

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 MM. Pierre Pribile, directeur de la sécurité sociale, et Morgan Delaye, adjoint au directeur et chef de service..... 2
- Présences en réunion..... 16

Mardi
24 février 2026
Séance de 9 heures

Compte rendu n° 26

SESSION ORDINAIRE DE 2025-2026

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



La séance est ouverte à neuf heures dix.

Présidence de Mme Annie Vidal, présidente.

La commission d'enquête procède à l'audition, ouverte à la presse, de MM. Pierre Pribile, directeur de la sécurité sociale, et Morgan Delaye, adjoint au directeur et chef de service.

Mme la présidente Annie Vidal. Nous continuons nos travaux pour une matinée très attendue. Alors que nous approchons de la fin de nos investigations, nous recevrons tout à l'heure les ministres Stéphanie Rist et Jean-Pierre Farandou. Nous accueillons pour l'heure une délégation de la direction de la sécurité sociale. Elle est conduite par son directeur, M. Pierre Pribile. Monsieur le directeur, nous avons d'ores et déjà reçu deux de vos prédécesseurs, MM. Libault et Von Lennep. Leurs auditions ont été instructives car ils sont de bons connaisseurs de la sécurité sociale. C'est désormais vous que nous souhaitons entendre, car vous êtes aujourd'hui en responsabilité. Un questionnaire vous a été transmis par notre rapporteure. Dans la mesure où toutes les questions qu'il contient ne pourront être évoquées oralement, je vous invite à nous transmettre ultérieurement les éléments de réponse écrits, ainsi que toute information que vous jugeriez utile de porter à notre connaissance.

Comment la direction de la sécurité sociale assume-t-elle sa supervision comptable face aux lacunes récurrentes de contrôle interne dans les branches, comme celles signalées par la Cour des comptes pour 2024 ? Jusqu'à quel point considérez-vous les réserves normales et à partir de quand deviennent-elles inquiétantes ?

En second lieu, quel regard jetez-vous sur notre cadre normatif actuel ? Que penser de la création des lois d'approbation des comptes de la sécurité sociale, systématiquement rejetées par le Parlement ? Que penser également des instruments nés de la réforme de 1996 ? Ont-ils véritablement permis un pilotage transparent et efficace des comptes et des budgets de la sécurité 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 de prêter serment de dire la vérité, toute la vérité, rien que la vérité.

(MM. Pierre Pribile et Morgan Delaye prêtent serment.)

M. Pierre Pribile, directeur de la sécurité sociale. Dans mon propos introductif, je souhaiterais bien sûr répondre aux questions que vous avez formulées mais également, à la lumière du questionnaire que vous m'avez transmis ainsi que des auditions déjà conduites, m'efforcer d'apporter une réponse d'ensemble aux interrogations de cette commission. Vous avez pour ambition de lever les incertitudes budgétaires en matière de sécurité sociale et vous avez choisi, au long de vos travaux, de vous fonder sur le contenu des rapports de certification que la Cour des comptes établit annuellement pour chaque branche du régime général.

Alors, de quelles incertitudes budgétaires parle-t-on en réalité ? Je tiens à répondre à cette question, car qui dit incertitude peut laisser entendre soupçon, et donc défiance à l'égard d'une institution, la sécurité sociale, au cœur du pacte républicain. Or, la confiance de nos concitoyens dans cette institution est une condition de son existence.

Existe-t-il une incertitude sur les comptes de la sécurité sociale eux-mêmes ? Autrement dit, pour les citoyens qui nous regardent, ces comptes sont-ils faux ? Je réponds sans ambiguïté que non, ils ne sont pas faux. Le travail annuel de certification de la Cour des comptes en atteste. À l'exception de la branche famille, sur laquelle je reviendrai, toutes les branches du régime général ont fait l'objet d'une décision de certification au terme d'une procédure d'une rigueur extrême. Dès lors que les comptes sont certifiés, il n'y a lieu de douter ni de leur régularité ni de leur sincérité. Nous n'avons pas à craindre qu'ils offrent une image infidèle de la situation financière de la sécurité sociale, tant à nos concitoyens qu'aux parlementaires qui en votent les lois de financement. Je pourrais, si vous le souhaitez, citer des exemples précis de ce que le certificateur appelle une anomalie, terme technique qui peut inquiéter dans le langage courant. Il en va notamment ainsi de l'impossibilité de rattacher certaines opérations relatives aux impôts et taxes affectées qui, en définitive, ne portent que sur quelques millions d'euros. Il n'existe aucune suspicion, sans quoi la Cour ne certifierait pas ces comptes, quant à leur exactitude.

Vous m'objecterez que les comptes de la branche famille n'ont pas été certifiés et vous en déduirez peut-être qu'ils sont faux. Tel n'est pas le cas. Cette non-certification procède du constat, par la Cour, d'un trop grand nombre d'erreurs dans le calcul du revenu de solidarité active et de la prime d'activité. Il convient de rappeler que ces deux prestations ne relèvent pas de la sécurité sociale et qu'elles ne sont donc pas retracées dans ses comptes, puisque la prime d'activité est financée par l'État tandis que le revenu de solidarité active l'est principalement par les départements. Dès lors, que des parlementaires refusent d'approuver les comptes de la sécurité sociale au motif que ceux de la branche famille n'ont pas été certifiés procède d'un contresens : la réserve porte sur des prestations qui ne les affectent pas.

La Cour relève un taux d'erreur élevé dans le calcul de ces aides, fondé sur les déclarations de ressources des bénéficiaires. Pour autant, les comptes de la Caisse nationale des allocations familiales, y compris les opérations réalisées pour le compte de tiers, retracent fidèlement les dépenses engagées. La difficulté soulevée ne réside donc pas dans la sincérité ou la régularité des comptes eux-mêmes. Il n'y a, en conséquence, aucune raison de mettre en doute la fiabilité des comptes de la sécurité sociale tels qu'ils sont établis chaque année et soumis au débat parlementaire. Au demeurant, la Cour des comptes elle-même s'appuie sur ces données pour formuler ses recommandations de politique publique dans les rapports thématiques qu'elle consacre à la sécurité sociale.

Quelle est, alors, la portée de ces réserves ? Après les avoir examinées en détail dans les rapports de la Cour, faut-il y voir une incertitude sur la qualité de gestion des caisses de sécurité sociale ? En réalité, toute activité de recouvrement et de versement de prestations comporte des risques financiers inhérents, erreurs ou fraudes. L'enjeu n'est pas tant de les éradiquer que de les maîtriser en les identifiant, les évaluant et les chiffrant, puis en déployant des actions adaptées. Tel est l'objet du contrôle interne. Il relève d'une démarche d'amélioration continue, permanente et indispensable. La lecture des rapports de la Cour et les auditions que vous avez conduites attestent que les caisses accomplissent effectivement ce travail. Elles cartographient les risques financiers et les évaluent, au moyen notamment des indicateurs de risque résiduel que vous avez évoqués à plusieurs reprises. Elles mesurent le risque de fraude, comme l'a rappelé le Haut Conseil du financement de la protection sociale, puis élaborent des plans de contrôle interne pour en limiter l'ampleur. Les réserves de la Cour s'inscrivent dans cette dynamique d'amélioration continue, dont elle reconnaît elle-même la réalité et les progrès.

S'agissant des difficultés les plus significatives, la priorité consiste naturellement à traiter en premier lieu les réserves qui font obstacle à la certification. À cet égard, la branche

famille revêt un caractère prioritaire. Des réponses substantielles ont été apportées à la question de la fiabilité du calcul du revenu de solidarité active et de la prime d'activité selon deux axes complémentaires. Le premier a consisté à renforcer le contrôle interne de la Caisse nationale des allocations familiales au moyen d'un plan d'amélioration de la qualité transverse, assorti de mesures concrètes de supervision et de consolidation des contrôles. Le second tient à une réforme du cadre réglementaire et des modalités de calcul de ces prestations, qui s'est traduite par un projet structurant de système d'information : la réforme de la solidarité à la source, qui produit des résultats significatifs dans la prévention du risque d'erreur dès l'origine. À ce jour en effet, plus de 96 % des informations relatives aux ressources préremplies ne sont pas modifiées par les déclarants, ce qui réduit sensiblement les risques d'erreur et de fraude. Nous pouvons concentrer les contrôles sur les seules données rectifiées ou complétées.

L'existence de risques financiers ne constitue donc pas une incertitude, mais une réalité avérée, d'ailleurs mesurée, ce qui devrait rassurer. Un autre élément rassurant réside dans l'existence et le perfectionnement continu des outils de contrôle interne destinés à les maîtriser. S'il subsiste une incertitude, elle tient à la détermination du juste point d'équilibre, cet optimum que nous recherchons entre le niveau le plus élevé de maîtrise des risques et les moyens raisonnablement mobilisables à cette fin. Bien que personne, pas même la Cour des comptes, ne soit en mesure de définir cet optimum, c'est vers lui nous tendons collectivement. Les rapports de certification contribuent à nourrir et orienter cette recherche.

Dès lors qu'aucun doute ne pèse sur la sincérité ni sur la régularité des comptes, il demeure une question essentielle, seule véritable source d'incertitude : comment réduire le déficit de 20 milliards d'euros ? L'enjeu décisif pour l'avenir de notre protection sociale est d'en assurer la résorption. La réponse ne se trouve pas dans les rapports de certification de la Cour des comptes. À la direction de la sécurité sociale comme dans les caisses, une énergie considérable est consacrée à l'amélioration de la gestion et à la levée des réserves formulées par la Cour, et ce travail quotidien se poursuivra, mais il ne constitue pas la solution au déficit pour deux raisons. D'une part, les risques d'erreur et de fraude sont inhérents à l'activité, et un système totalement exempt de l'une et de l'autre n'existe pas. Si réduire l'une et combattre l'autre sont nécessaires, elles ne sauraient, à elles seules, résoudre la question du financement. D'autre part, même l'atteinte d'un tel idéal ne suffirait pas à rétablir l'équilibre. La dégradation tendancielle des comptes ne procède ni d'une augmentation des erreurs de gestion, qui tendent plutôt à diminuer, ni d'une envolée de la fraude, comme l'atteste le Haut Conseil du financement de la protection sociale. Les déficits trouvent leur origine dans le décalage entre la dynamique des dépenses, portée par l'évolution démographique et le progrès médical, et celle des recettes, dépendantes de la croissance économique. Lorsque la richesse produite ne progresse pas au rythme des besoins de financement, un déficit apparaît. Relever ce défi structurel suppose dès lors des choix politiques réguliers relatifs au niveau de protection sociale et à l'effort contributif que consent la collectivité, arbitrages qui incombent au Parlement lors du vote des lois de financement.

S'agissant enfin du rôle de la direction de la sécurité sociale, il s'articule autour de trois missions. La première consiste à piloter l'action des organismes de sécurité sociale dans le cadre de la tutelle, en mobilisant trois leviers complémentaires : la norme, à l'image du décret fixant les règles de contrôle interne ; les conventions d'objectifs et de gestion, qui définissent des objectifs de résultats et allouent les moyens correspondants ; un pilotage continu par objectifs, appuyé sur des bilans annuels du contrôle interne et des conventions d'objectifs et de gestion, sur l'évaluation des directeurs ainsi que sur des échanges réguliers.

La deuxième mission vise à mettre à la disposition des citoyens, des parlementaires et du gouvernement des données et analyses fiables relatives aux comptes sociaux. À ce titre, la direction assure la consolidation des comptes pour le rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale. Elle produit un ensemble substantiel de données et d'analyses, notamment dans les annexes des projets de loi de financement de la sécurité sociale et d'approbation de ses comptes. Si les circuits de financement apparaissent complexes, ils s'accompagnent d'un effort de transparence approfondi, à l'image de l'annexe 3 des projets de loi de financement de la sécurité sociale qui retrace avec précision l'affectation des recettes par branche et son historique sur quinze ans.

La troisième mission consiste à proposer au gouvernement les mesures nécessaires au pilotage et au redressement des finances sociales, puis à mettre en œuvre ses décisions. Elle implique la préparation des projets de loi de financement de la sécurité sociale et des nombreux textes d'application qui font évoluer en permanence les règles de la protection sociale.

Ces missions sont exercées sous l'autorité des ministres chargés de la sécurité sociale, à savoir le ministre chargé des comptes publics et les deux ministres compétents, l'un pour la santé, les familles et l'autonomie, l'autre pour le travail. Loin d'être source de confusion, cette pluralité d'autorités constitue un facteur d'efficacité. Elle impose de concilier en permanence la qualité de la protection sociale et l'équilibre de ses comptes, deux exigences indissociables que cette organisation ministérielle met précisément en cohérence.

En conclusion, l'incertitude budgétaire majeure tient, à mon sens, à la capacité de notre pays à effectuer les choix nécessaires à la pérennité de son système de protection sociale. Il appartient au Parlement de la lever lors du vote annuel de la loi de financement, alors même que cette incertitude s'est installée depuis plusieurs années. Rien n'impose que la sécurité sociale demeure durablement fragilisée par les déficits. En 2019, elle avait retrouvé l'équilibre et elle s'appropriait à apurer sa dette. Cet objectif n'a donc rien d'inaccessible : il résultait d'une décennie de décisions successives, parfois exigeantes, qui avaient permis le redressement des finances sociales après la crise de 2007-2008. Des mesures peuvent être prises pour sortir de l'ornière financière. La Cour des comptes formule régulièrement des propositions dans ses rapports thématiques, auxquelles la direction de la sécurité sociale contribue en instruisant des mesures pour le gouvernement. En définitive, il vous revient de délibérer sur ces choix déterminants à la fois pour l'équilibre financier et pour la cohésion sociale car ils relèvent, pour l'essentiel, de la compétence du législateur.

Mme Joëlle Mélin, rapporteure. Avant d'aborder des questions de fond, je souhaite exprimer une réserve quant à l'affirmation selon laquelle la sécurité sociale aurait été à l'équilibre en 2019. Au début de l'année 2020, face à l'ampleur de la crise sanitaire, il a été décidé de transférer à la Caisse d'amortissement de la dette sociale un volume financier global comprenant, outre la pré-budgétisation des dépenses liées au covid-19 pour les trois années 2020, 2021 et 2022, environ 13 milliards d'euros correspondant à la dette des hôpitaux ainsi que 31 milliards d'euros au titre de déficits antérieurs. Dans ces conditions, soutenir que l'équilibre était atteint alors que ces montants existaient en arrière-plan et ont été intégrés dans un même mouvement peut légitimement susciter des interrogations. De même, la progression rapide du plafond d'emprunt de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, porté à 83 milliards d'euros, soit 20 milliards d'euros de plus que l'an dernier, conduit à questionner la réalité de cet équilibre.

Par ailleurs, la création de cette commission d'enquête ne procède pas uniquement des observations ponctuelles formulées par la Cour concernant certaines branches, mais leur

ampleur et leur caractère récurrent interpellent. Depuis le premier rapport d'application publié en 1996, consécutif aux dérives constatées depuis 1980, et de manière continue depuis le début des certifications en 2006, des remarques reviennent sans cesse. Certes, l'équilibre est régulièrement approché. Mais l'accumulation d'éléments préoccupants a conduit à évoquer des « incertitudes », terme employé dans une acception neutre. Il s'agit de déterminer si, indépendamment de toute fraude ou malveillance, les flux financiers internes entre recettes et dépenses pourraient être améliorés et si ces ajustements auraient un impact sur les comptes.

Monsieur le directeur, il serait utile que vous reveniez sur l'organisation de la direction de la sécurité sociale. Vos responsabilités sont étendues et vous occupez une position centrale. Après avoir évoqué l'incidence de la double tutelle ministérielle, pourriez-vous préciser, branche par branche, quels bureaux sont mobilisés au sein de votre direction, identifier vos homologues au sein du ministère des finances et détailler les actions conjointes de pilotage du plan de dépenses dont ils assurent la charge ?

M. Pierre Pribile, directeur de la sécurité sociale. Je confirme tout d'abord que la sécurité sociale était à l'équilibre en 2019. La crise du covid-19 est survenue en 2020, moment où elle a pleinement assumé son rôle d'amortisseur économique et social. Il convient de distinguer l'équilibre d'un exercice de la question de la dette. En 2019, le résultat annuel était quasiment équilibré et la dette en voie d'extinction, avec un apurement plus rapide que prévu à l'origine et programmé à l'horizon 2024. Le transfert opéré en 2020 à la Caisse d'amortissement de la dette sociale avait pour objet de lui confier l'amortissement de la dette constituée durant la crise sanitaire ainsi que des déficits accumulés au cours des années précédant le retour à l'équilibre. Ces montants correspondaient à des déficits antérieurs et non à un déséquilibre propre à l'exercice 2019, dont la situation était particulièrement saine à cet égard.

La situation actuelle est d'une tout autre nature. Le déficit avoisine les 20 milliards d'euros et le plafond d'emprunt de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, que vous avez évoqué, traduit l'accumulation rapide d'une dette nouvelle. Cette évolution rappelle toutefois que le redressement est possible : après la crise de 2008-2010, qui avait déjà conduit la sécurité sociale à jouer un rôle d'amortisseur, il a fallu dix années d'efforts pour retrouver l'équilibre. Les décisions prises alors ont été déterminantes. En effet, sans l'assainissement intervenu avant 2020, l'impact de la crise sanitaire aurait été considérablement plus rude.

S'agissant des réserves de la Cour des comptes, même si nous souhaiterions intégralement les lever, leur importance et leur récurrence appellent une hiérarchisation. La priorité est donnée à celles qui font obstacle à la certification. C'est pourquoi une attention particulière a été portée aux erreurs affectant le revenu de solidarité active et la prime d'activité, même si ces prestations ne relèvent pas de la sécurité sociale. Si d'autres réserves revêtaient la même gravité, la Cour n'hésiterait pas à refuser la certification. Quant à leur caractère récurrent, il convient de souligner qu'elles ont connu une diminution progressive tant en nombre qu'en ampleur au cours des vingt années de certification, comme vous l'a dit le président de la sixième chambre. Même si le processus n'est pas achevé, j'espère que ces auditions auront démontré que ces réserves font l'objet d'un traitement rigoureux et qu'aucune complaisance n'est de mise.

M. Morgan Delaye, adjoint au directeur et chef de service. La direction de la sécurité sociale est organisée selon deux approches. Il existe une approche par métier, avec des sous-directions et des services qui travaillent branche par branche sur les réglementations et les politiques publiques qui leur sont propres. C'est un travail fondamental car la totalité des règles

de prestation est déterminée par la réglementation, dans un domaine totalement régalién au sein duquel les caisses ne disposent d'aucune marge de manœuvre.

Notre organisation repose également sur une approche transversale assurée par des sous-directions de support ou de gestion. L'une d'elles, consacrée au pilotage du système de sécurité sociale en tant que service public, négocie les conventions d'objectifs et de gestion, fixe les ambitions en matière d'indicateurs de service public, pilote et supervise les grands projets informatiques et définit les règles applicables en matière de ressources humaines. Une autre sous-direction, chargée du financement de l'ensemble du système, présente les projets de loi de financement, propose les trajectoires de retour à l'équilibre et assure l'interface avec la sphère financière, en particulier avec les directions du ministère de l'économie et des finances. Enfin, une sixième sous-direction, en appui de l'ensemble, élabore les statistiques, consolide les comptes, produit les analyses nécessaires et contribue aux études d'impact.

À ces structures s'ajoutent des missions spécifiques : l'une dédiée à la lutte contre les fraudes, l'autre chargée de la comptabilité et de la doctrine en matière de contrôle interne, ainsi qu'une mission nationale de contrôle et d'audit, présente sur l'ensemble du territoire, qui garantit une connaissance directe et continue du fonctionnement du système.

Les relations avec les autres directions présentent un caractère singulier puisqu'aucune autre direction n'est chargée de la sécurité sociale dans son ensemble. Les échanges sont ponctuels avec certaines, permanents avec d'autres. Nous travaillons avec la direction générale de l'offre de soins et la direction générale de la santé sur les sujets sanitaires, notamment lors de la préparation des lois de financement de la sécurité sociale. La négociation des trajectoires financières s'effectue avec la direction du budget et la direction générale du Trésor. Des échanges approfondis existent également avec la direction générale des finances publiques et la direction de la législation fiscale sur les questions relatives aux prélèvements.

Mme Joëlle Mélin, rapporteure. Je rappelle que le Parlement ne se prononce ni dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale, ni dans la loi d'approbation des comptes, sur des comptes combinés, mais sur un tableau d'équilibre et un tableau patrimonial moins précis qu'un compte de résultat et un bilan. Les informations du tableau d'équilibre sont lacunaires, se limitant aux grandes masses de recettes et de dépenses par branche. De plus, dans son avis sur ces tableaux pour 2024, la Cour des comptes reproche une production tardive, un problème de traçabilité des retraitements et des contractions de produits et charges non conformes à la loi organique. Quelles ont été les suites données à ces recommandations et quand l'administration pourra-t-elle réaliser un véritable compte combiné de la sécurité sociale ?

M. Morgan Delaye, adjoint au directeur et chef de service. Le tableau d'équilibre et le tableau patrimonial, dans la loi d'approbation, ont pour objet de consolider et de présenter au Parlement l'ensemble des états financiers des régimes obligatoires de base et des organismes de sécurité sociale. Il s'agit de dégager un solde global, déterminant pour le pilotage économique, car c'est ce résultat consolidé qui a du sens. La sécurité sociale étant gérée en droits constatés, ces tableaux retracent la valeur des engagements pris au cours d'un exercice, indépendamment de leur paiement ou de leur encaissement effectif. La difficulté tient à leur confection à partir de comptes produits par régime et par branche. Or, en l'absence de personnalité morale unique de la sécurité sociale, il n'est pas possible d'établir des comptes combinés au sens strict. Il est donc procédé à une consolidation consistant à agréger des états financiers de régimes distincts, dont certains ne sont pas certifiés par la Cour mais par des commissaires aux comptes, afin d'offrir une vision d'ensemble. Cette méthode suppose

certaines simplifications d'écriture pour aboutir à une présentation intelligible au niveau de la loi.

Des échanges réguliers sont menés avec la Cour des comptes pour améliorer l'information, notamment dans les annexes à la loi d'approbation qui fournissent déjà un degré de détail substantiel sur la construction de ces tableaux. Le rapport auquel vous faites référence vise à s'assurer de la rigueur de ce travail. La Cour relève parfois un défaut de traçabilité de certaines opérations. Des améliorations sont apportées dans les annexes sur ce point, sans que cela affecte le résultat du tableau d'équilibre, dont la fiabilité n'est pas en cause. Un audit des procédures de consolidation, réalisé il y a deux ans à la demande de la Cour, n'a d'ailleurs mis en évidence aucun défaut notable. Le travail engagé vise à rendre plus lisible la diversité des situations, étant précisé que le rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale permet déjà de retrouver le détail régime par régime.

Mme Joëlle Mélin, rapporteure. Même si les rapports à la Commission des comptes de la sécurité sociale sont très riches, ils ne sont joints ni au projet de loi de financement de la sécurité sociale ni au projet de loi d'approbation des comptes. Ils ne peuvent pas toujours être utilisés par les parlementaires. Le rapport de l'an dernier est paru le 3 juin alors que le projet de loi d'approbation avait été déposé le 23 mai. Ce décalage, concentré sur la dernière semaine de mai, est problématique. Il ne place ni le Parlement, ni la Commission, dans des conditions idéales, faute d'informations présentées à temps. Une réforme de la Commission des comptes de la sécurité sociale serait-elle envisageable afin de mieux articuler une réelle démocratie sociale et un débat parlementaire informé ? Le regroupement des rapports de certification et d'application fut une excellente chose, mais le calendrier reste contraint. Ne peut-on améliorer cela afin que les documents soumis au Parlement soient plus clairs, complets et accessibles ?

M. Morgan Delaye, adjoint au directeur et chef de service. La question du délai de production des tableaux est indissociable du choix d'une comptabilité en droits constatés. Par nature, ce mode de gestion impose d'intégrer des estimations portant sur des montants qui ne sont pas intégralement connus au 31 décembre. À la différence d'une comptabilité de caisse, limitée aux encaissements et décaissements effectifs, il suppose un processus plus exigeant. Les caisses locales arrêtent d'abord leurs comptes, qui sont ensuite validés par les caisses nationales après parfois une procédure d'audit, dès le mois de janvier. À ce stade, certaines données demeurent toutefois indisponibles. Par exemple, l'exécution budgétaire des établissements hospitaliers pour l'exercice écoulé n'est pas encore arrêtée. Des estimations complexes, notamment sur les produits à recevoir au titre des impôts et taxes affectés, ne peuvent être établies car les entreprises n'ont pas encore déclaré les montants dus pour le mois de décembre. Ces écritures complémentaires sont donc passées au début du mois de février. Entre le 22 février et le début du mois de mars, la Cour des comptes engage ses travaux d'audit. Les caisses nationales arrêtent leurs comptes à titre provisoire le 22 février, puis à titre définitif au plus tard le 15 mars. Les dernières écritures sont enregistrées aussi tard que possible afin d'intégrer les informations les plus récentes et de garantir la fiabilité des comptes. Ainsi, si un contentieux relatif à l'exercice précédent survient en début d'année, une provision doit être constituée, et elle ne peut l'être qu'au moment où l'information est suffisamment acquise pour refléter la réalité économique. Il en résulte une tension permanente entre la nécessité d'anticiper la clôture pour produire l'information rapidement et celle de la retarder afin d'en assurer la sincérité.

La date de clôture est aujourd'hui fixée au 15 mars. Aucune modification ne peut intervenir au-delà. La Cour des comptes procède alors à ses ultimes contrôles en vue de formuler ses observations en avril. À partir de cette même date, nous élaborons les tableaux

d'équilibre et les tableaux patrimoniaux, qui sont produits au cours du mois d'avril, conduisant à une finalisation en mai.

Cette séquence explique que la Cour estime disposer d'un délai contraint pour son audit. Nous produisons les tableaux qui consolident l'ensemble des comptes arrêtés en mars. La Cour des comptes dispose alors d'un temps très court pour les auditer tandis que le projet de loi d'approbation doit être déposé sans délai. Ce dépôt intervient tardivement, à la fin du mois de mai ou au plus tard le 1^{er} juin, dans des conditions qui ne permettent pas aux magistrats d'achever et de valider à temps, selon leurs procédures collégiales, le rapport d'application des lois de financement de la sécurité sociale. Il ne peut donc être déposé avant la présentation du projet de loi d'approbation.

Chaque année, nous sommes engagés dans une séquence particulièrement resserrée. Pour y remédier, aucune solution évidente ne s'impose. Il faudrait soit réduire le volume d'informations produites, quitte à proposer des rapports d'application plus synthétiques afin de permettre une publication plus précoce sur un périmètre restreint, soit décaler le débat à une date plus tardive en juin afin de laisser à la Commission des comptes de la sécurité sociale le temps de se réunir et à la Cour celui de mener ses travaux. Une telle option accentuerait toutefois le décalage entre le calendrier de la loi d'approbation et celui de la loi de règlement. Ces arbitrages relèvent de la loi organique. La création des lois d'approbation des comptes de la sécurité sociale, en 2022, a instauré un cadre calendaire très contraignant, aux effets qui ne sont pas pleinement satisfaisants. À ce stade, l'administration ne dispose pas de solution idéale : soit restreindre l'information pour la rendre disponible plus tôt au risque d'en altérer la qualité et la pertinence, soit modifier le calendrier. Aucune de ces perspectives n'apparaît séduisante.

Mme Joëlle Mélin, rapporteure. Quelles seraient les conséquences d'un report de la date au 15 juin ? Je m'interroge sur les incidences que cela pourrait avoir, notamment sur la préparation du budget à venir.

M. Morgan Delaye, adjoint au directeur et chef de service. Les incidences seraient limitées dans la mesure où la préparation du budget se fonde sur les comptes déjà arrêtés par l'ensemble des régimes et des branches, ainsi que sur le tableau patrimonial. Dès le mois d'avril, l'administration a achevé la production des tableaux. Même si les grands choix politiques ne commencent qu'en juillet, notamment lors du débat d'orientation budgétaire, l'administration peut entamer ce travail préparatoire dès le mois d'avril. Le fait que la loi soit votée plus tard n'a que peu d'impact.

M. Pierre Pribile, directeur de la sécurité sociale. J'ajoute que nous actualisons nos prévisions tout au long de l'été et que nous ne présentons pas au Parlement au mois de septembre les chiffres du mois d'avril. C'est un travail continu qui met en parallèle des tâches de proposition, d'analyse des comptes et de prévisions.

Mme la présidente Annie Vidal. Les enjeux sont majeurs pour nous, y compris en termes de compréhension. Les parlementaires reçoivent souvent le rapport de la Cour des comptes et, quarante-huit heures plus tard, ils sont appelés à examiner en commission le projet de loi d'approbation. Même en étant très investi, il est difficile d'embrasser, dans un tel délai, des documents aussi denses. Un délai de quinze jours permettrait à chacun de se les approprier.

Je reviens sur ce que vous avez qualifié de « seule véritable source d'incertitude », formule à laquelle je souscris. Nous faisons aujourd'hui face à un déficit structurel, à une Caisse d'amortissement de la dette sociale qui court jusqu'en 2033 et à un désajustement durable entre

recettes et dépenses. La maîtrise des dépenses sera d'autant plus délicate qu'elles sont largement tirées par les pensions et par le vieillissement de la population, quand les déficits s'accumulent depuis 2024. Dans ce contexte, faut-il envisager un nouveau transfert de dette à la Caisse d'amortissement de la dette sociale ? À raison d'environ 20 milliards d'euros par an, l'encours progresse en effet rapidement.

Plusieurs interlocuteurs ont attiré notre attention sur l'absence de financement du Ségur de la santé, conclu au moment de la crise sanitaire. Sans en contester la nécessité ni la légitimité, quelle part ce non-financement représente-t-il dans la dette actuelle ? Par ailleurs, la dernière reprise de dette intégrait une composante liée à l'endettement des hôpitaux déficitaires. Or aujourd'hui encore, un certain nombre d'hôpitaux, ainsi que des établissements et structures médico-sociales, demeurent en déficit structurel. Enfin, l'une des questions qui revient de manière récurrente lors de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale est celle de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, dont certains estiment qu'il ne constitue pas un indicateur pertinent de suivi des dépenses. Quelle est votre analyse sur ces points ?

M. Pierre Pribile, directeur de la sécurité sociale. Faut-il envisager un nouveau transfert de dette à la Caisse d'amortissement de la dette sociale, ce qui impliquerait d'en repousser l'échéance ou de lui affecter une ressource supplémentaire ? Ce sont des choix lourds. Le plafond d'emprunt de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, fixé à plus de 80 milliards d'euros en 2026, montre d'ailleurs que la question du traitement de cette dette se posera sans tarder. Le premier point, sur lequel je souhaite insister, est qu'il est essentiel de rembourser cette dette. Le principe selon lequel la sécurité sociale ne doit pas s'installer dans l'accumulation d'endettement est fondamental car il engage la solidarité entre les générations et, plus largement, la crédibilité du système. Un mécanisme par répartition ne peut durablement fonctionner si les générations futures ont le sentiment de devoir assumer, faute de financement par les générations précédentes, non seulement les retraites de leurs parents mais également celles de leurs grands-parents. La capacité à ne pas laisser dériver la dette, puis à la rembourser, constitue l'un des ressorts du pacte social.

Pour autant, avant même de programmer le remboursement de la dette la plus récente, la priorité demeure le retour à l'équilibre. Ces deux sujets doivent être traités de concert. En toute rigueur, il faudrait fixer une trajectoire pluriannuelle garantissant le rétablissement, puis le maintien de l'équilibre. Les projets de loi de financement actuels donnent une visibilité sur quatre ans, mais le débat se concentre, de fait, sur la seule année suivante. Dans un cadre réellement pluriannuel, le gouvernement proposerait une trajectoire et le Parlement en arrêterait les paramètres. Il deviendrait alors plus aisé de traiter le cas de la Caisse d'amortissement de la dette sociale, puisque le volume de dettes passées et futures serait maîtrisé. Il serait possible d'organiser un amortissement à une échéance déterminée. La situation actuelle impose de rouvrir le sujet de la dette, mais l'essentiel est de redéfinir les conditions crédibles d'un retour à l'équilibre de la sécurité sociale.

Afin de ne pas alimenter les discours fatalistes, je souhaite toutefois rappeler que, si la situation actuelle est difficile et appelle une réaction, la dette sociale n'est pas hors de contrôle. La dette actuellement remboursée par la Caisse d'amortissement de la dette sociale au moyen de la contribution sociale généralisée et de la contribution pour le remboursement de la dette sociale correspond à celle transférée lors de la crise sanitaire. Le principe du remboursement n'a nullement été abandonné. En revanche, depuis deux ans, une divergence s'est installée puisque les déficits annuels excèdent les montants remboursés. Ce fut le cas en 2025 et ce le sera encore en 2026. Cette dégradation est préoccupante. Elle requiert une inflexion rapide.

Même si le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2026 amorce une réduction du déficit, cette dynamique devra être prolongée afin de contenir la progression de la dette sociale et d'en organiser l'amortissement dans un délai raisonnable. L'échéance de 2033 n'est déjà pas si proche et l'objectif doit être d'assainir les finances sociales avant que la sécurité sociale n'ait à jouer de nouveau un rôle d'amortisseur lors d'une prochaine crise majeure.

S'agissant du Ségur, la nécessité des mesures adoptées n'est pas discutée. Il n'en demeure pas moins qu'elles génèrent des dépenses significatives, de l'ordre de 10 milliards d'euros en rémunérations, auxquelles s'ajoutent des investissements. Au total, le Ségur représente environ 13 milliards d'euros de charges pour l'assurance maladie, sans que des recettes nouvelles aient été allouées en contrepartie par le Parlement. Ces montants sont donc financés par l'endettement. Ils contribuent de manière notable au déficit d'environ 20 milliards d'euros évoqué précédemment.

À ces éléments s'ajoute le déficit des hôpitaux, qui pèse sur celui des administrations de sécurité sociale au sens de la comptabilité nationale. Il ne se confond pas avec celui de la sécurité sociale au sens strict, mais il est intégré au solde global des administrations de sécurité sociale présenté dans l'article liminaire des lois de financement. La transparence est également assurée sur ce point, notamment par une annexe au projet de loi de financement de la sécurité sociale détaillant la situation financière des établissements hospitaliers. Ce déficit, loin d'être dissimulé, atteint environ 3 milliards d'euros pour le dernier exercice clos. Il vient s'ajouter aux 20 milliards d'euros de déficit de la sécurité sociale.

S'agissant enfin de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, il s'agit simplement d'un instrument, d'une norme de dépense sur laquelle le Parlement fixe un objectif. L'essentiel tient à l'usage qui en est fait et aux décisions qui l'accompagnent. Chaque année, nous cherchons à contenir une dynamique spontanée de dépenses généralement supérieure à celle des recettes. C'est dans cet écart que s'exercent les choix politiques. D'un point de vue technique, toutes les options peuvent être documentées : restreindre le périmètre de prise en charge de la sécurité sociale au risque de reporter la charge sur les assurés ou les complémentaires, rechercher des gains d'efficience comme l'ont récemment suggéré des travaux des inspections générales des affaires sociales et des finances sur les établissements hospitaliers, ou encore agir sur les recettes, ce qui implique de solliciter davantage les citoyens et les acteurs économiques. Ces leviers sont légitimes. Mais ils relèvent avant tout de décisions politiques au cœur de l'examen annuel du financement de la sécurité sociale.

Les solutions sont nombreuses. Le plus difficile, et c'est tout l'objet du débat démocratique annuel, consiste à déterminer la voie la plus pertinente, sachant que l'absence de choix et la persistance du déficit constituent le scénario le plus défavorable. Ils nourrissent la défiance et fragilisent durablement notre sécurité sociale.

Mme Joëlle Mélin, rapporteure. Vous avez abordé la pluriannualité. Quelles modalités d'application et quel vecteur juridique envisageriez-vous pour la mettre en place de manière plus effective qu'actuellement, où elle relève pratiquement du vœu pieux ?

M. Pierre Pribile, directeur de la sécurité sociale. S'agissant du pilotage de la trajectoire des finances sociales, le projet de loi de financement de la sécurité sociale comporte déjà une dimension pluriannuelle, à mon sens insuffisamment exploitée. Le cadre juridique permet en effet d'adopter, dès la loi de financement pour l'année à venir, des mesures dont l'entrée en vigueur est progressive et dont les effets se déploient bien au-delà de l'horizon quadriennal figurant en annexe. Les réformes des retraites en offrent l'illustration la plus

manifeste puisque la modification des paramètres du système oriente la trajectoire des comptes sociaux pour les décennies suivantes, et non pour la seule année à venir. La faculté de piloter à moyen terme existe donc déjà.

Pour autant, il n'existe pas, dans notre droit, de règle d'or imposant à une loi de financement d'organiser le retour à l'équilibre à une échéance déterminée, comme cela peut être le cas dans certains pays. Si l'équilibre de la sécurité sociale constitue un objectif à valeur constitutionnelle, indissociable de notre modèle de solidarité, cette exigence ne se traduit pas par une contrainte stricte pesant sur le législateur. L'instauration d'une telle règle supposerait une révision constitutionnelle. C'est, encore une fois, un choix éminemment politique.

Mme Joëlle Mélin, rapporteure. Je souhaiterais revenir sur un point qui n'a pas fait l'objet d'éclaircissements complets au cours de nos auditions : celui des conventions internationales. Pourriez-vous rappeler les modalités de leur élaboration, identifier les autorités qui en prennent l'initiative, celles qui conduisent les négociations et celles qui en assurent la renégociation le cas échéant ?

Comme vous l'avez compris, cette question revêt une importance particulière à nos yeux en ce qu'elle touche notamment au sentiment d'injustice que pourraient éprouver certains citoyens si des personnes ne relevant pas de notre système de protection sociale étaient susceptibles de bénéficier de prestations sans qu'un mécanisme effectif de recouvrement des créances ne soit mis en œuvre.

M. Pierre Pribile, directeur de la sécurité sociale. L'objectif des conventions bilatérales de sécurité sociale est de favoriser la mobilité des travailleurs. Elles concernent exclusivement des personnes en situation régulière dans l'État partenaire. Elles reposent sur un principe strict de réciprocité : un travailleur français exerçant son activité dans l'État tiers bénéficie des dispositions conventionnelles, tout comme un ressortissant de cet État travaillant en France. Ces accords diffèrent sensiblement selon les pays car leur contenu dépend des caractéristiques propres à chaque système de protection sociale. La réciprocité ne porte pas nécessairement sur l'ensemble des risques, ce qui rend la négociation subtile. L'objectif poursuivi par la France est d'assurer, dans les États où la présence de ressortissants français est importante, une continuité de leur couverture sociale. À ce jour, quarante-deux États sont liés à la France par une telle convention. Plus de 80 % des Français expatriés sont ainsi protégés.

La négociation relève de la direction de la sécurité sociale par l'intermédiaire de sa division des affaires communautaires et internationales, avec l'appui du ministère des affaires étrangères et sur la base d'un mandat défini par le gouvernement. Une fois l'accord conclu, il appartient au Parlement de procéder à sa ratification, comme cela a été récemment le cas avec la Moldavie. Ces conventions font l'objet d'un suivi et d'actualisations régulières. Des travaux sont en cours avec Monaco, pour répondre aux besoins de soins de nombreux Français dans des établissements monégasques notamment, et des révisions entamées avec la Turquie et le Sénégal avant la crise sanitaire doivent être menées à terme.

Sur le plan opérationnel, ces accords prévoient la refacturation des soins pris en charge par chaque système au bénéfice des ressortissants de l'autre État. Le Centre national des soins à l'étranger assure le suivi des créances, qui sont ensuite apurées dans le cadre de commissions mixtes. Ce processus est exigeant. Il s'inscrit dans la durée. Mais il repose sur un intérêt partagé des deux parties à garantir l'effectivité de la réciprocité.

Mme Joëlle Mélin, rapporteure. L'idée générale serait, dans le contexte actuel de grande instabilité internationale et de déplacements de populations qui ne sont plus uniquement liés au travail, de renforcer et multiplier ces conventions internationales pour s'assurer de la réciprocité, notamment dans la récupération des créances.

Pour évoquer un cas particulier, en août 2025, un décryptage du Centre des liaisons européennes et internationales de sécurité sociale indiquait qu'aucune commission mixte entre la France et l'Algérie ne s'était tenue. Qu'en est-il aujourd'hui ? Pouvez-vous nous indiquer le montant des créances concernées et les mesures que vous comptez mettre en œuvre pour résoudre ce différend diplomatique, en collaboration avec le ministère de l'Europe et des affaires étrangères ?

Par ailleurs, identifiez-vous des difficultés opérationnelles liées à la mise en œuvre de contrôles biométriques de l'identité des assurés résidant à l'étranger ?

M. Pierre Pribile, directeur de la sécurité sociale. S'agissant des relations entre la France et l'Algérie, le contexte diplomatique actuel a des incidences concrètes : aucune commission mixte ne s'est réunie depuis 2018. Pour autant, les données du Centre national des soins à l'étranger éclairent la situation. Les créances cumulées de la France à l'égard de l'Algérie s'élèveraient à un peu plus de 100 millions d'euros. Celles de l'Algérie vis-à-vis de la France atteindraient environ 430 millions d'euros.

En ce qui concerne la vérification de l'existence des assurés résidant à l'étranger, principalement pour la branche vieillesse, l'enjeu tient aux modalités d'information sur les décès. En France, les organismes sont informés presque en temps réel, ce qui entraîne l'interruption du versement des pensions. Ce n'est pas toujours le cas à l'étranger. Lorsque des conventions d'échange d'informations d'état civil existent, comme avec la quasi-totalité des pays européens, des transmissions de données fiables sont organisées. À défaut, les assurés sont soumis à une obligation annuelle de produire un certificat de vie.

Afin de mieux maîtriser ce risque, un dispositif biométrique a été conçu, adopté en 2021 et opérationnel depuis 2024. Il monte progressivement en charge : 16 % des personnes concernées y ont recouru en 2024 et l'objectif est d'atteindre 25 % en 2025. À terme, cet outil a vocation à devenir la référence dans les pays avec lesquels aucune convention d'échange d'état civil n'a été conclue, avec une montée en puissance prévue par la loi à l'horizon 2028. S'il ne se substitue pas aux autres mécanismes de contrôle, il permet de réduire le risque en concentrant les vérifications sur les situations dans lesquelles il n'a pas été utilisé ou n'a pas produit un résultat probant. Il constitue un levier supplémentaire à la disposition des caisses de retraite pour limiter un risque identifié et suivi.

Mme Joëlle Mélin, rapporteure. Avec quelle direction du ministère de l'Europe et des affaires étrangères êtes-vous en relation ?

M. Pierre Pribile, directeur de la sécurité sociale. Son nom m'échappe. Nous vous transmettrons cette information à l'issue de notre échange.

M. David Magnier (RN). Nous arrivons au terme de notre commission d'enquête visant à lever les incertitudes budgétaires. Pourtant, nous en rencontrons toujours. Les dernières lois de financement de la sécurité sociale, depuis 2024, ont été construites dans la perspective d'un retour à l'équilibre en 2027. Peut-on confirmer la fiabilité de cette trajectoire, compte tenu du dérapage des comptes de la branche maladie en 2025 ?

M. Pierre Pribile, directeur de la sécurité sociale. Malheureusement, non. Si l'on se réfère à l'annexe A des lois de financement de la sécurité sociale adoptées ces dernières années, aucune ne prévoit ni ne documente un retour à l'équilibre, ni en 2027 ni au-delà. Au contraire, les projections font apparaître une dégradation. Face à un déséquilibre de 20 milliards d'euros, un redressement en une seule année n'est pas réaliste. Il devrait pouvoir être programmé sur quatre ou cinq ans. Néanmoins, cette trajectoire n'est pas formalisée à ce stade. Le retour à l'équilibre demeure un objectif majeur, mais les instruments permettant de l'atteindre ne sont pas aujourd'hui explicitement arrêtés. Rien n'est toutefois inéluctable. Des décisions structurantes peuvent être prises, qu'elles concernent les retraites, les prélèvements sociaux ou l'assurance maladie. Les options sont nombreuses. Mais les choix qui permettraient de tracer de manière crédible une trajectoire de retour à l'équilibre à brève échéance restent à prendre.

Mme Joëlle Mélin, rapporteure. Quelles ont été pour vous les conséquences directes de la création en 2023 du comité de pilotage mensuel et d'un comité d'alerte trimestriel ? Des mesures correctives, en dehors de celles issues du comité d'alerte spécifique à l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, ont-elles été prises ? Vous semblerait-il pertinent de créer un comité d'alerte par branche de la sécurité sociale sur le même modèle ?

M. Pierre Pribile, directeur de la sécurité sociale. Le comité mensuel auquel vous faites référence est une organisation interne au ministère, mise en place sous l'autorité des ministres de Bercy, qui a eu l'intérêt de réunir tous les mois les administrations en charge des comptes publics. Ces réunions mensuelles permettaient aux ministres concernés de se forger une appréciation éclairée de l'exécution des lois de finances et de financement de la sécurité sociale en agrégeant l'ensemble des informations disponibles. Elles offraient aussi l'occasion aux administrations de signaler d'éventuels retards ou d'analyser les évolutions conjoncturelles.

Dans le champ de la sécurité sociale, le comité d'alerte de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie a déclenché une alerte cette année, conduisant le gouvernement à adopter des mesures correctrices dès le mois suivant. La tenue régulière de ces réunions avait permis d'anticiper cette éventualité et de préparer les ajustements nécessaires.

L'exercice atteint toutefois ses limites en l'absence d'outils de pilotage infra-annuel dans certaines branches. Si l'assurance maladie dispose d'instruments permettant un suivi rapproché, qui ont été mobilisés pour répondre à l'alerte, tel n'est pas véritablement le cas dans d'autres domaines, notamment celui des retraites, dont l'équilibre se conçoit dans une temporalité de long terme. Il ne peut être ajusté d'un mois sur l'autre.

Il convient cependant de rappeler qu'il existe, pour la branche vieillesse, un dispositif comparable à un comité d'alerte : le comité de suivi des retraites. Son rythme diffère puisqu'il se prononce une fois par an à la suite de la publication du rapport du Conseil d'orientation des retraites. Les préconisations qu'il formule nourrissent les débats du projet de loi de financement de la sécurité sociale. L'été dernier, il recommandait de ne pas abaisser l'âge de départ, de ne pas relever les cotisations et d'envisager une sous-indexation des prestations. Ces orientations ont éclairé les propositions gouvernementales. Il existe donc, dans la branche vieillesse, un mécanisme de mise en perspective et de recommandation qui, sans porter formellement le nom de comité d'alerte, en exerce la fonction au service du retour à l'équilibre du système de retraite.

Mme la présidente Annie Vidal. Je vous remercie pour la qualité de vos réponses, qui nous ont permis une bonne vision des actions que vous menez et des enjeux importants pour notre sécurité sociale. Cette audition viendra utilement enrichir nos travaux.

La séance s'achève à dix heures cinquante.

Membres présents ou excusés

Présents. – M. David Magnier, Mme Joëlle Mélin, Mme Annie Vidal,
M. Stéphane Viry

Excusés. – M. Thibault Bazin, Mme Sophie Pantel, Mme Céline Thiébault-Martinez