

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. Dominique Libault, président du Haut-Conseil du financement de la protection sociale et directeur de l'École nationale supérieure de sécurité sociale..... 2
- Présences en réunion..... 11

Jeudi
12 février 2026
Séance de 17 heures

Compte rendu n° 23

SESSION ORDINAIRE DE 2025-2026

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



La séance est ouverte à dix-sept heures.

Présidence de Mme Annie Vidal, présidente.

La commission d'enquête procède à l'audition, ouverte à la presse, de M. Dominique Libault, président du Haut-Conseil du financement de la protection sociale et directeur de l'École nationale supérieure de sécurité sociale.

Mme la présidente Annie Vidal. Avant de clore cette longue et riche journée d'auditions, je souhaite la bienvenue à M. Dominique Libault, président du Haut Conseil du financement de la protection sociale et directeur de l'École nationale supérieure de sécurité sociale, qui fut également directeur de la sécurité sociale de 2002 à 2012. Un questionnaire vous a été transmis préalablement à cette audition. Dans l'hypothèse où nous n'en aborderions pas tous les points aujourd'hui, je vous invite à nous communiquer ultérieurement, par écrit, toute information que vous jugeriez utile de porter à notre connaissance.

Il revient traditionnellement à la présidence d'introduire les débats. Je crois utile de le faire dans une perspective historique. Quels sont les principaux déterminants du cadre normatif qui régit les comptes de la sécurité sociale ? Quand et pourquoi ont-ils été conçus comme ils l'ont été, plutôt que d'une autre façon ? Surtout, ces choix forts, opérés pour certains il y a plusieurs décennies, sont-ils toujours pertinents, ou mériteraient-ils d'être revus à l'aune des évolutions de la technique et des mentalités ?

Quant aux aspects budgétaires, l'absence de perspective de retour à l'équilibre des comptes sociaux dans les années à venir est-elle, à vos yeux, une source de préoccupation, voire d'inquiétude, quant à la pérennité de notre système de protection sociale ?

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

(M. Dominique Libault prête serment.)

M. Dominique Libault, président du Haut Conseil du financement de la protection sociale et directeur de l'École nationale supérieure de sécurité sociale. Si vous m'y autorisez, je commencerai par répondre à votre deuxième question. J'éprouve bien sûr une forme d'inquiétude quant à la pérennité de notre système de protection sociale. Comme vous le soulignez, malgré le vote d'une loi de financement de la sécurité sociale dans les délais, dont je me félicite car il est tout à fait positif que le Parlement ait pu exercer ses missions, établir des objectifs et voter des mesures législatives, la réduction du déficit pour l'année 2026 est limitée. Surtout, les projections associées à la loi de financement de la sécurité sociale pour les années 2027 à 2029 font apparaître une nouvelle dégradation. Elles excluent effectivement toute perspective de redressement financier de la sécurité sociale.

Ce qui me frappe, c'est que cette tendance s'observe en l'absence de crise exogène. L'histoire financière de la sécurité sociale a déjà connu des moments difficiles. Mais ils étaient le plus souvent liés à un contexte de crise économique ou sanitaire. Ce n'est pas le cas ici. Ceci nous pousse à chercher des explications dans des éléments inhérents à notre système de protection sociale. Ces derniers ne sont d'ailleurs pas compliqués à identifier.

D'une part, nous conservons un héritage de la période du covid-19, à savoir les mesures arrêtées dans le cadre de Ségur de la santé à hauteur de 13 milliards d'euros à destination des professionnels de la santé et du médico-social. Bien que tout à fait utiles et nécessaires, ces dépenses n'ont pas été financées. Elles pèsent sur les comptes de l'assurance maladie. Des frais aussi lourds, non adossés à des recettes, ne sont évidemment pas de nature à améliorer la situation d'un système qui était déjà déficitaire.

D'autre part, la situation démographique de la France est en train de basculer. Le solde naturel devient négatif. Le vieillissement de la population se poursuit à la faveur de la progression de l'espérance de vie, dont il faut évidemment se féliciter, mais qui pose de redoutables problèmes financiers. Ce constat amènera certainement le Conseil d'orientation des retraites à revoir ses prévisions.

L'inquiétude est donc réelle. Cependant, nous parlons d'un déficit d'une vingtaine de milliards d'euros sur un total de plus de 660 milliards d'euros. Au vu de ces montants financiers, nous avons les moyens de redresser les comptes, si nous le souhaitons et si nous parvenons à trouver les compromis nécessaires. Cela nécessite une capacité décisionnelle qui, pour les raisons politiques que nous connaissons, est sans doute difficile à dégager actuellement.

Il faut certainement aussi adopter un regard pluriannuel, être davantage dans l'anticipation et moins dans l'urgence. Les enjeux auxquels nous sommes confrontés sont des enjeux de moyen terme et de long terme : ce qui pose problème, fondamentalement, ce ne sont pas les équilibres de la protection sociale, mais le vieillissement de la population, auquel la plupart des pays occidentaux sont confrontés et qui affecte les dépenses de santé, de retraite et d'autonomie. Peu importe, d'ailleurs, que ces dépenses soient supportées directement par les intéressés ou financées par des prélèvements obligatoires selon notre modèle solidaire qui est, selon moi, essentiel à la cohésion sociale et au respect des valeurs de notre République. Même si elles ne sont pas assumées par la puissance publique, elles s'imposent aux personnes concernées. Ce ne sont pas des dépenses d'opportunité comme l'achat d'un téléphone portable, par exemple.

Il faut donc à la fois s'inquiéter et garder espoir en notre capacité à faire face, ce qui m'amène à votre première question. Un de nos atouts réside en effet dans le fait que nous disposons de chiffres clairs. Le pilotage des finances sociales me semble reposer sur des bases qui permettent de bien appréhender les situations et de porter au niveau adéquat, c'est-à-dire au niveau du Parlement, les décisions nécessaires. Plusieurs éléments l'expliquent.

D'abord, au-delà des seules normes comptables, notre système repose sur un pilotage par soldes. Nous connaissons les déficits de chaque branche, que nous additionnons pour obtenir le déficit de la sécurité sociale. Il y a là un élément essentiel : on peut regretter fortement l'état de nos comptes, mais au moins n'est-il pas dissimulé. Il est capital, vis-à-vis des citoyens comme de la représentation nationale, de faire preuve de transparence et d'afficher des soldes clairs. C'est le cas depuis la création de la sécurité sociale. Une étape supplémentaire a été franchie lorsque le choix a été fait de donner au Parlement la décision sur ces sujets en créant une loi de financement de la sécurité sociale, à côté de la loi de finances de l'État. La sécurité sociale constitue ainsi une entité au périmètre clairement défini, dont les comptes sont pilotés par soldes. C'est un élément primordial pour la lisibilité du système.

Encore faut-il, ensuite, que ces chiffres reposent sur des normes comptables claires. Il se trouve que je suis sensible à la question de la transparence financière et que j'ai eu à plusieurs reprises, au cours de ma carrière, à défendre des réformes en la matière. La première occasion,

lorsque j'étais au cabinet de la ministre Simone Veil, entre 1993 et 1995, a consisté à appliquer au budget de la sécurité sociale les principes de la comptabilité en droits constatés, afin d'améliorer la fiabilité des comptes. Ainsi, si des remboursements de soins au titre d'un exercice donné ne sont décaissés que l'année suivante, parce qu'ils ont été présentés plus tard ou qu'ils n'ont pas été liquidés à temps, ils seront tout de même rapportés à l'année considérée ; si des salaires sont versés trois mois plus tard au titre de tâches effectuées l'année précédente, ils seront bien rattachés à ladite année. On rattache ainsi tous les produits et toutes les dépenses à l'exercice concerné au lieu de constater simplement les encaissements et décaissements survenus au cours de l'année, ce qui donne une image beaucoup plus fidèle de la réalité économique des comptes.

Une deuxième étape importante fut celle de la certification des comptes de la sécurité sociale, proposée par le gouvernement à mon initiative, puisque j'étais alors directeur de la sécurité sociale, et adoptée par le Parlement dans la loi organique du 2 août 2005. Je me souviens d'ailleurs que c'est à la suite de l'adoption d'un amendement de M. Warsmann qu'a été prévue la remise d'un rapport de certification spécifique plutôt que la simple annexe au projet de loi de financement de la sécurité sociale que nous avions envisagée. Dès lors que l'État avait franchi cette étape pour ses propres comptes, il me semblait naturel que ceux de la sécurité sociale, plus importants, fassent eux aussi l'objet d'une certification. Les soumettre au regard d'un tiers chargé de s'assurer de leur sincérité me semblait un plus. Cette mission a été confiée à la Cour des comptes pour le régime général de la sécurité sociale, conformément à l'accord trouvé avec Mme Rolande Ruellan, la présidente de la sixième chambre de l'époque, et à des commissaires aux comptes pour les autres régimes.

Cette deuxième étape confortait d'une certaine manière la première. Si la comptabilité en droits constatés présente un grand intérêt, elle se traduit aussi par des opérations de fin d'exercice complexes. Lorsque des salaires ou des produits sont versés après la fin de l'exercice, leur montant exact n'est, par définition, pas connu au moment de la clôture des comptes. La même remarque vaut pour les remboursements en santé à venir. Diverses évaluations sont donc nécessaires pour les produits à recevoir ou les provisions. Cette complexité rend d'autant plus utile le regard d'un tiers. Nombre des observations formulées au fil des ans concernent d'ailleurs ces opérations de fin d'exercice.

Pour revenir sur les soldes présentés dans la loi de financement de la sécurité sociale, je rappelle que, par contraste, il n'existe pas de solde des retraites de l'État car elles sont intégrées dans le budget général. On connaît le déficit de l'État, mais pas celui des retraites, pas plus que celui de l'éducation nationale ou de la défense, car le budget de l'État est unique. Il en découle des débats éternels sur le déficit des retraites de l'État. Mais, du point de vue des comptes publics, la question ne se pose pas : dès lors qu'il n'y a pas de recettes affectées aux différentes fonctions de l'État, le seul déficit qui existe est celui de l'État. Il n'y a pas de sous-catégorie de déficits.

Je tiens enfin à évoquer un sujet distinct, car sans incidence directe sur les comptes, mais qui présente un intérêt dans une perspective d'information financière globale. C'est l'évaluation de la fraude, à laquelle le Haut Conseil du financement de la protection sociale a récemment consacré des travaux, à la demande de l'ancienne première ministre Élisabeth Borne. Nous avons produit un premier rapport d'évaluation de la fraude sociale, que nous avons enrichi cette année. Encore une fois, ce phénomène n'a pas d'impact direct sur les comptes, c'est-à-dire sur les produits et les charges de la sécurité sociale pendant un exercice donné, dont nous avons déjà une image relativement fiable. Nous pourrions néanmoins revenir sur les

réserves de certification émises par la Cour des comptes. Cette information sur la fraude paraît utile pour compléter l'image financière dont disposent le Parlement et nos concitoyens.

Mme Joëlle Mélin, rapporteure. Dans sa note annuelle de suivi et d'évaluation des fraudes sociales, parue en janvier 2026, le Haut Conseil du financement de la protection sociale estime que la fraude sociale s'élèverait à 14 milliards d'euros, tout en précisant que ce chiffre global pourrait être amené à évoluer en fonction de nouvelles évaluations. Vous indiquez notamment que certains périmètres ne sont pas couverts par les évaluations actuelles, comme la tarification à l'activité, la protection universelle maladie et les travailleurs indépendants classiques. Comment l'expliquer ? Quels seraient les prérequis nécessaires pour garantir l'exhaustivité des évaluations liées à la fraude, autant que faire se peut bien entendu ?

M. Dominique Libault. Je vous remercie de vos questions pertinentes fondées sur la lecture attentive des travaux du Haut Conseil du financement de la protection sociale. Je tiens, comme je le fais dans ces notes, à saluer le travail des organismes de sécurité sociale pour évaluer la fraude sociale. Ce n'est pas simple et, sans vouloir accabler certains acteurs, il n'y a pas d'équivalent dans les autres sphères de la dépense publique. L'État commence seulement à conduire des évaluations, qui restent partielles. Les collectivités locales n'en font aucune alors qu'elles gèrent elles aussi des prestations sociales. Comparée à d'autres pays, la France est plutôt en avance sur ces questions. J'étais récemment à Bruxelles dans un colloque consacré à la fraude et aux travailleurs indépendants ; j'ai pu constater que très peu de pays européens tentent d'évaluer la fraude sociale.

Pour autant, le périmètre d'évaluation de la fraude n'est effectivement pas complet. D'abord, la fraude ne se caractérise pas uniquement par un manque à gagner pour la sécurité sociale, mais aussi par son caractère intentionnel. Pour l'évaluer, il faut distinguer ce qui relève du droit à l'erreur, que le gouvernement et le Parlement ont souhaité consacrer dans la loi du 10 août 2018 pour un État au service d'une société de confiance, et le fait de se tromper intentionnellement, par exemple en dissimulant un travail ou en déposant de fausses déclarations. C'est une première difficulté : si les caisses parviennent à identifier les manques à gagner, elles ne savent pas toujours séparer ce qui est intentionnel de ce qui ne l'est pas. C'est le cas pour les micro-entrepreneurs, notamment pour les collaborateurs de plateformes. En la matière, nos travaux mettent en évidence des taux de manque à gagner très élevés. Mais les personnes concernées possèdent souvent une faible maîtrise des démarches administratives, d'autant qu'elles travaillent souvent seules, à l'image des livreurs à vélo. Il est alors difficile de savoir exactement ce qui relève de l'intention ou d'un manque de compréhension des obligations de déclaration. À ce stade, nous restons prudents et nous n'incluons pas ces manques à gagner dans la fraude, en espérant qu'un travail plus approfondi permettra d'améliorer notre connaissance à l'avenir.

Ensuite, les organismes ne procèdent effectivement à aucune évaluation dans certains domaines, comme celui des travailleurs indépendants classiques. Il en va de même pour la tarification à l'activité : même si la fraude dont elle fait l'objet est probablement faible, l'honnêteté m'oblige à souligner que, si les professionnels libéraux se livrent à des évaluations, ce n'est pas le cas des établissements de santé.

Les chiffres que nous avançons pourraient donc effectivement évoluer à la faveur d'un approfondissement des travaux sur ces deux points. Si nous le mentionnons, c'est évidemment dans l'espoir de servir d'aiguillon vis-à-vis des organismes pour qu'ils aillent dans ce sens. Encore une fois, ils sont pleins de bonne volonté et ils suivent assez bien nos recommandations.

Mme Joëlle Mélin, rapporteure. Nos concitoyens perçoivent l'existence de la fraude : des actes surnuméraires, une visite déclarée par une clinique alors qu'on n'a pas vu le docteur, un kiné qui facture des actes non effectués. Ces phénomènes doivent disparaître. L'enjeu n'est pas seulement leur incidence financière, encore que les montants en cause soient élevés et en hausse. C'est surtout parce que nous le devons aux citoyens : dès lors qu'une injustice est identifiée, nous devons tenter d'y remédier. Je n'ai pas pu lire votre rapport dans son intégralité. Je le ferai dès que possible car il devrait nous aider à progresser.

M. Dominique Libault. Je partage totalement vos propos, tout en précisant que le Haut Conseil du financement de la protection sociale propose des synthèses de ses rapports, car nous savons que les parlementaires n'ont pas toujours le temps de lire les documents volumineux que nous publions. La lutte contre la fraude se justifie par quatre motifs essentiels.

Le premier motif est effectivement financier. Même si l'on ne parvient évidemment pas à recouvrer toutes les sommes évaluées, les masses financières ne sont pas négligeables.

La deuxième raison concerne l'égalité de concurrence. Lorsque des entreprises fraudent, ce qui est une pratique dont il faut rappeler qu'elle est très minoritaire car la plupart des professionnels de santé, des assurés ou des entreprises sont civiques, elles créent des conditions de concurrence déloyales. C'est le cas du travail clandestin, qui représente 52 % des montants de la fraude sociale en France. Cette réalité reste vivace même si, d'après l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, son niveau reste stable et n'augmente pas.

Le troisième élément a trait aux droits sociaux dont ne bénéficient pas les personnes qui travaillent sans être déclarées. Je pense notamment aux droits à la retraite, conditionnés à une certaine durée de cotisation, ou à la protection contre les accidents du travail. La fraude n'en est que plus intolérable.

Enfin, vous avez parfaitement raison de souligner qu'il existe un enjeu de confiance vis-à-vis des citoyens. Ces derniers sont attentifs à l'équité du système de protection sociale, à juste titre même s'ils peuvent quelquefois porter un jugement sévère. Or, cela implique à la fois l'équité des règles de droit et leur respect. Nous sommes tenus de faire appliquer ces règles si nous ne voulons pas perdre la confiance des Français. C'est pourquoi il est si important d'être transparent. Il ne faut rien cacher car ce n'est pas en poussant les sujets sous le tapis que nous restaurerons la confiance.

Mme Joëlle Mélin, rapporteure. Vous indiquez que la France est en avance par rapport à d'autres pays européens. Pourtant, alors que le grand plan antifraude de Nicolas Sarkozy remonte à 2007, les montants recouverts ne dépassent pas le milliard d'euros. Nous avons pris du retard. Les systèmes d'information sont pointés du doigt. Certains protocoles ou procédures méritent d'être revus. Vous semble-t-il possible d'améliorer rapidement le taux de recouvrement des fraudes, sachant que leur niveau ne peut être qu'estimé par définition ? Que s'est-il passé depuis 2007 ?

M. Dominique Libault. J'ai indiqué que notre pays est en avance pour l'évaluation de la fraude sociale. Je ne me suis pas prononcé sur la lutte contre ladite fraude. Je ne connais pas suffisamment le travail des autres pays en la matière, même si je sais que nos homologues étrangers, notamment belges, la tiennent pour un sujet très important.

À l'échelle française, la lutte contre la fraude sociale a beaucoup progressé, notamment grâce aux échanges de données. Il y a quinze ou vingt ans, ils étaient rares, aussi bien entre les

administrations sociales qu'entre les administrations sociales et fiscales. Chacun travaillait dans son coin. Nous avons décroisé, même s'il reste du travail à faire. C'est un impératif majeur : il faut travailler ensemble, en échangeant des données et sur le terrain. Même si l'action de la mission interministérielle de coordination antifraude et des comités opérationnels départementaux antifraude est encore assez hétérogène, l'action en commun se développe.

Quant à la fraude elle-même, elle évolue sans arrêt. Elle n'est pas la même qu'il y a dix ou quinze ans, notamment avec le numérique qui crée des occasions considérables dans la perception des prestations. L'assurance maladie a rendu public le problème des fraudes sur les audioprothèses, sujet sur lequel le Haut Conseil du financement de la protection sociale avait beaucoup insisté. En effet, les systèmes triangulaires associant prescripteur, fournisseur et assuré, quand ils sont gérés par voie numérique et qu'ils permettent la gratuité, engendrent des risques forts. Les fraudeurs peuvent subtiliser les données d'un assuré sur internet et se faire passer pour lui de manière vraisemblable. Heureusement, les caisses luttent désormais mieux contre ces nouvelles formes d'attaque.

Toutefois, comme dans les autres pays, nous notons, à côté des fraudes classiques que sont le travail illégal et les déclarations incomplètes des professionnels de santé ou des assurés, l'apparition de nouvelles formes organisées, avec des entités souvent internationales qu'on pourrait qualifier de criminelles et qui visent l'argent public. On pense, en France, aux fraudes liées à la rénovation énergétique ou au compte professionnel de formation, ou encore aux fraudes à l'identité bancaire pour obtenir le versement des prestations sociales.

Malgré ces évolutions considérables, le taux de fraude apparaît stable. Certes, je ne dis pas que c'est satisfaisant, mais nous parvenons apparemment à contenir son augmentation, du moins pour l'instant. Quant au recouvrement, il pourrait être amélioré. Il est particulièrement faible pour les personnes morales car, quand un contrôle révèle qu'une entreprise a recouru au travail illégal, elle a tendance à disparaître. De fait, ce sont souvent de petits sous-traitants, de niveau 5, 6 voire 7. Certains secteurs sont organisés autour d'une sous-traitance en cascade. Les entreprises concernées peuvent également ne pas être viables. Or, si elles sont en liquidation judiciaire, il sera difficile de recouvrer quoi que ce soit.

C'est pour cela que le Haut Conseil du financement de la protection sociale insiste sur le principe de solidarité financière : il faut aller chercher l'argent chez le donneur d'ordre. Ce dispositif, qui me semble essentiel, est prévu dans le projet de loi relatif à la lutte contre les fraudes sociales et fiscales en discussion au Parlement. Ce texte crée en outre, sur le modèle de la flagrance fiscale, une procédure de flagrance sociale, qui permettra une saisie rapide du patrimoine ou des comptes des fraudeurs. En effet, les personnes morales ou physiques parviennent souvent à soustraire leurs actifs avant le recouvrement. D'autres progrès seraient sans doute possibles. En tout cas, ces dispositifs amélioreront les choses.

Nous pourrions limiter les fraudes en les anticipant mieux lors de l'élaboration des normes législatives et réglementaires elles-mêmes. Comme l'indique le Haut Conseil du financement de la protection sociale, actuellement, quand on crée une prestation ou qu'on ouvre des droits, on se préoccupe peu du potentiel fraudogène de la prestation ou de son mécanisme de gestion. De fait, quels que soient les gouvernements, quand un droit est institué, la volonté politique est généralement qu'il soit ouvert dans les meilleurs délais, et non dans les meilleures conditions pour éviter la fraude. Nous devons être moins naïfs et rééquilibrer les choses. Nous préconisons donc que, pour toute nouvelle prestation, l'étude d'impact évalue le risque de fraude. La mission interministérielle de coordination antifraude est tout à fait prête à étudier les nouvelles normes légales pour identifier ces risques.

Pour prévenir les fraudes dans le domaine de la santé, je prône enfin fortement la création d'un observatoire économique de la santé. Par exemple, l'assurance maladie a mis un certain temps à réagir à l'apparition d'organisations dont l'objet principal était la fraude. Je fais notamment référence aux centres de santé dentaire ou optique. Elle l'a finalement fait. Nous pourrions anticiper en observant mieux les nouveaux acteurs.

Mme Joëlle Mélin, rapporteure. Le 100 % santé a-t-il été à l'origine de dérives ? Concernant les centres de santé que vous évoquez, il aurait peut-être fallu aller plus loin car des groupes entiers de personnes mal intentionnées se sont engouffrés dans ce secteur. Grâce à Mme Fadila Khattabi, nous avons toutefois tenté de corriger le tir.

M. Dominique Libault. J'ai évoqué le 100 % santé concernant les fraudes massives sur les audioprothèses, dont l'impact financier a été important. L'assurance maladie l'a indiqué clairement dans ses analyses. Elle a pris de nombreuses mesures pour traiter le problème. Il est vrai que la création du 100 % santé a donné lieu à l'arrivée sur le marché d'un tas de nouveaux fournisseurs. Même si certains étaient honnêtes, d'autres étaient moins bien intentionnés. Il faut faire attention.

Par exemple, le système de remboursement des fauteuils roulants est assez similaire à celui des audioprothèses. Il est triangulaire : un prescripteur, un fournisseur et un assuré. Il fait donc courir le même type de risques. Pour les fraudeurs, il y a de l'argent à gagner : les fauteuils sont réutilisables et ils coûtent, pour certains, 35 000 euros. L'assurance maladie a appris des fraudes aux audioprothèses et elle se montre très attentive à ce sujet. Nous avons également émis une alerte.

Mme la présidente Annie Vidal. Si j'ai bien compris, l'évaluation de la fraude repose sur la détection d'écart et d'anomalies statistiques. Il faut ensuite les analyser finement pour identifier les fraudeurs et distinguer les erreurs des fraudes. Est-ce bien cela ?

La fraude en bande organisée se développe. En outre, les agents de la caisse primaire d'assurance maladie de mon département m'indiquent que les fraudes aux arrêts de travail sont de plus en plus fréquentes. Or, même si ces agents mènent des contrôles d'opportunité, il m'a semblé qu'il leur était difficile de contrôler la légalité des arrêts. Pourtant, il est facile d'acheter de faux documents sur internet. Enfin, la question du volume des arrêts à traiter se pose : sur les quelque 25 000 documents que ces agents reçoivent en moyenne chaque mois, ils peuvent en contrôler à peine un millier. Que faire ? C'est une vraie question à l'heure où les arrêts de travail ont augmenté de presque 30 % en quatre ou cinq ans.

M. Dominique Libault. Il faut bien distinguer la détection de la fraude de son évaluation, pour laquelle deux méthodes coexistent.

Premièrement, il y a les contrôles aléatoires. Les Unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (Urssaf) y procèdent sur un échantillon représentatif, secteur par secteur, afin de déduire le niveau de fraude global. Cette option exige des moyens humains significatifs.

Deuxièmement, il est possible de diligenter des contrôles ciblés. C'est cette méthode qu'utilisent la majorité des caisses pour des raisons d'efficacité financière. Les données sont publiques ; on sait que certains secteurs, tels que le bâtiment, les travaux publics et l'hôtellerie-restauration, sont plus propices à la fraude aux cotisations sociales que les autres. Les caisses ciblent de mieux en mieux leurs contrôles, en procédant à des recherches d'antériorité et en

examinant les anomalies dans les dossiers. Pour évaluer l'ampleur des fraudes, il faut ensuite recourir à des méthodes complexes de redressement statistique.

Le Défenseur des droits s'est interrogé sur le risque de discrimination posé par les algorithmes utilisés par la Caisse nationale des allocations familiales dans ses contrôles. Depuis, elle a publié une nouvelle doctrine, plus transparente, dans ce domaine. De fait, l'utilisation des algorithmes, comme demain celle de l'intelligence artificielle, appelle la vigilance.

Selon moi, les contrôles doivent poursuivre un objectif financier car nous devons aller où les enjeux sont élevés pour recouvrer l'argent. Mais ils doivent aussi jouer un rôle dissuasif : il ne faut pas qu'un secteur ait le sentiment de pouvoir échapper à toute surveillance au motif que le risque y serait faible. Il faut donc une supervision dans tous les domaines.

M. David Magnier (RN). Dans un contexte de déséquilibre structurel des comptes sociaux et de forte opacité de la prévision des soldes du régime général et des organismes complémentaires, nous nous interrogeons sur la fiabilité et la cohérence des modèles de prévision utilisés par les administrations et les caisses nationales. Comment le Haut Conseil du financement de la protection sociale évalue-t-il la soutenabilité à moyen terme des dépenses de santé et de retraites, au regard notamment des hypothèses macroéconomiques retenues dans la loi de financement de la sécurité sociale ?

Quelle amélioration méthodologique ou institutionnelle serait, selon vous, nécessaire pour une meilleure traçabilité des flux financiers entre les différentes branches et une transparence accrue pour le Parlement ?

Enfin, comment l'École nationale supérieure de sécurité sociale contribue-t-elle à la formation et à la diffusion d'une culture budgétaire et actuarielle commune entre les caisses et les administrations centrales, afin de fiabiliser les projections et d'améliorer la gouvernance financière du système de protection sociale ?

Ces éléments sont essentiels pour lever les incertitudes budgétaires relevées par la commission d'enquête, pour rétablir la confiance dans l'information financière et politique en matière de sécurité sociale.

M. Jérôme Guedj (SOC). Au regard de votre grande expérience, comment la loi de financement de la sécurité sociale pourrait-elle être adaptée pour mieux piloter les dépenses de sécurité sociale et les fiabiliser ? On a vu ce qui s'est passé les deux dernières années en matière de prévision.

M. Dominique Libault. Monsieur Magnier, tout d'abord, il faut préserver la loi de financement de la sécurité sociale. Vous parlez d'opacité. Je ne suis pas totalement d'accord avec ce présupposé pour les raisons que j'ai évoquées : les comptes de la sécurité sociale sont établis en droits constatés et ils sont certifiés. En outre, deux fois par an, ils sont actualisés en commission des comptes de la sécurité sociale, organe créé en 1979 par Raymond Barre et qui n'a, à ma connaissance, aucun équivalent pour les comptes de l'État. Toute cette construction garantit la sincérité et la fiabilité des comptes présentés. Il est toutefois vrai qu'ils sont déséquilibrés et que c'est un problème.

Vous évoquez également la projection des comptes de santé. Or, la Caisse nationale de l'assurance maladie et la Caisse nationale d'assurance vieillesse ne font pas de projection. Seul le Conseil d'orientation des retraites a reçu une telle mission, mais uniquement dans le

domaine précis des retraites. Faudrait-il mener un travail similaire dans d'autres branches ? La question n'est pas illégitime. Mais dans les faits, même pour les retraites, l'exercice est compliqué. Les travaux du Conseil d'orientation des retraites, s'ils sont utiles, ont été agités par des débats sur les hypothèses macroéconomiques retenues pour les projections de ressources.

Dans le domaine médical, il faudrait ajouter d'autres variables à ces hypothèses macroéconomiques. Certes, puisque ces dépenses sont très liées à l'âge, nous pourrions prévoir leur évolution sur la base du vieillissement de la population. Toutefois, les autres facteurs en jeu, tels que l'innovation, sont délicats à appréhender. Par exemple, certains nouveaux traitements anticancéreux sont très coûteux avec une cible limitée. Il faudrait également anticiper l'évolution des comportements, selon la place que prendra la prévention. En matière de santé, tout n'est pas joué. Parfois, on croit lire notre destin dans les projections alors qu'elles n'offrent que des éléments à partir desquels construire notre stratégie. Par exemple, si nous développons fortement la prévention dès l'enfance, à l'âge adulte, mais aussi pendant le grand âge, nous pourrions faire des économies considérables en réduisant les pertes d'autonomie. Tous les rapports le disent. Oui, certains éléments importants des projections, tels que les évolutions démographiques, sont inscrits dans le marbre. Mais des marges de manœuvre subsistent pour les politiques publiques.

Monsieur Guedj, il faut préserver le débat démocratique sur la sécurité sociale au Parlement. Les comptes doivent donner une vision claire et transparente. Il faut alerter quand ils sont dégradés. Cette transparence est essentielle pour nos concitoyens. La principale critique que l'on peut faire au projet de loi de financement de la sécurité sociale est sa vision court-termiste, purement annuelle, alors que les défis que le système de santé doit relever sont de moyen terme, notamment en lien avec le vieillissement de la population. Le pilotage financier doit donc intégrer la pluriannualité. Là est le grand défi des politiques de sécurité sociale dans les années à venir.

Enfin, monsieur Magnier, je vous donne acte que les transferts entre branches ne sont pas toujours d'une grande lisibilité, voire qu'ils sont assez opaques. Dans notre dernière note sur l'état des lieux du financement de la sécurité sociale, nous avons essayé de les rendre les plus lisibles possible. Il y a sans doute là un travail pour que le Parlement soit mieux informé par l'exécutif et puisse délibérer en toute connaissance de cause. À cette condition, il ne serait pas anormal que les parlementaires puissent, par exemple, réaffecter des ressources entre les branches. Cela suppose néanmoins une plus grande transparence.

Mme la présidente Annie Vidal. Je vous remercie de la qualité et de la précision de vos interventions.

La séance s'achève à dix-huit heures.

Membres présents ou excusés

Présents. – M. Jocelyn Dessigny, M. Jérôme Guedj, M. David Magnier, Mme Joëlle Mélin, Mme Annie Vidal

Excusé. – M. Thibault Bazin