euros à des personnes dépendant de régimes sociaux qui ne sont pas le régime français. Même si ce montant représente 1 % seulement du total des prestations, il nous manque cruellement. Il est sept fois supérieur à celui qui a déclenché l'alerte du Comité de suivi de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie sur l'évolution des dépenses concernant le médicament, la radiologie ou encore l'ophtalmologie. Les incertitudes budgétaires persistent à tel point que certains considèrent que notre système n'est plus juste.

M. Jean-Pierre Viola. Le quasi-retour à l'équilibre de la sécurité sociale en 2019 est antérieur à la décision de transférer 136 milliards d'euros de déficit à la Caisse d'amortissement de la dette sociale, prise à l'été 2020. Ce montant recouvrait les déficits passés et prévisionnels, mais aussi 13 milliards d'euros destinés aux établissements publics de santé, ce qui était une innovation par rapport à la mission initiale de la Caisse. Les deux aspects sont donc distincts. Bien évidemment, si le déficit s'était maintenu à un niveau extrêmement faible ou si l'équilibre avait été atteint en 2020-2021, les décisions auraient été complètement différentes.

En tant que secrétaire général de la Commission des comptes de la sécurité sociale, je suis membre du Comité d'alerte sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie, aux côtés du directeur général de l'Institut national de la statistique et des études économiques et d'une personnalité qualifiée désignée par le président du Conseil économique, social et environnemental. Nous soulignons régulièrement le point de fuite majeur par rapport à l'objectif national de dépenses d'assurance maladie que représente le déficit des établissements publics de santé. Alors que ces derniers étaient globalement proches de l'équilibre en 2020, leur déficit a considérablement crû à partir de cette date pour atteindre 3 milliards d'euros en 2024, budgets annexes compris.

Quelles sont les causes de ce déficit ? Je n'en détiens pas toutes les clefs. Mais certains éléments ressortent avec netteté. Tout d'abord, un certain nombre d'établissements publics de santé connaissent des déficits prononcés de manière traditionnelle et habituelle. C'était le cas avant la crise sanitaire. La situation s'est aggravée depuis, en particulier pour l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris et certains établissements ultramarins et corses.

Ensuite, la crise sanitaire s'est traduite par une chute d'activité qui a affecté le financement des établissements publics de santé tarifés à l'activité. La reprise qui s'est ensuivie a été d'ampleur variable. En moyenne, ce n'est qu'en 2024 qu'ils ont retrouvé leur niveau d'activité de 2019. En outre, la nature de leur activité a fortement évolué : il y a moins de séjours

longs et plus de séjours courts ambulatoires, sans nuitée, en médecine et en chirurgie. Cette évolution est encouragée par les pouvoirs publics et facilitée par l'évolution des techniques médicales.

Par ailleurs, la plupart des hôpitaux publics ont fortement recruté pour relancer leur activité à l'issue de la crise sanitaire.

Enfin, les effets du Ségur n'ont pas tous été compensés.

Ces quatre facteurs, qui se combinent différemment selon les établissements, fournissent une matrice d'explication de l'augmentation des déficits. J'en ajouterai un cinquième : la construction de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie prend en compte un montant forfaitaire de 600 ou 700 millions d'euros correspondant à une meilleure efficacité des hôpitaux publics, que nous peinons à documenter. Le Comité d'alerte le souligne dans ses avis.

Une fois ce constat établi, quelles peuvent être les évolutions ? Je ne me prononcerai pas sur les actions qu'il conviendrait d'engager. Je me dois cependant de souligner qu'un bon nombre d'établissements publics de santé, y compris de taille importante, ne retrouveront pas leur niveau d'activité antérieur à la crise sanitaire. Il peut donc être question de redéfinir leur gamme d'activités. La Cour des comptes a souvent montré, dans ses rapports, que les conditions de tarification des séjours étaient loin d'être optimales, qu'il s'agisse de la connaissance des coûts ou de la périodicité de l'actualisation des coûts de référence. Il y aura nécessairement des décisions relatives à la réorganisation de l'offre.

Nous pouvons aussi nous interroger sur la situation à mi-parcours de certaines évolutions organisationnelles décidées au cours de législatures passées. Je pense en particulier aux groupements hospitaliers de territoire. Les établissements qui en sont membres ont certes mutualisé leurs fonctions de support, mais seulement dans une moindre mesure leurs plateaux techniques et leurs parcours de soins.

En tant que membre du Comité d'alerte sur l'évolution des dépenses de l'assurance maladie, j'ai deux frustrations à l'égard des établissements publics de santé.

D'une part, leurs comptes sont arrêtés tardivement par rapport à ceux de l'ensemble des autres administrations publiques, sécurité sociale comprise. L'échéance du 30 juin n'est pas toujours respectée. Au moment où le projet de loi de financement de la sécurité sociale est déposé pour l'année suivante, tous les comptes des établissements publics de santé de l'année précédente ne sont pas nécessairement remontés. De fait, le montant du déficit de 2024 que j'ai cité précédemment n'est pas définitif. C'est profondément anormal. Il convient de réviser le calendrier d'arrêt et de remontée des comptes.

D'autre part, peu d'éléments sont disponibles quant à l'impact des médicaments sur le recours aux établissements de santé. On sait pourtant cet impact très fort, par exemple en cardiologie. Nous manquons de données de référence en la matière pour construire l'objectif national de dépenses d'assurance maladie. Or, l'un des enjeux du redressement financier de la sécurité sociale réside dans la pertinence des soins et dans la prévention, laquelle doit être menée plus activement et efficacement. Ne nous leurrions pas : si certains aspects de la santé publique ont été investis, d'autres ont été négligés au cours des dernières années.

Il convient par ailleurs de travailler sur l'articulation des acteurs du système de santé et sur le rôle accru que peuvent jouer les personnels paramédicaux pour garantir l'accès aux soins dans des conditions financières maîtrisées. Ces personnels sont formés sur des durées plus longues et dotés d'une plus grande expertise. Ceci renvoie à des sujets controversés comme l'intervention d'infirmiers en pratique avancée.

L'articulation plus étroite entre la médecine de ville et l'hôpital implique de décloisonner les filières de soins. On en parle beaucoup, mais c'est loin d'être fait. L'objectif est de traiter en ville tout ce qui peut l'être. Il faut éviter, schématiquement, que les urgences soient encombrées par des patients qui, faute d'avoir trouvé un médecin de ville en fin de semaine ou en soirée, s'adressent à l'hôpital. Au-delà de cet exemple caricatural, une meilleure articulation entre le personnel paramédical, les médecins de ville et les établissements de santé peut être profitable dans de nombreux domaines, à niveau de prise en charge constant et sans recul majeur sur ce qui est essentiel. Fondamentalement, le rôle de l'assurance maladie est d'abaisser voire de supprimer les obstacles monétaires à des soins indispensables et adaptés.

Quant à l'immigration, sur laquelle vous m'avez interrogé, je voudrais insister sur un point. Il n'y a aucun trésor caché, ni du côté des personnes de nationalité étrangère, ni du côté des entreprises, ni du côté des personnes âgées. Si nous avons l'ambition collective de solvabiliser la réponse aux besoins en soins indispensables, un partage des efforts s'impose. Je ne me prononcerai pas sur celui qui a été opéré par le passé. Tout ceci implique probablement de réduire des dépenses alors qu'elles suivent une croissance tendancielle compte tenu de l'organisation actuelle du système de santé, ou plutôt de son inorganisation. Il faut par ailleurs mobiliser des recettes, générales ou ciblées sur des comportements qui posent problème, dans une optique de prévention. Mais, je le répète, il n'y a pas de trésor caché. On a beaucoup parié sur une accélération de la croissance économique pour accroître les recettes. Elle ne s'est pas produite. On a beaucoup parlé du niveau de vie des retraités. Mais n'oublions pas que les moyennes statistiques recouvrent d'énormes disparités. Les choix devront être gouvernés par des impératifs d'efficacité et d'équité, sans oublier les objectifs fondamentaux assignés à la sécurité sociale, qui conservent toute leur validité.

D'autres pays rencontrent aussi de grandes difficultés avec leur protection sociale. Les uns affichent des dépenses astronomiques pour des résultats de santé publique extrêmement faibles. D'autres sont moins dépensiers mais plus solidaires ; ils obtiennent de meilleurs résultats que nous en matière de prise en charge des soins et de redistribution sociale.

Mme la présidente Annie Vidal. Nous vous remercions vivement pour la qualité et la précision de vos réponses.

La séance s'achève à douze heures vingt.

Membres présents ou excusés

Présents. – M. Thibault Bazin, Mme Joëlle Mélin, Mme Annie Vidal