

# 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. Thomas Fatôme, directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie, M. Marc Scholler, directeur délégué audit, finances et lutte contre la Fraude, Mme Bintou Boité, directrice déléguée des systèmes d'information, Mme Aurélie Combas-Richard, directrice déléguée aux opérations, et Mme Veronika Levendof, chargée des relations avec le Parlement..... 2
- Présences en réunion..... 26

Mardi

27 janvier 2026

Séance de 17 heures 30

Compte rendu n° 12

**SESSION ORDINAIRE DE 2025-2026**

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



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

*Présidence de Mme Annie Vidal, présidente.*

*La commission d'enquête procède à l'audition, ouverte à la presse, de M. Thomas Fatôme, directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie, M. Marc Scholler, directeur délégué audit, finances et lutte contre la fraude, Mme Bintou Boité, directrice déléguée des systèmes d'information, Mme Aurélie Combas-Richard, directrice déléguée aux opérations, et Mme Veronika Levendof, chargée des relations avec le Parlement.*

**Mme la présidente Annie Vidal.** Mes chers collègues, nous entamons la deuxième phase de nos travaux. Nous avons acquis au cours des premières semaines une bonne connaissance des mécanismes comptables et des règles qui s'appliquent aux comptes sociaux. Nous auditionnerons désormais, et jusqu'à jeudi, les représentants des différentes caisses nationales de sécurité sociale.

Mesdames, messieurs les représentants de la Caisse nationale de l'assurance maladie, je vous souhaite la bienvenue. Nos travaux nous ont placés face à la complexité du système de contrôle des comptes sociaux. Un questionnaire vous a été transmis par notre rapporteure, Mme Joëlle Mélin. Toutes les questions qu'il contient ne pourront être évoquées de manière exhaustive. Je vous invite par conséquent à nous communiquer ultérieurement les éléments de réponse écrits, ainsi que toute autre information que vous jugeriez utile.

J'ouvrirai les débats par deux séries de questions générales. Premièrement, comment coopérez-vous avec la Cour des comptes, qui a pour mission de certifier vos comptes ? De quelle manière appliquez-vous ses recommandations et comment prenez-vous en compte les réserves qu'elle formule chaque année ?

Deuxièmement, nous commençons à identifier les systèmes d'information comme une source significative des incertitudes dans les comptes sociaux. Comment harmonisez-vous les systèmes que vous opérez ? Prévoyez-vous une action d'ampleur pour réduire les éventuels dysfonctionnements ?

Avant de vous donner la parole, je dois, en application de l'article 6 de l'ordonnance du 17 novembre 1958 relative au fonctionnement des assemblées parlementaires, vous demander de prêter le serment de dire la vérité, toute la vérité, rien que la vérité.

*(M. Thomas Fatôme, M. Marc Scholler, Mme Bintou Boité et Mme Aurélie Combas-Richard prêtent successivement serment.)*

**M. Thomas Fatôme, directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie.** La Caisse nationale de l'assurance maladie assure la gestion des risques maladie et accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP) pour un peu plus de 65 millions d'assurés. En 2024, au titre du risque maladie, elle a assumé près de 250 milliards d'euros de dépenses, en nature ou en espèce, en ville ou à l'hôpital, en lien avec la cotation d'un acte ou sous forme de dotation, en remboursement des assurés ou des professionnels de santé, ou au titre du tiers payant. Chaque année, nous acquittons plus de 1 milliard d'euros de factures. Nous couvrons 80 % de la dépense de santé du pays, un chiffre en augmentation du fait du vieillissement de la population et du poids croissant des pathologies chroniques.

Je dirige la Caisse nationale de l'assurance maladie dans le cadre d'une gouvernance définie par la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. Le conseil de la Caisse, principalement composé de partenaires sociaux, définit les orientations, vote les budgets et donne mandat au président du conseil pour signer la convention d'objectifs et de gestion. Quant au conseil de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam), il est compétent pour le cadrage des négociations conventionnelles. Nous agissons sous la tutelle du ministère chargé de la santé et du ministère de l'économie et des finances. L'assurance maladie constitue un réseau de près de 102 caisses primaires, 16 caisses d'assurance retraite et de santé au travail, 9 centres de traitement informatique, sans oublier, outre-mer, une caisse de sécurité sociale, à Mayotte, et 4 caisses générales de sécurité sociale.

L'assurance maladie gère aussi une offre de soins non lucrative à travers treize unions de gestion des établissements de caisse d'assurance maladie (Ugecam), qui regroupent plus de 200 établissements et 15 000 agents, principalement des professionnels de santé.

Nous sommes donc un grand service public. Chaque semaine, nous recevons plus de 100 000 assurés dans nos accueils ; nous traitons 500 000 appels dans nos plateformes téléphoniques. Près de 46 millions d'assurés utilisent leur compte d'assurance maladie en ligne (Ameli), ce qui représente 4 à 5 millions de connexions chaque semaine. Nous recevons également 100 000 mails hebdomadaires, ce qui traduit la diversité de nos modes de relations avec nos assurés.

En 2025, la Caisse nationale de l'assurance maladie comptait 60 000 collaborateurs, hors unions de gestion des établissements de caisse d'assurance maladie. Ils étaient 74 000 il y a dix ans. Durant cette période, nos effectifs ont donc diminué de plus de 20 %, ce qui traduit nos efforts significatifs et continus d'efficience. Autre réduction significative : nos coûts de gestion sont passés de 3,6 % à 2,7 % en dix ans.

L'assurance maladie est certainement l'un des systèmes financiers publics les plus importants et les plus complexes de France, peut-être d'Europe. Cette complexité est la conséquence directe d'un choix collectif d'universalité et de solidarité. Ce choix reste plébiscité par les citoyens, comme nous l'avons mesuré l'an dernier lors des quatre-vingts ans de la sécurité sociale, sans pour autant nier les défis qui se posent aujourd'hui.

Nous traitons près de 1,4 milliard de factures et 35 millions d'arrêts de travail chaque année, alors que les droits individuels des assurés évoluent en permanence au fil des changements dans leurs vies professionnelles et familiales. Nous entretenons également des relations financières avec des centaines de milliers de professionnels de santé et d'établissements de santé dans les secteurs sanitaire et médico-social, ainsi qu'avec l'État, entre autres opérateurs.

Le pilotage financier de l'assurance maladie repose sur les principes qui s'imposent aux organisations les plus exigeantes, publiques comme privées, notamment des règles comptables assez universelles. Nous enregistrons les dépenses quand elles naissent et les recettes quand elles sont dues, sans attendre qu'elles soient payées. C'est le principe d'une comptabilité en droits constatés, soit le modèle le plus abouti pour superviser les dépenses comme les recettes et distinguer clairement la réalité économique, par-delà les questions de trésorerie. C'est sur la base de ces comptes, contrôlés et certifiés par une institution indépendante, que le Parlement vote la loi annuelle de financement de la sécurité sociale.

Le pilotage financier repose sur la séparation des fonctions entre ceux qui engagent la dépense et ceux qui paient, comptabilisent et retracent les flux. Il implique des contrôles automatisés et ciblés, des audits internes et externes, et une certification indépendante. Piloter un tel système suppose des outils, des règles à la hauteur des masses financières engagées. La rigueur comptable, la normalisation, le contrôle interne et les systèmes d'information sont les conditions de l'efficacité et de la transparence. Notre mission quotidienne est de sécuriser les dépenses, de fiabiliser les droits, de prévenir les abus et d'améliorer la qualité des données. C'est ce qui permet au système d'assurance maladie d'être transparent, même si je reconnais sa complexité. L'information transmise au certificateur et au Parlement est structurée, documentée, vérifiable. Elle permet un suivi fin des risques, d'identifier les zones de fragilité, de prioriser les actions et de rendre des comptes dans des délais exigeants.

Depuis 2006, la Cour des comptes certifie annuellement nos comptes. La certification est une démarche exigeante qui a permis, au cours des vingt dernières années, d'élever le niveau du pilotage, du contrôle et de la transparence des dépenses. Elle a renforcé la discipline collective et la qualité des données. Chaque année, la Cour mène des investigations extrêmement poussées, amenant une mobilisation importante des ordonnateurs et des comptables publics du réseau de l'assurance maladie et de la caisse nationale.

Je partage avec vous la conviction, née avant même avant d'exercer mes fonctions, que la certification annuelle est une pratique particulièrement exigeante, en tout cas plus exigeante que d'autres formes de certification. Les rapports vont beaucoup plus loin, sont beaucoup plus poussés. C'est un facteur d'amélioration continue.

Nous exécutons ces opérations avec la Cour des comptes en toute transparence. C'est un exercice d'ouverture de nos comptes, de nos procédures et de nos systèmes d'information très fort puisque la Cour va loin dans ses investigations. Nous travaillons de longue date à lever ses réserves. Chaque année, nous les reprenons avec les magistrats, point par point, pour identifier les actions prioritaires. Ces courriers, qui définissent une trajectoire de levée de réserve, pourront évidemment vous être transmis.

Cela a permis, année après année, un certain nombre d'améliorations et une diminution significative du nombre de réserves. Certaines sont liées à des processus, d'autres à des systèmes d'information. Nous essayons de définir de manière transparente les voies d'amélioration. La Cour des comptes peut superviser la démarche et identifier les éléments de progrès, autrement dit ce qu'il reste à faire.

J'en viens à votre deuxième question. Au regard de la masse financière que nous gérons, de la diversité des prestations que nous prenons en charge, la quasi-totalité des opérations reposent sur des systèmes d'information qui vérifient les droits, calculent ce qui doit être payé et versent les prestations en assurant la traçabilité. Ces systèmes sont complexes et nombreux puisque nous traitons à la fois des prestations en nature et en espèces. Ils couvrent des champs divers : outre des systèmes d'information de production, nous avons construit et utilisons des systèmes d'information décisionnels. Nos relations avec les assurés et les professionnels de santé reposent sur des systèmes d'information différents, notamment des téléservices. Enfin, de plus en plus de mécanismes sont liés à nos investissements dans le numérique. Au-delà du compte Ameli, nous gérons également Mon espace santé, l'espace de santé numérique des assurés en France, que plus de 24 millions d'assurés ont déjà choisi d'activer.

Les représentants des autres branches y reviendront certainement : la sécurité sociale a construit depuis une vingtaine d'années les systèmes d'information permettant la déclaration sociale nominative et la déclaration de ressources mensuelles. Pour ce qui concerne plus particulièrement l'assurance maladie, avec le système national d'information inter-régimes de l'assurance maladie (Sniiram) et le système national des données de santé (SNDS), nous avons bâti des outils performants sur lesquelles nous nous appuyons pour sécuriser les mécanismes déclaratifs et la qualité des données, fiabiliser les remontées et, partant, l'ouverture de droit, la liquidation des prestations et le pilotage de nos systèmes. Il n'y aurait pas eu de prélèvement à la source s'il n'y avait pas la déclaration sociale nominative, par exemple.

Nous déployons ces systèmes d'information auprès des professionnels de santé et des assurés afin de simplifier l'accès aux droits et aux soins et, dans le même temps, de sécuriser nos processus. Je pense historiquement à la carte Vitale, également disponible sur application depuis quelques mois, aux ordonnances numériques et aux téléservices qui permettent aux professionnels de santé de télédéclarer un arrêt de travail ou une entrée en affection de longue durée.

Nous améliorons et enrichissons de manière continue nos systèmes d'information. Nous les adaptons aux nouvelles technologies. Outre le numérique en santé, nous pourrions évoquer l'intelligence artificielle, générative ou non. Ces techniques entrent petit à petit dans nos instruments dans le respect des conditions de sécurité, de souveraineté et de maîtrise de nos opérations. C'est crucial car nous gérons des données de santé.

**M. Marc Scholler, directeur délégué de l'audit, des finances et de la lutte contre la fraude.** Au sein de chaque branche de la sécurité sociale, être capable de produire chaque année des comptes sincères et réguliers est primordial. C'est un sujet de fierté. La certification annuelle des comptes, commencée en 2006 de sorte que l'exercice 2025 marquera donc la vingtième certification, implique des discussions exigeantes et permanentes, fondées sur une analyse des risques qui évolue d'une année sur l'autre.

La Cour des comptes ne repart pas de zéro chaque année. Elle approfondit des points déjà identifiés, accroissant son niveau d'exigence. Notre dialogue avec elle ne porte pas sur une photographie isolée de la qualité et de la transparence des comptes, mais sur une vision dynamique. Sur le temps long, la tendance est positive, en tout cas de notre point de vue.

Dans son rapport de 2007, donc sur l'exercice 2006, la Cour formulait neuf réserves. Chacune d'elles est comme une matriochka : elle comprend plusieurs composantes, lesquelles incluent des points d'audit. En 2019, avant la crise sanitaire, le nombre de réserves était tombé à cinq. Depuis 2022, la Cour a changé ses modalités de suivi, comme ses représentants s'en sont expliqués devant vous. Elle distingue désormais les anomalies significatives et les insuffisances d'éléments probants. Cette nouvelle grille de lecture donne lieu à un rapport un peu plus ramassé que par le passé.

La certification permet d'appliquer aux comptes de la Caisse nationale de l'assurance maladie des normes d'audit internationales, et de les soumettre à un niveau d'exigence comparable à celui qui vaut pour les grands groupes privés. Elle impose d'instaurer une gouvernance et des dispositifs de contrôles, de mettre en place un ensemble de règles et d'outils pour s'assurer de la conformité aux règles des opérations menées. Ce n'est donc pas qu'une question comptable et financière. Elle implique une approche transversale pour les différentes directions de l'assurance maladie et, au-delà, dans les relations avec les autres opérateurs comme les autres branches. Cela a conduit à casser des verrous, à améliorer l'efficacité, à

optimiser les processus. Nous avons gagné en rigueur dans un dialogue constant et constructif, qui n'exclut pas des désaccords avec le certificateur, qui inclut nos autorités de tutelle et le normalisateur des comptes, entre autres acteurs concernés par la qualité de l'information financière sur la Caisse nationale de l'assurance maladie.

Sans préjuger du rapport de la Cour sur l'exercice 2025, le nombre de réserves portant sur des sujets purement comptables a considérablement diminué. Désormais, l'essentiel des réserves concernent la sécurisation des flux financiers qui alimentent les comptes. Pour le dire de manière simple, au risque d'être caricatural : l'information financière traduit la réalité des opérations menées par les services et les systèmes d'information. Nous sommes en conformité avec la réglementation. Toutefois, il y a des problèmes évidents d'efficacité des dispositifs de contrôle. Ils peuvent conduire à des erreurs, à des anomalies, à permettre des fraudes. Cette question, qui est notre priorité pour sécuriser les actifs de la collectivité, est fortement liée à l'informatique. De fait, parce que nous avons à traiter des flux financiers massifs, et que nous devons, en tant que service public, procéder rapidement aux dépenses, nos procédures sont largement automatisées. Les systèmes informatiques doivent être efficaces et détecter, le plus tôt possible, ce qui pourrait conduire à des sorties de ressources injustifiées. Là est l'essentiel de nos échanges avec la Cour des comptes, qui approfondit les constats au fur et à mesure et en même temps que nous. Nous travaillons de concert : en interne, nous traitons nos opérations avec la même rigueur qu'eux afin de nous améliorer systématiquement, comme le montrent nos progrès dans la maîtrise des flux financiers au cours des vingt dernières années.

**Mme Bintou Boité, directrice déléguée des systèmes d'information.** Notre système d'information est essentiellement construit autour des dispositions du code de la sécurité sociale. Sa partie centrale recouvre notre cœur de métier, avec des applications de production utilisées par les caisses primaires pour affilier les assurés et verser les prestations, les frais de santé ou les indemnités journalières, que ce soit au titre des risques liés à la maladie, à la maternité ou au travail. Ces systèmes sont assez verticaux : ils permettent d'appliquer les règles de gestion pour liquider une indemnité journalière, payer une feuille de soins, alimenter les bases de données informationnelles, gérer les bénéficiaires, les offreurs des soins libéraux ou non, les établissements hospitaliers et les centres de santé. Ceux-ci sont tous référencés chez nous et nous les gérons en fonction de leur situation conventionnelle. Des applications nous servent également pour les relations avec les clients pour la messagerie électronique et l'accueil physique des assurés.

Tous ces systèmes s'appuient sur des référentiels partagés : il y a ainsi un référentiel employeurs, un référentiel mutuelles et un référentiel individus – qui inclut, outre le numéro d'identification, la civilité, le nom, le prénom de l'assuré, son adresse et son relevé d'identité bancaire. Ainsi, toutes les applications de paiement prennent appui sur une source unique d'information : le travail est mutualisé.

Le système est en interface avec lui-même : les données entrées dans la composante gestion des bénéficiaires ont ainsi un impact sur le paiement des feuilles de soins ou sur l'ouverture des droits aux indemnités journalières. Il communique également avec des tiers extérieurs à l'assurance maladie pour récupérer les éléments utiles à la liquidation des dossiers, par exemple les factures, qui peuvent nous parvenir sous la forme de flux comme les feuilles de soins électroniques qui passent par la carte Vitale, ou sous forme papier. Pour les indemnités journalières, nous utilisons aussi bien des attestations de salaire papier que les échanges dans le cadre de la déclaration sociale nominative ou sur Net-entreprises, selon le système déclaratif choisi par l'employeur.

En entrée de donnée, nous recevons également les flux d'autres organismes. C'est le cas de la direction générale des finances publiques, qui nous communique les taux de prélèvement à la source, ou de l'Urssaf Caisse nationale, qui nous transmet les taux de cotisation pour les travailleurs indépendants notamment. Le système intègre donc des briques de communication avec des systèmes d'information tiers en amont et en aval.

Toutes les données reçues sont agrégées et intégrées pour mettre à disposition des professionnels de santé la situation des droits de l'assuré, grâce au téléservice d'acquisition des droits intégrés (ADRI). Ainsi, ces professionnels, au moment où ils facturent une prestation, peuvent s'assurer que les droits de l'assuré sont ouverts.

Nous alimentons également des entrepôts, dont le système national d'information interrégimes de l'assurance maladie et le système national des données de santé, pour que les tiers habilités aient accès aux informations concernant les prestations issues de la production. L'accès à ces entrepôts, très encadré par la loi, est contrôlé par la Commission nationale de l'informatique et des libertés. Les données du système national des données de santé sont en outre pseudonymisées : le système permet de chaîner les informations relatives à un individu, ce qui est utile pour les analyses statistiques, mais pas de remonter à l'individu lui-même.

**Mme Joëlle Mélin, rapporteure.** Beaucoup de monde s'intéresse à cette commission d'enquête. Ceux qui, comme moi, ont consulté les rapports successifs de la Cour des comptes sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, dont le premier date de 1996, et sur la certification des comptes du régime général de la sécurité sociale, publiés annuellement depuis 2006, se demandent comment la situation actuelle est possible. Ces rapports, parmi lesquels le dernier rapport de certification publié en mai 2025, ont un côté critique. Ils témoignent d'éléments que beaucoup de nos concitoyens perçoivent comme des injustices. Cela ne peut pas durer.

Nos premières auditions nous ont montré la grande rigueur et la sophistication de la comptabilité de la sécurité sociale. Mais notre rôle est d'aller au fond des choses. Nous voulons vous interroger en premier lieu sur les anomalies significatives relevées par la Cour des comptes. Pourquoi retrouve-t-on dans vos comptes une très vieille dette de 800 millions d'euros, prescrite et semble-t-il non récupérable ? Pourquoi une partie des impôts et taxes affectés à la protection sociale ne sont-ils pas enregistrés en droits constatés ? Pourquoi les séjours hospitaliers en cours au 31 décembre ne sont-ils pas provisionnés ? Pourquoi certaines sommes, incertaines, sont-elles malgré tout enregistrées comme produits ? Ces anomalies portent sur des sommes significatives ; nous parlons de 1,1 milliard d'euros en droits constatés pour les impôts et taxes affectés, par exemple. Les périmètres en cause sont tout aussi surprenants.

**M. Thomas Fatôme.** Nous nous sommes penchés sur tous ces sujets. Le premier, en particulier, a fait l'objet de longs échanges avec les équipes du ministère de la santé.

**M. Marc Scholler.** Il serait irresponsable de notre part de considérer que ces anomalies peuvent être balayées d'un revers de main. Je vais essayer d'éclairer la commission sur leur nature.

S'agissant de la dette résiduelle d'environ 800 millions d'euros, la Cour des comptes l'a évoquée devant vous. C'est une anomalie dont l'impact est patrimonial au sens des actifs et des passifs de la branche. Elle n'a pas d'effet direct sur le solde de l'assurance maladie, donc sur son déficit. Elle remonte au milieu des années 1980 et au passage des prix de journée à la

dotation globale, puis à l'adoption de la tarification à l'activité en 2008. Nous ne conservons évidemment pas cette dette dans nos comptes par plaisir : elle reste exigible. Nous ne pouvions toutefois pas l'honorer, jusqu'à un décret paru le 28 décembre dernier qui devrait nous permettre de le faire entre mai et juillet 2026. Notre tutelle, la direction de la sécurité sociale, pourra vous en parler.

Quant aux séjours hospitaliers, vous savez que le fait générateur est le début du séjour alors que la facturation intervient en fin de séjour. La comptabilité en droits constatés nous conduit à prendre acte de ces dépenses au fur et à mesure de la facturation et à constituer des provisions en fin d'exercice, afin de rattacher du point de vue comptable les séjours commencé dans l'année mais facturés l'année suivante. Une difficulté a été identifiée il y a quelques années sur les séjours qui commencent avant la fin d'un exercice comptable mais qui se poursuivent au-delà. Cela a eu un impact lors de la première année du passage aux droits constatés, mais nous considérons maintenant la variation d'une année sur l'autre du stock de séjours à cheval sur deux années tout à fait marginale, et l'effet sur le solde par conséquent faible.

Nous cherchons bien sûr des solutions avec l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation. Mais nous sommes tributaires du calendrier de clôture des établissements de santé, qui diffère pour partie de celui des organismes de sécurité sociale, lequel nous oblige à clore les comptes pour le 22 février puis pour le 15 mars. Lorsqu'ils inscrivent un produit à recevoir, nous ne pouvons pas encore comptabiliser la charge à payer.

Je répète, en tant que producteur des comptes avec Thomas Fatôme, que l'impact sur le déficit de la branche maladie est extrêmement marginal d'un exercice sur l'autre, puisqu'il est peu probable qu'il y ait une grande différence sur ce point entre deux exercices.

Vous évoquez ensuite les impôts et taxes affectés notifiés à l'activité de recouvrement. Vous savez que nous avons différents types de recettes, notamment la contribution sociale généralisée, qui est recouvrée par les unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (Urssaf), et les produits et taxes affectés, qui sont recouverts par l'administration fiscale. Or, le fait générateur des cotisations pour les Urssaf est l'exercice d'une activité professionnelle, donc le mois de l'exercice de cette activité, ce qui permet un rattachement en droits constatés équilibré avec celui des charges : c'est bien l'exercice d'une activité professionnelle qui génère une cotisation, donc une recette. Hélas, en matière fiscale, l'enregistrement est fait pour partie au moment de l'encaissement ; l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (Acos) pourra être plus précise sur ce point. La Cour considère à juste titre comme une anomalie dans nos comptes le fait que certaines recettes soient rattachées à l'encaissement et pas à l'activité économique, en particulier s'agissant de la taxe sur la valeur ajoutée et de la taxe sur le tabac, les deux recettes fiscales principales de la branche maladie : elles ne sont pas rattachées au fait générateur, ce qui n'est pas conforme au principe des droits constatés.

En ce qui concerne enfin les recours contre tiers, c'est l'activité qui permet à l'assurance maladie, quand des frais de santé engagés pour un individu sont liés à des dommages causés par un tiers – accident de la route, coups et blessures volontaires... –, de se retourner contre ce tiers ou contre son assureur. Les principes comptables nous amènent à comptabiliser, dès lors qu'il y a des débours de santé, l'intégralité de ce qui pourrait être refacturé à l'assurance ou au tiers, tout en sachant que ce produit sera minoré pour de nombreuses raisons et dans des volumes significatifs puisqu'ils vont parfois jusqu'à 40 %. En apparence, dans nos comptes, on trouve donc un produit important neutralisé par une dépréciation de la créance générée par la comptabilisation du produit. Dès lors, nous affichons

dans notre compte de résultat des produits que la Cour juge surestimés, et en face une charge de dépréciation de créance surévaluée : la Cour nous reproche d'afficher des recettes comme des dépenses gonflées. En réalité, ce qui compte pour le calcul du solde, c'est le net, qu'on ne nous reproche pas même si les méthodes peuvent toujours être améliorées. C'est un sujet dont nous discutons. Nous essayons, grâce à nos systèmes d'information, d'établir dès le début du dossier une estimation plus fine de la valorisation.

Parmi ces quatre problèmes, celui lié à l'article 58 du décret du 11 août 1983 devrait s'éteindre rapidement. Deux autres sont des conséquences d'échanges avec des tiers et nous devrions pouvoir fiabiliser l'information.

**Mme Joëlle Mélin, rapporteure.** Pour avoir beaucoup vu des dossiers de recours contre tiers, je sais que ce sont des procédures parfois très longues. Il est difficile de voir comment se fait le recouvrement. C'est une zone grise.

**M. Thomas Fatôme.** Ces dossiers, vous l'avez dit, sont souvent longs et complexes. Les enjeux financiers sont importants, de l'ordre de 1 milliard d'euros par an. Nous nous efforçons tous d'aller récupérer ces sommes. Tout le réseau de l'assurance maladie est mobilisé pour informer les assurés comme pour accompagner les établissements et les professionnels de santé. Nous sommes également en dialogue constant avec les assureurs.

**Mme Joëlle Mélin, rapporteure.** Quant aux insuffisances d'éléments probants, je ne vous interrogerai ici que sur les plus surprenantes. Ainsi, aux dires de la Cour, de nombreuses écritures comptables ne sont pas étayées par une pièce justificative : cela concernerait 6 % des dossiers en 2024. Le montant de prestations dont la pièce justificative n'est toujours pas produite par la Caisse nationale de l'assurance maladie plus de six mois après facturation serait de 1,6 milliard d'euros.

La Cour vous reproche aussi de sous-évaluer les provisions pour risques, particulièrement le montant des remises sur les prix des médicaments en 2024, comme l'a pointé un rapport récent de l'Inspection générale des affaires sociales.

Enfin, les états financiers de la caisse de sécurité sociale de Mayotte souffrent d'une insuffisance de justification, pour une somme de près d'un demi-milliard d'euros tout de même.

**M. Thomas Fatôme.** Je dissipe tout de suite une éventuelle ambiguïté : nous ne payons pas sans preuve. Il y a toujours, parfois de façon dématérialisée, un élément qui justifie le paiement. La situation la plus simple est l'oubli de carte Vitale chez le médecin : celui-ci fait ce que nous appelons un « flux dégradé », et nous adresse ensuite la pièce justificative. Il y a tout de même un flux, et il faut en effet que l'envoi du justificatif ait bien lieu par la suite. C'est un dialogue quotidien : les caisses se rapprochent des professionnels, les relancent éventuellement pour récupérer ces éléments qui confirment qu'un assuré a été pris en charge.

C'est un point sur lequel nous discutons avec la Cour depuis plusieurs exercices. Nous ne sommes pas en phase avec son analyse de la portée de ces manques. Je veux être clair car on entend parler de sommes énormes, jusqu'à 1,8 milliard d'euros. Cette extrapolation me semble très exagérée et elle ne traduit pas correctement un risque dans nos comptes.

**M. Marc Scholler.** Je ne nie pas non plus que cette absence de pièces justificatives puisse se produire. Mais il ne faut pas en effet l'assimiler systématiquement à une fraude ou à un indu. En réalité, c'est une partie administrative de notre processus de liquidation, ce qui peut

d'ailleurs nous être reproché, notamment par les professionnels et les établissements de santé : dans tous les cas, notre système de paiement est ainsi fait que, pour tout paiement, une facture nous a bien été transmise. Les pièces manquantes sont des éléments complémentaires de preuve, exigibles, qui n'ont pas pu être produits ou rattachés dans les délais.

Si ce sujet est, de notre point de vue de producteur des comptes, devenu important dans le processus de certification, c'est parce que la crise sanitaire a conduit à des mesures exceptionnelles, notamment des dérogations de transmission de pièces justificatives parce que notre système ne permettait pas cette transmission. Au sortir de la crise, en 2022, la Cour des comptes, en consultant un indicateur de fiabilité des prestations, a identifié un taux d'absence de pièces justificatives supérieur aux années précédentes, de l'ordre de 10 % de mémoire, alors que le système devait exiger à nouveau la transmission de ces pièces. Ce taux a été réduit à 6 % en 2023, puis à 1,8 % en 2024. Il faut comprendre que le nombre de pièces justificatives est assez faible, quelques dizaines dans un échantillon de plusieurs milliers de dossiers reliquidés. L'extrapolation donne l'impression de sommes énormes, surtout quand certaines pièces justificatives concernent des établissements de santé, donc des montants élevés.

C'est un sujet sur lequel nous travaillons évidemment. Notre objectif est d'arriver aussi proche de zéro que possible, même si ces pièces ne sont pas utiles directement à la liquidation, mais plutôt en cas de vérifications que nous pouvons être amenés à mener dans le cadre de contrôles internes, ciblés ou destinés à lutter contre la fraude. Nous préférons bien sûr réduire ces situations plutôt que de les gérer ultérieurement, donc accroître la dématérialisation de la norme. Celle-ci est déjà importante : l'ordonnance, pièce justificative d'une prise en charge de médicament, est directement numérisée par le professionnel de santé. Ce processus Scor, pour scannérisation des ordonnances, est déployé chez différentes catégories de professionnels de santé. Nous les accompagnons, de façon graduée, si nous détectons une déviation atypique. Lorsque les règles ne sont pas respectées, nous faisons preuve de fermeté. Cela a été généralisé dans le réseau. Il en résulte des notifications d'indus à des professionnels de santé qui ne respectent pas les délais de transmission des pièces concernées.

**Mme la présidente Annie Vidal.** La Cour estime à 1,6 milliard d'euros le montant de prestations dont la pièce justificative n'est toujours pas produite plus de six mois après facturation. Ces pièces sont-elles en cours de récupération ou définitivement manquantes ?

**M. Marc Scholler.** Vous avez évoqué avec la Cour ces questions de fiabilité, notamment l'indicateur de risque résiduel. Dans le cadre des estimations, il manque, dans l'échantillon des dossiers contrôlés, des pièces justificatives. Leur nombre est ensuite extrapolé à l'ensemble de nos dispositifs de liquidation. C'est en quelque sorte une fourchette théorique : ces pièces ne sont pas identifiées en tant que telles comme manquantes. Nous n'avons donc aucune assurance que ce chiffre soit fiable.

Par ailleurs, je parlais de factures dont le montant est parfois élevé pour les établissements notamment. Il faut, pour être tout à fait complet, préciser qu'on peut aussi avoir une concentration géographique. Dans les départements d'Île-de-France par exemple, les caisses primaires sont présentes sur plusieurs sites et elles suivent des modalités d'archivage directement liées aux contraintes de gestion qui leur sont appliquées. Parfois, dans le cadre de ces contrôles spécifiquement, il peut être difficile d'identifier une pièce précise si elle n'a pas été numérisée à la source. Cela nécessite un temps plus long. On n'est pas sûr qu'elle soit absente mais, lors d'un contrôle précis, on ne la trouve pas. Les problèmes sont très concentrés sur quelques caisses.

**M. Thomas Fatôme.** Je peux expliquer les enjeux des remises sur les médicaments, à moins que vous ne préféreriez que nous ne le fassions par écrit.

**Mme Joëlle Mélin, rapporteure.** Vous pourrez répondre plus longuement par écrit, d'autant que le rapport de l'Inspection générale des affaires sociales, paru il y a quelques semaines, est clair. Dites-nous seulement si ces problèmes ont finalement un impact sur la réalité des comptes.

**M. Thomas Fatôme.** Le débat porte sur les provisions destinées à prendre en compte le risque lié aux contentieux que les entreprises du secteur pharmaceutique forment à l'encontre des décisions du Comité économique des produits de santé, qui gère ces sujets. Les services de l'État établissent le risque juridique, en dialogue avec ledit Comité économique, et le notifient à l'Urssaf caisse nationale, en lien avec nous.

La Cour, dans ses travaux sur l'exercice 2023, avait estimé qu'il y avait une anomalie significative de sous-évaluation de ces provisions. Elle a modifié son approche, il faut le signaler, pour l'exercice 2024. Elle a désormais considéré qu'il manquait des éléments probants sans qu'il n'y ait plus matière à signaler une anomalie significative, alors même que le périmètre des litiges s'est plutôt étendu.

L'article 28 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2026 a prévu des mesures de validation des montants dus au titre de la clause de sauvegarde pour les années 2000 à 2024. Ceci devrait mettre un terme, pour l'essentiel, à ces débats juridiques, pour bien comptabiliser les sommes provisionnées au titre de ces contentieux, qui vont, je pense, mécaniquement diminuer fortement dès l'exercice 2025.

**Mme Joëlle Mélin, rapporteure.** J'en viens aux insuffisances de l'enregistrement et de l'estimation des actifs et des passifs. La Cour évoque ici l'évaluation des charges à payer et des provisions pour charges de soins, des créances et des dépréciations, celle des créances et des dépréciations liées aux recours contre tiers que nous avons évoquée tout à l'heure, et enfin celle des actifs et des passifs relatifs aux soins à l'étranger. Sur ce dernier point, elle pointe notamment l'annulation prématurée par le Centre national des soins à l'étranger (CNSE) de dettes qu'il conteste, ainsi que l'utilisation d'un outil de gestion inadapté. Nous interrogerons le Centre national des soins à l'étranger lui-même prochainement. Mais il relève de votre compétence.

En particulier, la Cour écrit que « l'arrêt de maintenance de l'ancien outil expose à un risque de perte d'historique ». Que pouvez-vous dire de ces défauts d'estimation ?

**M. Marc Scholler.** Ce ne sont pas là des anomalies significatives, mais plutôt des axes d'amélioration des dispositifs statistiques qui nous permettent d'évaluer nos provisions à la clôture de l'exercice.

Ces provisions sont consubstantielles à la comptabilité en droits constatés. En effet, nativement, notre comptabilité est une comptabilité de caisse : ce dont nous disposons, c'est du flux de facturation. Or, un professionnel de santé a vingt-sept mois pour nous envoyer la facture d'un acte, la dépense étant ensuite rattachée à son fait générateur donc au moment où elle a été effectuée. Nous utilisons donc des méthodes statistiques qui, grâce à un dispositif « de complétude », permettent de poursuivre une trajectoire statistique pendant la période de clôture des comptes. Nous le faisons pour partie avec nos propres données, lorsque nous prenons en charge toute la facturation : dans ce cas, nous pouvons anticiper et simuler ce que les charges

représenteront. En revanche, pour tout ce qui est hospitalier, nous sommes tributaires des données du programme de médicalisation des systèmes d'information, elles-mêmes transformées en données de facturation puis en arrêtés. Nous travaillons sur ces sujets, en particulier avec l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation, pour affiner l'estimation des charges hospitalières à rattacher à l'exercice.

On ne peut, par construction, estimer au préalable la fiabilité d'une provision : on ne peut le faire qu'ultérieurement, quand on peut observer ce qui a été réellement facturé par rapport à ce que nous avons anticipé. Il peut y avoir un effet sur les comptes en cas d'écart significatif en pourcentage, donc si des charges sont décalées d'un exercice sur l'autre. Cela explique notre calendrier de clôture, qui est exigeant mais qui permet d'être certains de nos dépenses et de nos provisions. La Cour a d'ailleurs récemment levé une réserve qu'elle avait formulée au sujet des provisions hospitalières, passées de 8 à 4 milliards d'euros : une partie d'entre elles a été, grâce à une évolution de notre système d'information, transformée en charges à payer, donc en montant certain, par opposition à une provision qui n'est qu'une estimation.

S'agissant de données statistiques, il restera toujours une part d'imprécision. Mais cette méthode, dite de complétude, permet un meilleur pilotage qu'une comptabilité de caisse, du fait de sa transparence et parce qu'elle vise à rattacher à un exercice en cours des dépenses qui ne nous ont pas encore été facturées. L'écueil, je le répète, est le décalage des données dans le temps, ce que nous cherchons à améliorer. Notons d'ailleurs que c'est pour cette raison que les entreprises sont les premières à provisionner lors de l'émergence de risques.

Le directeur de la stratégie, des études et des statistiques de la Caisse nationale de l'assurance maladie le dirait mieux que moi, mais la crise sanitaire a considérablement modifié nos trajectoires de dépenses. Cette situation a nécessité de faire évoluer le suivi statistique et le provisionnement.

Enfin, il existe différents moyens de déprécier des créances. Il y a des dépréciations statistiques : un même taux est appliqué à toute une catégorie d'entre elles, eu égard à un risque de non-recouvrement. Il peut y avoir des dépréciations spécifiques, pour des créances souvent significatives. Les dépréciations peuvent donc être liées à des situations communes, aux indus frauduleux ou encore aux recours contre tiers. Comme les statistiques peuvent être sources d'erreurs, un principe de prudence s'impose. Cela vaut aussi pour le certificateur, qui ne peut donner son blanc-seing à un dossier tant que son dénouement n'est pas connu.

**Mme Joëlle Mélin, rapporteure.** Je rappelle que le Centre national des soins à l'étranger dépend de la Caisse nationale de l'assurance maladie et qu'il a remplacé pour la gestion des indus le Centre des liaisons européennes et internationales de sécurité sociale. Il est chargé, sauf erreur de ma part, de rembourser les soins avancés à l'étranger par nos compatriotes et de récupérer auprès d'États tiers les sommes avancées sur notre sol pour les soins de leurs ressortissants. À cet égard, une créance de 10 milliards d'euros a été éteinte en 2010.

Il me semble important de connaître avec précision le fonctionnement de cet organisme. Si sa manière d'abandonner des créances pourrait certainement être revue, cela nous permet d'aborder la question des indus de prestations. En effet, la Cour des comptes indique que seuls 53 % des indus à caractère frauduleux sont recouverts, et qu'il lui a été impossible d'apprécier leur incidence sur les comptes généraux de la Caisse nationale de l'assurance maladie, cette dernière n'ayant pu lui transmettre les données pertinentes. On peut lire dans le rapport que « les pertes liées au recouvrement n'ont pu être différenciées selon leur nature [...] ou par typologie d'indus » et que « les outils ne permettent pas de fournir [...] les restes à

recouvrer par millésimes de créances ». Par conséquent, je m’interroge sur le dispositif Sucre, l’outil national de gestion. Le développement d’un nouvel instrument est-il prévu ?

**M. Thomas Fatôme.** Dans une logique d’efficacité et de maîtrise des coûts de gestion, le Centre national des soins à l’étranger, localisé est à Vannes, mutualise différentes opérations complexes. De la même manière, des caisses primaires se sont vu confier des missions régionales ou nationales et elles affichent de bons résultats. Tel est d’ailleurs le cas du Centre national des soins à l’étranger.

Il n’y a eu aucun abandon de 10 milliards d’euros de créances. Je ne vois pas à quoi vous faites allusion. Nous gérons les créances et les dettes de manière rigoureuse. Pour la seule année 2024, la France a récupéré 1,3 milliard d’euros de la part de trente-neuf pays et elle a payé 680 millions d’euros à trente-six États. Je rends hommage aux équipes du Centre national des soins à l’étranger, qui accomplissent un important travail.

**Mme Aurélie Combas-Richard, directrice déléguée aux opérations.** Le Centre national des soins à l’étranger utilisera le dispositif Metis jusqu’en 2029. Un nouvel outil, baptisé Oversi, est développé en parallèle. Il est d’ores et déjà utilisé pour certains lots et il a vocation à sécuriser les créances à produire. Il assurera, à terme, le traitement de tous les dossiers, sans perte d’information ni de traçabilité des créances lors du basculement définitif.

**M. Thomas Fatôme.** Pour que les choses soient claires sur cette question importante, il existe deux types d’indus. Il y a d’abord ce que nous appelons les indus courants, liés à des erreurs, des omissions, des éléments complexes. Ils représentent 93 % du total des indus et ils sont recouverts sous vingt-quatre mois à hauteur de 98 %, notamment par l’intermédiaire des retenues sur prestations. Les choses se passent de manière fluide.

Il y a ensuite les indus frauduleux, qui représentent donc 7 % du total et qui appellent évidemment toute notre attention, d’autant que les montants unitaires sont souvent plus élevés. Les recouvrements sont plus complexes, parfois liés à de longues procédures judiciaires et pouvant se heurter à des stratégies d’insolvabilité.

**M. Marc Scholler.** Pour dire les choses simplement, notre objectif est de limiter les indus. Malheureusement, notre système en génère, en raison d’erreurs de facturation notamment de la part de tiers lors de la transmission des flux, et ils ne sont parfois détectés qu’ultérieurement. Cela peut arriver, par exemple, quand un professionnel de santé facture à plusieurs reprises un même acte, ou lorsqu’une erreur de droit nécessite de réestimer une prestation.

Comme nous pouvons faire de la retenue sur flux, la branche maladie recouvre entre 98 % et 99 % des 6,2 milliards d’euros d’indus générés chaque année. Cette proportion élevée figure, sauf erreur, dans le rapport de la Cour des comptes sur la gestion des indus.

L’indu frauduleux est plus problématique. Il peut donner lieu à quatre types de sanction : le déconventionnement, la pénalité financière, la sanction ordinaire et la sanction pénale. Or, dans ce dernier cas, la procédure est longue et le fraudeur est souvent en mesure d’organiser son insolvabilité, voire de quitter le territoire. Le cas échéant, l’argent de la solidarité qui a été détourné ne peut plus être récupéré.

Notre objectif est logiquement d’améliorer nos résultats contre la fraude, ce que nous parvenons à faire depuis plusieurs années. En 2024, nous parlons de 628 millions d’euros, soit

presque trois fois plus qu'en 2021. Notre mobilisation, extrêmement forte, passe par la sécurisation du système afin d'éviter que la fraude soit tout simplement possible, ce qui oblige à poursuivre les fraudeurs. Or, ces derniers sont de mieux en mieux organisés et à même de faire disparaître les fonds rapidement. L'amélioration du recouvrement des indus frauduleux requiert de sécuriser le système en amont, donc de se doter d'un dispositif de prévention des fraudes.

**Mme Joëlle Mélin, rapporteure.** Nous venons justement de voir avec les représentants de la Compagnie nationale des commissaires aux comptes comment dépister au plus vite, autrement dit le plus amont possible, les sources d'indus frauduleux. Il faut que les systèmes d'information et de contrôle fassent apparaître ces fraudes sans délai.

S'agissant toujours du Centre national des soins à l'étranger, comment s'appliquent les conventions internationales de soins ? La France est signataire d'un grand nombre d'entre elles : est-ce au Centre national de les appliquer ? Je pose la question car ces conventions sont moins nombreuses depuis 2000, alors qu'elles sont un bon moyen de diminuer les indus.

**M. Thomas Fatôme.** Ce sont des conventions d'État à État, négociées par la direction de la sécurité sociale en lien avec le ministère des affaires étrangères. Elles ont un cadre commun mais des objets très spécifiques comme la situation des étudiants, des retraités ou des actifs. Chaque convention doit être appréhendée individuellement. L'idée est de trouver un équilibre pour à la fois simplifier la vie des assurés en pays étranger et assurer de bonnes relations financières avec ces États.

Ensuite, nous faisons un travail d'opérateur en traçant les dépenses, les créances et les dettes, en lien étroit avec la direction de la sécurité sociale. Nous ne sommes ni à l'initiative, ni en retrait : je le répète, ces conventions bilatérales organisent les relations financières entre deux pays s'agissant de la vie de leurs assurés. Nous pourrions d'ailleurs parler également des règlements européens qui constituent, eux aussi, un cadre spécifique.

**Mme Aurélie Combas-Richard.** Le plan de contrôle de l'assurance maladie constitue pour ainsi dire une fusée à plusieurs étages pour la prévention des indus.

Il y a d'abord les contrôles qui permettent d'intervenir avant que la dépense ne soit ordonnancée, ce qui prévient les indus. Dans le cadre d'un échange régulier avec la Cour des comptes, nous avons beaucoup investi dans les contrôles dits embarqués dans le système d'information, en amont du paiement de la dépense. Ainsi, quand une différence de prestation potentiellement induite est détectée, elle est automatiquement bloquée. Dans le cas des arrêts de travail, le système prévoit ainsi une quarantaine de motifs de rejet, par exemple pour éviter un double paiement si un premier arrêt va du lundi au mercredi et un second du mardi au jeudi. De même, nous menons un vaste projet de refonte, appelé *Meteore* pour « moteur évolutif de traitement et organisation de l'assurance maladie », afin de procéder à des contrôles embarqués des frais de santé. Nous sommes en train de le déployer dans les pharmacies.

Il y a ensuite les contrôles préalables que nos techniciens de prestation conduisent auprès des ordonnateurs. Un bon exemple est la prescription de fauteuils roulants, dont la réforme est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> décembre dernier. Avant même la dépense, nos techniciens vérifient si l'ordonnateur est autorisé à prescrire un tel dispositif et si les pièces justificatives ont bien été portées au dossier. En définitive, entre 20 % et 23 % des dossiers sont bloqués d'emblée. Nous appelons cela le plan de contrôle socle de l'ordonnateur. Il permet d'économiser environ 31 millions d'euros par an. Il est complété par un plan de contrôle de

l'ordonnateur médical, auquel participent nos praticiens conseils qui sont des médecins, des pharmaciens, des chirurgiens-dentistes ou encore des infirmiers. Ces compétences médicales nous autorisent à diligenter des contrôles supplémentaires, qui interviennent aussi avant la dépense.

Enfin, d'autres contrôles encore sont réalisés après paiement par les équipes des agences comptables des caisses primaires d'assurance maladie. Il y a une complémentarité.

Nous avons des échanges nourris avec la Cour des comptes sur l'ensemble de ces étapes qui forment un plan de contrôle unique. Il s'y ajoute la lutte contre la fraude, qui concentre des ressources supplémentaires.

**Mme la présidente Annie Vidal.** Avez-vous les moyens de procéder à ce que j'appellerai des contrôles de légalité ou d'opportunité des arrêts de travail ? Êtes-vous en mesure de vérifier que les arrêts et prolongations de plus de trois jours ont bien été prescrits après une consultation en présentiel et non après une téléconsultation ?

**M. Thomas Fatôme.** Oui, nous pouvons tracer les téléconsultations, sous réserve que le médecin ait coché la case correspondante. L'opération est déclarative : vérifier s'il y a eu une connexion informatique entre l'assuré et le médecin serait particulièrement intrusif.

Nous sommes extrêmement déterminés à lutter contre la fraude, comme en témoignent nos résultats qui devraient continuer de s'améliorer fortement eu égard à la mobilisation du réseau et de la caisse nationale. Toutefois, j'ai coutume de rappeler que l'immense majorité des professionnels de santé cotent correctement leurs actes et respectent les règles du jeu. J'ai toutes les raisons de penser qu'il en est de même pour les téléconsultations, si bien que nous pouvons tracer les opérations. C'est d'ailleurs l'assurance maladie qui avait proposé au Parlement de mieux réguler les arrêts de travail prescrits en téléconsultation en les limitant à trois jours, hors conditions spécifiques.

Je n'en ai pas parlé dans mon propos introductif mais, non seulement notre système repose sur les comportements déclaratifs et individuels des acteurs, il vise de surcroît un équilibre dans les contraintes que nous imposons aux professionnels de santé et aux assurés. Il convient de préserver une forme de simplicité et de liberté. Nous pourrions décider, demain, que la carte Vitale est absolument obligatoire, partout et tout le temps. Dès lors, l'assurance maladie ne recevrait plus de flux papier. Mais cela aboutirait à un embarras considérable pour des millions de patients et des centaines de milliers de professionnels. Oublier sa carte Vitale en allant à la pharmacie, ça arrive à tout le monde.

**Mme la présidente Annie Vidal.** Je suis d'accord.

**M. Thomas Fatôme.** Je le précise car les questionnements légitimes sur certaines situations peuvent aussi être le reflet de cet équilibre destiné à simplifier la vie des patients et des professionnels, assurer le bon fonctionnement du système et gérer certaines contraintes. C'est pour cela que nous devons relancer les praticiens qui, de bonne foi pour l'immense majorité d'entre eux, oublient de transmettre toutes les pièces justificatives de leurs actes.

**M. Marc Scholler.** Concernant les arrêts de travail, nous cherchons avant tout à sécuriser le système pour rendre impossible toute déviance, tout en conservant un système accessible. Nous préconisons la transmission systématique sous forme dématérialisée des arrêts, sachant qu'elle représente déjà plus de 80 % du flux. Le risque, pour nous, réside au

niveau de la personne qui se situe entre le prescripteur et l'assurance maladie : c'est elle qui pourra modifier, falsifier ou réutiliser un arrêt de travail. Des formulaires peuvent ainsi être réutilisés ou constitués à partir de rien. L'arrêt électronique représente donc l'avenir, du moins pour la sécurisation.

Peut-être en avez-vous entendu parler : nous avons aussi introduit un formulaire Cerfa sécurisé, à la manière des billets de banque, avec sept ou huit points de contrôle comme des hologrammes.

Au fond, outre notre trajectoire d'amélioration, tout est automatisé, intégré et systématiquement contrôlé. Il reste certes des imperfections, mais le système d'information vérifie automatiquement la conformité des pièces, des prescriptions et des facturations. Viennent ensuite des contrôles plus ciblés et plus fins afin d'identifier les comportements anormaux ou atypiques. Ils requièrent soit des outils informatiques plus malins, plus agiles et plus adaptés, soit des compétences humaines spécifiques. Des contrôles médicaux ciblés ont ainsi été conduits cet été sur les arrêts de travail, certains d'entre eux ayant donné lieu à une reprise de l'activité car l'analyse médicale des situations ne justifiait pas la poursuite des interruptions. De la même manière, des entretiens confraternels peuvent être organisés pour vérifier la justification médicale des prescriptions. Mais, je le répète, des dispositifs sont introduits pour vérifier systématiquement les actes, pour rendre la fraude et l'erreur impossibles.

**Mme Joëlle Mélin, rapporteure.** Dans son rapport, la Cour des comptes indique que la Caisse nationale de l'assurance maladie n'aurait pas transmis toutes les données nécessaires à l'évaluation des indus, particulièrement ceux frappés par une prescription de deux ans, alors que celle-ci est portée à vingt ans en cas de fraude. Pourriez-vous nous éclairer sur ce point ?

J'entends ce que vous dites au sujet des efforts consentis, aussi bien en amont qu'en aval, en matière de contrôle et de prévention. Cela étant, de nombreux acteurs facturent des actes sans disposer d'une carte de professionnel de santé. C'est ce qui remonte du terrain. Je pense aux chauffeurs de taxi, aux fournisseurs ou à certaines structures de soins. Ajoutons à cela les flux dégradés dont nous parlions, lorsque la carte Vitale n'est pas immédiatement utilisée. Sur présentation d'une simple attestation de droits, un assuré peut bénéficier du tiers payant et un praticien facturer un acte de manière inappropriée à la caisse de sécurité sociale, notamment en ce qui concerne les prises en charge à 100 % comme pour l'aide médicale de l'État, la complémentaire santé solidaire ou les affections de longue durée.

S'agissant des fournisseurs, certains ne travaillent que sur la base des produits et prestations remboursables par l'assurance maladie. Je pense, sans acrimonie à leur égard, aux fameux prestataires de soins à domicile, nouveau corps de métier qui n'est pas une profession médicale et qui s'est discrètement développé au cours de la dernière décennie. Les dépenses afférentes ont augmenté de 10 % par an depuis dix ans, soit un doublement sur la période, et donneraient déjà lieu à 4 milliards d'euros de prise en charge par an.

J'aurais pu évoquer aussi les actes réalisés par les médecins remplaçants sans identification correcte, particulièrement lorsqu'ils sont renseignés sur format papier.

Tous ces éléments ne donnent pas systématiquement lieu à des fraudes mais, potentiellement, à des indus. Ce sont autant de points de fuite. Or, sous la pression légitime du remboursement rapide des patients et des professionnels de santé, le contrôle est parfois incomplet.

**M. Marc Scholler.** Le premier pilier de la lutte contre la fraude, c'est l'évaluation de notre vulnérabilité. D'après la Cour des comptes, le périmètre d'évaluation de la fraude ne couvre que 44 % de l'ensemble des dépenses. On ne peut procéder à une estimation à partir de rien : notre évaluation, partagée avec le Haut Conseil du financement de la protection sociale et la Cour des comptes, repose sur une méthode statistique fondée sur un historique de fraudes.

Certaines dépenses ne sont pas incluses dans ce champ, notamment les dotations hospitalières qui, attribuées par arrêté, ne peuvent faire l'objet de fraude. Des travaux ont été menés afin d'intégrer dans le périmètre les indemnités journalières et la tarification à l'activité. En revanche, nous disposons de moins de données sur les sages-femmes et les centres de santé. Ces derniers subissent, dans la période récente, des fraudes d'ampleur en lien avec la mise en œuvre du 100 % santé sur les audioprothèses.

Nous nous mobilisons surtout contre les fraudes organisées, commises par des parasites qui se greffent au système pour s'enrichir personnellement. Elles dépassent la distinction classique entre la fraude commise par les assurés et celle des professionnels de santé qui, dans ce contexte, représente 70 % des montants détectés. Nous avons constaté des fraudes aux tests antigéniques en 2022, puis d'autres impliquant des centres de santé en 2023 et d'autres encore aux audioprothèses en 2024. Cette année, ce sont les véhicules pour handicapés qui sont concernés. Dès qu'une nouvelle dépense publique est créée, des acteurs extérieurs au système s'y greffent pour la détourner à leur profit.

Les auteurs de fraudes sont plus professionnels et organisés. Ils utilisent les réseaux sociaux pour recruter des « mules » dans le trafic de médicaments. Ce nouveau format, plus complexe, est plus difficile à estimer que les fraudes habituelles, commises par les professionnels de santé ou les assurés. Du reste, c'est sur ce sujet que la Cour des comptes souligne le caractère incomplet de cette estimation.

Le fraudeur raisonne comme n'importe quel acteur économique : face à des contrôles destinés à empêcher son forfait, il évaluera son retour sur investissement. Il cherchera une faille, notamment au moment de la création d'une nouvelle dépense ou d'un nouveau dispositif. Nous engageons une course contre la montre contre les fraudeurs. Dans ce contexte, il est nécessaire d'évaluer de manière continue la vulnérabilité à l'aide d'un outil spécifique, distinct du dispositif statistique qui permet d'éclairer la réalité de la fraude.

Par ailleurs, nous sommes confrontés à une difficulté technique dont la résolution supposerait des investissements massifs. Le système d'information ne permet d'identifier des indus que sur une période de deux ans, alors même que l'action se prescrit par trois ans et par vingt ans pour les prestations en espèce. Même si ces situations ne correspondent pas aux cas les plus fréquents, elles entraînent un préjudice pour les finances publiques. Notre objectif est d'agir vite pour mettre fin au plus grand nombre de fraudes plutôt que d'analyser de manière approfondie un dossier à l'enjeu financier limité.

**Mme Joëlle Mélin, rapporteure.** Un grand plan de lutte contre la fraude avait été lancé en 2007 par Nicolas Sarkozy. En 2011, dans son rapport sur la lutte contre la fraude sociale, le député Dominique Tian l'évaluait déjà à plus de 10 milliards d'euros. Or, aujourd'hui, seul 1 milliard d'euros serait récupéré. Comment améliorer le recouvrement ?

**M. Thomas Fatôme.** Ces chiffres, qui sont ceux du Haut Conseil, concernent toutes les branches de la sécurité sociale. Une grande partie des montants en cause est liée au travail

illégal. Même si la fraude à l'assurance maladie peut représenter un montant significatif, elle ne relève pas du même ordre de grandeur.

Nous sommes engagés dans une démarche d'évaluation, champ par champ, de la fraude à l'assurance maladie, dont le périmètre est large. Elle prend différentes formes : il peut s'agir d'un assuré qui dépose une demande indue de complémentaire santé solidaire, d'un professionnel de santé qui applique une cotation frauduleuse ou encore d'une bande organisée qui crée de fausses entreprises. Nous avons accompli un travail important dans une stratégie exhaustive de lutte contre la fraude : évaluer, prévenir, détecter, contrôler, sanctionner.

**Mme la présidente Annie Vidal.** C'est tout l'objet du projet de loi relatif à la lutte contre les fraudes sociales et fiscales.

**M. Thomas Fatôme.** En effet, ce projet de loi nous aidera à renforcer nos outils. Nous espérons que son examen pourra bientôt se poursuivre. Car notre stratégie donne des résultats grâce à la mobilisation de la Caisse nationale et de l'ensemble du réseau de l'assurance maladie. Depuis la fin du covid-19, nos résultats ont presque triplé : 640 millions d'euros de préjudices ont été évités ou stoppés en 2024, ce qui est significatif.

Bien entendu, la clé est de renforcer la détection, les contrôles et les sanctions. Mais il faut aussi réduire les zones de risque. Grâce à la mobilisation collective de l'assurance maladie et des médecins, le taux de recours à l'arrêt de travail en ligne, qui prévient toute fraude, atteint 84 %. De la même manière, nous déployons l'ordonnance numérique, dotée d'un QR code : il s'agit de la meilleure défense contre les trafics de médicaments et les fausses ordonnances. Nous sommes pleinement mobilisés pour mettre en œuvre cette stratégie avec une logique claire : identifier les zones de risque et prévenir les fraudes le plus en amont possible.

Nous vous transmettons des éléments relatifs à la facturation des transporteurs sanitaires. Plus de 85 % d'entre eux utilisent le système électronique de facturation intégré (Sefi), qui garantit une facturation sécurisée. Nous avons conclu une convention-cadre avec les taxis qui prévoit une facturation mieux maîtrisée et l'obligation de géolocalisation à l'horizon du 1<sup>er</sup> janvier 2027.

**Mme Joëlle Mélin, rapporteure.** La Cour a relevé trois domaines où des anomalies importantes affectent la gestion des bénéficiaires. D'abord, s'agissant de la protection universelle maladie (Puma), l'estimation du nombre de bénéficiaires semble incohérente eu égard aux 100 000 fermetures de droits prononcées. Par ailleurs, les indus sont notifiés en faible nombre. Combien sont recouverts ?

Ensuite, la Cour souligne que la durée des affections de longue durée soulève une difficulté : 440 000 personnes se trouvent reconnues sans limitation de temps et 50 000 pour une durée supérieure à dix ans.

La Cour relève également que les conditions d'attribution de la complémentaire santé solidaire ne sont pas suffisamment contrôlées.

Enfin, la situation déclarée par le demandeur de l'aide médicale de l'État n'est pas vraiment vérifiée. La base Visabio du ministère de l'intérieur ne permet pas de consulter l'intégralité des titres reconnus par la France. À cet égard, les consulats ne peuvent vérifier les visas délivrés dans l'espace Schengen ; nous proposerons donc d'y remédier.

Quelles mesures comptez-vous prendre pour améliorer la gestion des bénéficiaires ?

**M. Thomas Fatôme.** J'insiste sur l'importance que nous attachons à une gestion des droits rigoureuse, qu'il s'agisse de la complémentaire santé solidaire, de la protection universelle maladie ou, puisque nous la gérons pour le compte de l'État, de l'aide médicale de l'État. Bien que la Cour nous invite à faire mieux, je ne crois pas qu'elle porte un jugement aussi critique sur notre gestion. En tout état de cause, ce n'est pas ainsi que j'interprète nos échanges avec elle.

Le contrôle des bénéficiaires de la protection universelle maladie se traduit par des opérations lourdes, qui mobilisent de nombreux agents de l'assurance maladie. Nous échangeons des fichiers avec l'ensemble des acteurs des administrations fiscale et sociale ainsi qu'avec le ministère de l'intérieur afin de contrôler la situation de dizaines de millions de personnes : leur activité, leur résidence, la régularité de leurs droits. Ces contrôles nous conduisent à prononcer des fermetures. Je veux être clair : nous gérons les droits des assurés de manière rigoureuse. Aucune carte Vitale n'est active sans droits ouverts.

Nous avons un désaccord avec la Cour des comptes. Nous estimons non pertinent le recouplement qu'elle opère entre un outil de recensement de la population et le nombre d'assurés sociaux.

De la même manière, nous assurons, pour le compte de l'État, une gestion stricte des bénéficiaires de l'aide médicale de l'État, même s'ils n'ont pas la qualité d'assurés sociaux. La preuve en est que, selon le rapport de Claude Evin, ancien ministre de la santé, et de Patrick Stefanini, ancien préfet, les caisses primaires vérifient avec rigueur les conditions d'ouverture des droits à l'aide médicale de l'État. Nous avons d'ailleurs mutualisé les expertises en créant quatre pôles spécialisés.

S'agissant de la complémentaire santé solidaire, qui est attribuée sous condition de ressources, nous contrôlons attentivement les déclarations des assurés en nous appuyant sur les données du dispositif de ressources mensuelles et les échanges d'informations avec l'administration fiscale. Par ailleurs, nous effectuons des contrôles ultérieurs ciblés, sur la base d'une analyse de risque, pour identifier les dossiers potentiellement à risque. Dans ce cadre, nous disposons d'un droit de communication bancaire, accordé par le Parlement, qui permet de vérifier la cohérence entre les informations déclarées par l'assuré et celles figurant sur son compte bancaire. J'insiste sur ce point car de nombreuses fausses informations circulent. À l'assurance maladie, nous gérons les droits avec rigueur.

La fermeture des droits et le contrôle de la consommation de soins portent sur des petits montants. Ce sont avant tout les fraudes organisées et celles commises par une minorité de professionnels de santé qui représentent des enjeux financiers, non celles de personnes qui bénéficieraient de droits indus et envers lesquelles nous serions laxistes. Nous sommes fortement mobilisés par les échanges de données avec les caisses d'allocations familiales, France Travail, le ministère de l'intérieur et la direction générale des finances publiques. Le contrôle est une machinerie lourde.

**Mme Aurélie Combas-Richard.** En bonne logique, nous vérifions les conditions d'ouverture des droits au moment où ils sont accordés. En outre, chaque année, nous contrôlons la base de bénéficiaires, qui compte 63,5 millions de personnes. La première étape est l'échange automatisé d'informations avec nos partenaires, qui nous permet à la fois de vérifier que les conditions d'ouverture de droits sont toujours remplies et d'identifier les personnes que nous contrôlerons. Ainsi, en 2025, nous avons reçu 25 millions de mises à jour des chaînes

employeurs, 7,6 millions de France Travail, 500 000 des chaînes des organismes de retraite et 100 000 des chaînes des caisses d'allocations familiales.

Une fois ce premier filtre appliqué, les informations relatives à un certain nombre de bénéficiaires ne sont toujours pas actualisées. Nous parlons, en 2025, de 11,5 millions de personnes, qui sont alors regroupées dans un fichier que nous transmettons à la direction générale des finances publiques au mois de juin. À l'automne, elle nous renvoie les informations relatives à la résidence fiscale, soit 9,7 millions de mises à jour, ce qui permet d'affiner les vérifications. Après ce second niveau de contrôle, en 2025, il restait 1,8 million de bénéficiaires non vérifiés. L'assurance maladie déclenche alors son propre plan de contrôle : la caisse primaire du ressort du bénéficiaire envoie d'abord un courrier demandant les pièces justificatives. En l'absence de réponse, une notification de fermeture des droits est envoyée à l'assuré. Si aucun justificatif n'est transmis, les droits sont effectivement fermés au lendemain du départ à l'étranger lorsqu'il est établi ou, dans les autres cas, à l'issue du délai contradictoire de quarante-cinq jours. La fermeture des droits entraîne l'invalidation de la carte Vitale et la désactivation du compte Ameli.

Par ailleurs, depuis 2021, nous travaillons avec la Cour afin d'expliquer les écarts constatés entre le nombre de résidents recensés par l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee) et le nombre de bénéficiaires enregistrés dans le répertoire national inter-régimes des bénéficiaires de l'assurance maladie (Rniam). Le périmètre de ces deux outils est différent : ils ne couvrent pas les mêmes populations. Le répertoire national inclut des assurés qui ne résident pas en France : 210 000 travailleurs détachés, 200 000 expatriés, les travailleurs frontaliers, mais aussi 1,2 million de pensionnés pouvant bénéficier, sous certaines conditions, de la prise en charge des soins en France, les travailleurs saisonniers ainsi que les étudiants étrangers. Ces personnes ne sont pas recensées par l'Insee. À l'inverse, certaines personnes résidant en France ne relèvent pas de l'assurance maladie. C'est notamment le cas des travailleurs frontaliers qui exercent leur activité à l'étranger et des citoyens français relevant de régimes spécifiques dans certaines collectivités d'outre-mer, comme en Nouvelle-Calédonie ou à Saint-Pierre-et-Miquelon.

Par ailleurs, nous avons constaté que la mise à jour de nos référentiels n'était pas suffisamment rapide. Depuis 2021, nous avons développé un outil permettant de synchroniser plus rapidement les données, notamment relatives à la fermeture des droits, entre les outils de gestion quotidienne des caisses, qui étaient parfaitement à jour, et le répertoire national inter-régimes des bénéficiaires de l'assurance maladie.

Quant aux affections de longue durée sans limitation de temps, avant 2011, aucun texte ne fixait de durée pour les principales d'entre elles – cancer, maladie d'Alzheimer, accident vasculaire cérébral. À la suite du travail accompli par la Haute Autorité de santé, ont été pris les décrets du 19 janvier 2011, du 3 avril 2017 et du 8 juillet 2024, qui prévoient notamment une sorte de clause du grand-père en vertu de laquelle seul le stock, et non le flux, devait être mis en conformité.

Nous avons décidé, avec l'appui de la Cour, de nous pencher sur les 400 000 assurés en affection de longue durée sans limitation de durée. Nous procéderons en deux étapes. D'abord, nous filtrerons les consommations de soins : dès lors qu'une consommation présente un lien évident avec la pathologie, le médecin-conseil fixera une date de fin d'affection de longue durée cohérente avec la pathologie et la consommation de soins, en se référant à la durée déterminée par la Haute Autorité de santé. Ensuite, pour les assurés qui ne consommeraient pas de soins, nous solliciterons d'abord le médecin traitant afin qu'il établisse un protocole de soins.

En l'absence de réponse, nous saisissons alors l'assuré. Si nous restons sans réponse du médecin traitant ni de l'assuré, nous procéderons à la fermeture des droits.

**Mme Joëlle Mélin, rapporteure.** Si les données du référentiel de l'Insee et celles de votre répertoire national venaient à se recouper, observerait-on encore un écart concernant le nombre de bénéficiaires de l'aide médicale de l'État ?

Le décret d'application de la loi du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020 prévoit un délai de carence de neuf mois pour les soins programmés des bénéficiaires de l'aide médicale de l'État. Alors qu'il est entré en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2021, il n'a jamais été pleinement appliqué. Où en est-on aujourd'hui ?

**M. Thomas Fatôme.** Les écarts constatés entre les deux bases de données n'ont rien à voir avec l'aide médicale de l'État. Les répertoires d'assurés ne recensent pas ces bénéficiaires. Notre réponse est constante depuis plusieurs années et je dois encore la répéter : nous gérons les droits des assurés de manière rigoureuse. Le directeur de l'Insee vous a précisé la portée des différents répertoires. Du reste, selon le rapport des inspections générales des finances et des affaires sociales de 2023 sur les évolutions de la carte Vitale et de la carte Vitale biométrique, « l'exploration de l'écart entre les deux dénombrements semble aporétique ». Dès lors qu'on peut être assuré sans résider en France, la comparaison entre ces deux outils n'a pas de sens.

Nous appliquons pleinement les textes réglementaires relatifs aux délais de carence, étant entendu que ces situations sont peu fréquentes.

**M. Thibault Bazin.** En 2008, Roselyne Bachelot, alors ministre de la santé, indiquait que la création des agences régionales de santé conduirait à consolider et à amplifier le rôle des caisses d'assurance maladie dans la recherche de l'efficacité et la gestion des risques. Qu'en est-il concrètement ? Quel bilan tirez-vous des plans pluriannuels régionaux de gestion du risque et d'efficacité du système de soins ? Quelles sont les difficultés rencontrées par les commissions de contrôle associant de manière paritaire l'agence régionale de santé et l'assurance maladie ?

Les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes sont financés par les agences régionales de santé, les conseils départementaux et les particuliers. Comment s'articulent les contrôles diligentés par les agences régionales de santé avec ceux de l'assurance maladie et des départements ?

Vous veillez à la maîtrise des dépenses. Avez-vous relevé, à l'occasion des contrôles que vous effectuez, des actes non facturés par des établissements hospitaliers ? Les invitez-vous à facturer les actes réalisés ? Comment contrôlez-vous les prestations que plusieurs structures, comme les groupements d'intérêt économique et les groupements de coopération sanitaire, se facturent entre elles ?

Alors que la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale avait mis en évidence que certains néocentres de santé avaient commis des fraudes, de votre côté, vous avez relevé des facturations scandaleuses, avec une multiplication d'actes non justifiés, ainsi que des manquements aux obligations déontologiques de certains professionnels. Dans ce contexte, la coordination entre les agences régionales de santé, les ordres et l'assurance maladie semblait perfectible. L'adaptation des outils décidée par le législateur vous a-t-elle permis d'éviter de rembourser des actes frauduleux ? Comment vos opérations de contrôle s'articulent-elles avec

celles des ordres et de l'agence régionale de santé ? Comment améliorer la sincérité budgétaire des actes de soins ?

**M. David Magnier (RN).** Depuis plusieurs années, un écart massif et documenté persiste entre le nombre de personnes affiliées à l'assurance maladie et le nombre de résidents effectivement recensés par l'Institut national de la statistique et des études économiques. Il est aujourd'hui estimé à 2,5 millions de dossiers actifs.

Cette anomalie, qui n'est ni nouvelle ni contestée, a été soulevée dès 2020 par une commission d'enquête parlementaire. Elle est signalée chaque année par la Cour des comptes, qui évoque désormais un point de friction important. Pourtant, de manière récurrente, la Caisse nationale de l'assurance maladie explique qu'elle ne retient pas cette approche méthodologique et elle refuse d'engager des contrôles à la hauteur de ces enjeux. En 2026, il ne s'agit plus d'un débat technique mais d'un enjeu majeur de gestion financière et de responsabilité administrative.

En effet, selon vos propres données agrégées, le coût annuel moyen d'un assuré pour l'assurance maladie est estimé entre 3 000 et 3 500 euros par an. Rapportées à 2,5 millions de dossiers, les dépenses potentiellement associées à des droits non vérifiés seraient comprises entre 7,5 et 9 milliards d'euros par an. Depuis 2020, parmi ces 2,5 millions de dossiers, combien ont fait l'objet d'un contrôle effectif et individualisé portant sur la réalité des droits ? Combien de droits ont été fermés, suspendus ou rectifiés ? Pour quel motif exact : décès, départ du territoire, absence de résidence stable, doublon, fraude ? Quel est le montant des indus et, à l'inverse, le montant des dépenses évitées grâce à ces contrôles ? À défaut, pourquoi ne pouvez-vous produire une estimation financière sérieuse de ce risque ?

Vous avez indiqué que votre gestion était rigoureuse. À vous écouter, tout fonctionne à merveille au sein de l'assurance maladie. Pourtant, la Cour certifie vos comptes avec des réserves. Ne pensez-vous pas que vous pourriez mieux faire ? Autrement dit, la Caisse nationale de l'assurance maladie considère-t-elle acceptable que plusieurs milliards d'euros potentiels échappent à tout contrôle sérieux, alors que l'on invoque la rigueur budgétaire pour justifier des restrictions pesant sur les assurés, les soignants et les cotisants ?

**M. Thomas Fatôme.** Je tiens à souligner la qualité de la collaboration entre le réseau de l'assurance maladie et celui des agences régionales de santé. Elle se traduit au niveau régional par des feuilles de route partagées entre l'agence régionale de santé et les directeurs coordonnateurs de la gestion du risque, qui assurent, pour l'assurance maladie, la coordination des opérations de contrôle, de maîtrise des dépenses et de lutte contre la fraude.

On constate de nombreuses synergies, notamment en matière d'échanges d'informations relevant du champ de compétences de chaque acteur, à savoir les hôpitaux pour les agences régionales de santé et les soins de ville pour l'assurance maladie. De même, de nombreux sujets font l'objet d'une approche partagée entre les équipes de l'agence régionale de santé et celles de l'assurance maladie. Je pense par exemple aux prescriptions hospitalières exécutées en ville, aux transports ou aux biosimilaires.

Par ailleurs, le covid-19 et ses conséquences, notamment les tensions hospitalières, nous ont conduits à relancer plusieurs chantiers avec les agences régionales de santé et le ministère de la santé. En 2024, nous avons repris les visites annuelles des établissements de santé afin de dresser un état des lieux. Par ailleurs, en 2025, nous avons rétabli les contrôles sur la tarification à l'activité, qui avaient été suspendus pendant la période du covid-19, puis durant

les mois qui ont suivi en raison du système de garantie de recettes qui les rendaient inopérants. Nous pouvons ainsi vérifier s'il y a eu une optimisation de la facturation ou des oublis de facturation, même si ces cas ne sont évidemment pas les plus fréquents. Tout cela fait partie de notre dialogue avec les établissements.

En tenant compte du mode de financement particulier des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, dont les dotations peuvent être calculées à partir du tarif de soins partiel ou du tarif de soins global, nous vérifions que les soins qui y sont prodigués ne donnent pas lieu à un double paiement, qu'ils n'ont pas été payés une deuxième fois à travers la carte Vitale. Chaque année, nous identifions de cette façon plusieurs dizaines de millions d'euros d'indus. Nous pourrions vous transmettre les résultats de ce travail, que nous menons en collaboration étroite avec les agences régionales de santé.

Monsieur Magnier, je suis ici pour présenter de manière exhaustive nos mécanismes d'ouverture des droits et de contrôle. Or, vous procédez à une comparaison qui n'a pas de sens, selon moi, pour mettre en doute notre gestion des droits des assurés sociaux, et pour nous accuser d'assurer 2,5 millions de personnes en trop. Il y a là quelque chose de gênant. Jamais la Cour des comptes ne met ainsi en relation un nombre d'assurés et un montant de dépenses. Elle s'en garde bien car elle mesure combien que ce raisonnement ne tient pas la route.

Nous réalisons des milliers d'échanges de données. Lorsqu'un problème apparaît, nous menons des contrôles individuels et manuels. Le cas échéant, nous fermons les droits. En 2024, nous avons fermé 224 513 droits après avoir contrôlé 1 547 998 dossiers tirés du « culot » du stock des dossiers, c'est-à-dire ceux pour lesquels le croisement des données pose problème. Je me tiens à la disposition de la commission d'enquête pour apporter toute précision nécessaire.

Nous avons également communiqué à la Cour des comptes les consommations de soins des personnes dont les droits ont été fermés. Pour l'année 2024, cela représente 37 millions d'euros. C'est très loin des milliards d'euros auxquels vous voudriez que la population croie.

Depuis une dizaine d'années, on entend qu'il y aurait 6 ou 8 millions de cartes Vitale surnuméraires. Cela revient à porter préjudice à l'assurance maladie en mettant en doute la rigueur de sa gestion. Je m'inscris en faux contre l'assertion selon laquelle l'assurance maladie rembourse des soins à des milliers ou à des millions de personnes dépourvues de droits. Un tel débat n'a pas lieu d'être.

**Mme la présidente Annie Vidal.** Pour apaiser le débat, précisons que notre commission d'enquête vise à lever, de manière factuelle et objective, les incertitudes budgétaires concernant les comptes de la sécurité sociale. Ce n'est pas un tribunal et il n'est nullement question de juger la gestion de la caisse.

**M. David Magnier (RN).** Je l'ai bien précisé, il ne s'agissait que d'un chiffrage « potentiel » des dépenses associées à des droits non vérifiés. Je n'ai porté aucune accusation.

**Mme la présidente Annie Vidal.** Les réponses de M. Fatôme à cette question ont le mérite d'être très claires.

**Mme Joëlle Mélin, rapporteure.** Vous avez eu la gentillesse de venir jusqu'à nous pour nous aider à lever des incertitudes. Elles n'intéressent pas seulement le législateur ou les comptables, mais aussi l'ensemble des citoyens. Le problème est que, à force d'incertitudes,

M. et Mme Tout-le-monde en arrivent à un sentiment d'injustice qui menace le consentement aux cotisations sociales alors que certaines prestations sont universelles.

Je peux concevoir que les incertitudes qui persistent depuis de nombreuses années sont parfois mal véhiculées. Toutefois, ici, nous nous appuyons littéralement sur les rapports de la Cour des comptes. Nous avons entendu ses représentants longuement et nous comprenons qu'il puisse y avoir des zones de friction avec vous. Nous voulons vous entendre sur les rapports de certification des comptes du régime général de la sécurité sociale, sur les rapports relatifs à l'application des lois de financement de la sécurité sociale et sur les différents rapports thématiques de la Cour des comptes pour dissiper, factuellement, les incertitudes. C'est simple et nous n'avons pas d'idées préconçues.

Vous nous dites que le calcul de M. Magnier, qui associe le niveau de la population recensée par l'Insee et le nombre d'attributaires de la protection universelle maladie, n'a pas beaucoup de sens. Mais, à supposer que cette logique soit un peu fruste, elle peut s'entendre. Pourriez-vous détailler le nombre d'ouvertures des droits à la protection universelle maladie tous les ans ?

Vous évoquez une diminution des coûts de gestion. Elle peut découler de réorganisations. Ainsi, l'an dernier, les agents du service du contrôle médical de la Caisse nationale de l'assurance maladie ont été transférés aux caisses primaires d'assurance maladie. Mais elle peut aussi résulter d'une réduction des moyens humains, notamment ceux alloués aux contrôles. Les médecins contrôleurs expliquent être en première ligne pour régler les difficultés avec les usagers, mais pas avec les employeurs. La situation est encore différente pour les professionnels de santé. La réduction des coûts de gestion, dont il faut se féliciter du point de vue des finances publiques, ne finit-elle pas par nuire à la sécurité des comptes ?

**M. Thomas Fatôme.** Nous vous répondrons de façon détaillée par écrit. Mais vous avez raison : il faut lever les doutes et les incertitudes. C'est précisément pour cela que je défends vigoureusement la qualité de la gestion de l'assurance maladie. On peut toujours progresser, surtout au vu de l'ampleur du sujet, et nous sommes bien sûr à la disposition du Parlement, des corps de contrôle et de la Cour des comptes pour faire la transparence sur notre action. Mais pour lever les incertitudes, il faut éviter les comparaisons hasardeuses.

S'agissant des coûts de gestion de l'assurance maladie, leur baisse est liée à l'investissement dans les systèmes d'information, à la numérisation et à la dématérialisation de nos opérations. Elle n'est pas imputable à une quelconque réduction de nos contacts avec les assurés, les professionnels de santé et les entreprises. La quasi-totalité de nos gains de productivité depuis vingt ans viennent de la baisse des effectifs que nous appelons « de production » : un flux enregistré grâce à la carte Vitale est évidemment beaucoup plus facile à liquider qu'une feuille de soins papier. Le rapport doit être de un à dix ou quinze.

Nous restons un service public accessible, par téléphone, par voie électronique, ou en venant sur place. Nous garantissons une réponse rapide, bien plus facilement accessible qu'il y a vingt ou trente ans. Les outils numériques ont considérablement simplifié la vie des assurés, qui n'ont plus besoin de se rendre dans une caisse primaire pour demander une attestation de droits ou parce qu'ils ont perdu leur carte Vitale. Ils peuvent simplement consulter leur compte Ameli. Cela se produit 4 à 5 millions de fois par semaine. C'est considérable. Nous répondons ainsi à la demande des assurés.

En ce qui concerne la transformation du service médical, elle ne s'est traduite par aucune réduction de personnel. La trajectoire d'effectifs de l'assurance maladie a été définie par la convention d'objectifs et de gestion 2023-2027, et ce projet n'y figure pas. Notre ambition est d'améliorer encore notre service aux assurés comme aux professionnels de santé, mais aussi de renforcer nos opérations de contrôle et de lutte contre la fraude.

J'étais vendredi dernier avec mes équipes à Angers à la rencontre des équipes de la caisse, qui m'ont dit leur satisfaction à voir le service médical et la caisse réunis dans une organisation simplifiée et décloisonnée, avec une ancienne cheffe de l'échelon local du service médical devenue directrice médicale de la caisse, comme cela se passe à la mutualité sociale agricole depuis vingt-cinq ans de manière très satisfaisante. L'efficacité collective s'en trouve renforcée.

**Mme la présidente Annie Vidal.** Je vous remercie pour la qualité et la précision de vos réponses.

*La séance s'achève à dix-neuf heures cinquante-cinq.*

---

**Membres présents ou excusés**

*Présents.* – M. Thibault Bazin, M. Théo Bernhardt, M. David Magnier, Mme Joëlle Mélin, Mme Annie Vidal