

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 des affaires sociales

- Audition de M. Bernard Lejeune, président de la sixième chambre de la Cour des comptes, sur les rapports sur la certification des comptes du régime général de sécurité sociale et du Conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants pour l'exercice 2025 et sur le rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale (sous réserve de son adoption par la Cour des comptes) 2
- Présences en réunion 13

Mercredi
27 mai 2026
Séance de 11 heures

Compte rendu n° 79

SESSION ORDINAIRE DE 2025-2026

**Présidence de
M. Frédéric Valletoux,
*président***



La réunion commence à onze heures.

(Présidence de M. Frédéric Valletoux, président)

La commission audition M. Bernard Lejeune, président de la sixième chambre de la Cour des comptes, sur les rapports sur la certification des comptes du régime général de sécurité sociale et du Conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants pour l'exercice 2025 et sur le rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale (sous réserve de son adoption par la Cour des comptes).

M. le président Frédéric Valletoux. La publication du rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale (Ralfss) et des rapports de certification des comptes de la sécurité sociale marque chaque année le début de nos travaux sur le projet de loi d'approbation des comptes de la sécurité sociale, que notre commission examinera la semaine prochaine.

Nous accueillons le président de la sixième chambre de la Cour des comptes pour la présentation de ces documents qui constituent un préalable aux discussions sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale, qui se tiendront à l'automne.

M. Bernard Lejeune, président de la sixième chambre de la Cour des comptes. Ma présentation s'articule autour de deux rapports : le rapport sur la certification des comptes et le Ralfss, qui traite de la situation des finances sociales, des pistes d'économies et du bilan de certaines réformes.

Depuis la crise sanitaire, les comptes de l'ensemble des branches et de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (Acoss) ont été certifiés avec réserve. Des progrès sont constatés : le nombre d'anomalies comptables et le nombre d'insuffisances d'éléments probants ont diminué, ce dernier passant de quarante-deux à trente-huit. Des anomalies ont été levées, notamment sur l'outil comptable de la branche autonomie, et une vieille dette hospitalière de la branche maladie a été apurée par décret. Des fragilités persistent néanmoins : le volume d'erreurs et de fraudes demeure trop élevé et les montants qui en résultent restent incertains.

Le cas de la branche famille mérite une attention particulière. Après un refus ou une impossibilité de certification les trois dernières années, elle retrouve en 2025 une certification avec réserves, grâce à deux phénomènes distincts. Du côté positif, la mise en place de la solidarité à la source *via* le dispositif de ressources mensuelles (DRM) a réduit de 2 points environ l'indicateur de risque résiduel (IRR) ; ce gain a justifié le retour à une certification avec réserves. Du côté négatif, la tendance de fond de l'IRR continue de se dégrader en dehors de cet effet ponctuel : la lutte contre la fraude et les processus de contrôle interne restent insuffisants. Une fois l'effet DRM absorbé, nous craignons que cette dégradation ne reprenne. Les réserves demeurent donc très fortes et notre vigilance reste entière.

Pour les autres branches, on observe des points de stabilisation ou d'amélioration, et les comptes gagnent en sincérité d'année en année. Concernant les tableaux d'équilibre et de situation patrimoniale figurant dans le Ralfss, nous avons émis un avis positif : leur fiabilité nous semble satisfaisante, et ils restituent fidèlement la situation, notamment le déficit.

Le bilan des vingt ans de certification que nous avons dressé est positif : il en ressort une amélioration de la qualité comptable et un renforcement du contrôle interne, notamment

via des indicateurs de risque financier encore fragiles et partiels, à consolider pour mieux identifier erreurs et fraudes.

J'en viens à présent à la situation financière de la sécurité sociale, qui appelle un constat sévère. Le déficit est passé de 10,8 milliards d'euros il y a deux ans, à 24 milliards d'euros l'année dernière, puis à 21,6 milliards d'euros en 2025. Cette dégradation devient structurelle et réclame des mesures. Aussi, j'en appelle à la représentation nationale : la situation reste encore gérable, mais si rien n'est fait, elle le sera de moins en moins. Il convient cependant de relever que l'exécution 2025 a été conforme au vote du Parlement, qui avait fixé un déficit de 22 milliards d'euros – montant que nous jugions peu ambitieux. L'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) a également été tenu grâce aux mécanismes de régulation mis en place.

La loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2026, promulguée fin décembre, visait un déficit de 17,5 milliards d'euros. Le déficit tendanciel sans mesures correctives s'élèverait à 28,7 milliards d'euros, la dérive mécanique des dépenses atteignant 5 à 6 milliards d'euros par an sous l'effet d'un ensemble de facteurs, notamment le vieillissement de la population et les évolutions thérapeutiques. Un niveau initial d'économies de l'ordre de 9 milliards d'euros avait été envisagé ; le vote final l'a ramené à un peu plus de 2 milliards d'euros, centrés principalement sur les médicaments. Le déficit attendu s'établit à 19,4 milliards d'euros, principalement grâce à une augmentation des recettes et à un transfert de l'État de 4 milliards d'euros – une mesure qui ne saurait être reconduite chaque année. Une reprise de la dette à court terme de l'Acoss vers la Caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades) a également été opérée en 2026, profitant d'une marge de 15 milliards d'euros.

Nous ne considérons pas l'objectif de 19,4 milliards d'euros comme assuré. Des évolutions sur la contribution sociale généralisée (CSG) et certaines dépenses sont déjà observées, estimées à 1,2 milliard d'euros par le comité d'alerte. Surtout, en intégrant des hypothèses modérées sur l'impact de la crise géopolitique, nous évaluons un dépassement de 3 milliards d'euros pour 2026 et de 5 milliards d'euros pour 2027. Partant de 19,4 milliards d'euros, le déficit 2026 dépassera très probablement 20 milliards d'euros.

La trajectoire votée jusqu'en 2029 prévoit une dégradation de 19,4 à 23 milliards d'euros de déficit, mais en supposant un effort annuel de 4 milliards d'euros d'économies, qui reste à documenter. Pour atteindre l'équilibre en 2030, il faudrait ajouter 6 milliards d'euros par an supplémentaires, soit un redressement total de 10 milliards d'euros annuels – sans tenir compte des chocs géopolitiques. Nous nous plaçons donc en situation d'alerte.

Nos rapports comportent des pistes : 20 milliards d'euros d'économies identifiées sur l'assurance maladie, des leviers sur les retraites, les niches sociales et les allègements généraux. Des pistes de recettes, hors niches, ne sont pas proposées explicitement, chacun étant en mesure de calculer le rendement de 1 point de CSG, ce qui relève de choix politiques. Sans un effort de 10 milliards d'euros par an, la situation deviendra bien plus difficile dans des secteurs aussi sensibles que la santé, les retraites et l'autonomie – dont l'impact massif ne se fera pleinement sentir qu'à partir de 2030.

L'Ondam a été tenu en 2025, légèrement sous-exécuté, grâce à l'intervention du comité d'alerte en avril 2024 et aux mesures d'économies qui s'en sont suivies. Ces économies ont cependant pesé lourdement sur les réserves des établissements de santé et médico-sociaux, dont le déficit atteint encore environ 2,5 milliards d'euros. L'Ondam 2026 a été voté à 274 milliards d'euros, soit une progression de 3,3 %, suivie d'un ralentissement à

2,9 % pour 2027-2029, à la faveur de 4 milliards d'euros d'économies qui, je l'ai souligné, restent à documenter.

Nous considérons l'Ondam comme un outil utile. Nous relevons néanmoins trois faiblesses majeures : un cadrage pluriannuel non fondé sur des données épidémiologiques et démographiques ; une construction annuelle manquant de transparence sur les hypothèses ; un suivi infra-annuel insuffisant par l'exécutif. Nous préconisons d'étaler davantage les revalorisations conventionnelles, en prévoyant des mécanismes de régulation si les contreparties ne sont pas respectées.

Je souhaite maintenant évoquer les pistes d'économies que nous avons examinées. Parmi elles, les franchises et les participations forfaitaires ont particulièrement retenu notre attention. Elles représentent 2,3 milliards d'euros de recettes en 2025. Nous nous montrons dubitatifs sur leur effet de responsabilisation des assurés, trop complexe pour être compris, mais reconnaissons leur contribution à l'équilibre financier. Deux leviers sont identifiés : améliorer le recouvrement, dont le taux est tombé à 78 % depuis 2020, en mettant en place un prélèvement bancaire ou une procédure de contrainte, ce qui représenterait 500 millions d'euros supplémentaires par an ; élargir le périmètre en incluant les chirurgiens-dentistes, les dispositifs médicaux, Mayotte et certains régimes spéciaux, pour un gain de 600 millions d'euros. Actionner ces deux leviers permettrait d'espérer 1,1 milliard d'euros d'économie.

Les soins dentaires font également l'objet de recommandations. Le 100 % Santé a réduit le reste à charge sur les prothèses de 25 % à 12 %, et la prévention ciblée sur les jeunes a progressé. En revanche, le rapport entre soins conservateurs et soins de prévention n'a pas évolué. Il convient de faire des soins conservateurs une priorité conventionnelle, de réduire les déserts de praticiens, de lutter contre les fraudes et les refus de soins, et d'actualiser les recommandations de la Haute Autorité de santé (HAS), qui sont très anciennes, notamment en orthodontie.

Les transports de patients constituent un autre poste préoccupant, avec un coût de 6,15 milliards d'euros en 2024, dont 640 millions d'euros de fraudes, soit plus de 10 %. L'assurance maladie vise 300 millions d'euros d'économies d'ici 2027, ce que nous jugeons insuffisant. Il faut revoir le périmètre de prise en charge, très large en comparaison de pays comme la Belgique, mieux contourner l'offre de transport, intégrer les coûts dans les budgets hospitaliers, développer les plateformes de commande centralisées et lutter contre la fraude par géolocalisation et facturation électronique.

Quant aux hospitalisations inadéquates, nos travaux établissent que 30 000 patients par jour occupent des lits d'hôpital alors qu'ils n'en ont plus besoin – le plus souvent des personnes âgées ou en grande précarité sociale, faute de solutions en aval. Ce dispositif inadapté bloque des lits et met les services sous pression, et le coût de ces 30 000 lits est de 5,6 milliards d'euros. Remédier à cette situation permettrait une économie nette de 3,2 milliards d'euros en incluant le financement des solutions d'aval.

Enfin, nous avons dressé le bilan de plusieurs réformes récentes. La revalorisation des petites pensions de 2023 promettait 85 % du Smic pour une carrière complète ou à 67 ans. En réalité, le gain maximal s'élève à 66 euros par mois pour les nouveaux retraités et le gain moyen est seulement de 30 euros. Pour les 1 600 000 retraités dont la pension a déjà été liquidée, le calcul sur des bases de données anciennes a généré des retards de versement et des trop-perçus. Le Gouvernement a finalement renoncé à recouvrer ces indus, pour un montant estimé à 115 millions d'euros.

Au passage, permettez-moi une remarque : nous avons peiné à restituer cette réforme dans notre rapport, tant elle est d'une invraisemblable complexité. Comment imaginer que les personnes touchant de petites pensions, qui sont parmi nos concitoyens les plus fragiles, puissent appréhender cette complexité ? Celle-ci entraîne un déficit d'information et explique en grande partie le bilan mitigé de cette réforme. Aussi, nous vous en conjurons : faites simple !

M. le président Frédéric Valletoux. En l'occurrence, nous n'avons pas oublié dans quelles conditions cette réforme a été votée et que son texte avait été rédigé par le Gouvernement.

M. le président de la sixième chambre de la Cour des comptes. Je ne cherche pas à faire des reproches, et ma remarque n'en reste pas moins valable, de manière générale.

Deuxième réforme récente examinée, celle du compte professionnel de prévention, en vigueur depuis 2017, qui prévoit que les employeurs déclarent les salariés exposés à des facteurs de pénibilité pour leur attribuer des points. Le dispositif exclut toujours les risques ergonomiques ; 830 000 expositions ont été déclarées. Son coût, en croissance exponentielle, atteindra 1 milliard d'euros par an en 2060. Le système est propice à la fraude : les déclarations sont aisées, les contrôles inexistantes depuis le transfert de gestion de la Caisse nationale d'assurance vieillesse (Cnav) vers la branche accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP), et ni l'employeur ni le salarié n'ont intérêt à en freiner le recours. Nous proposons de nous inspirer des modèles étrangers : les partenaires sociaux négocieraient par branche la liste des métiers pénibles, et les ressources seraient fléchées vers la reconversion et la formation, sous contrainte budgétaire.

Enfin, la multiplicité des réformes pesant sur la Caisse nationale des allocations familiales (Cnaf) – dix-sept réformes entre 2014 et 2025 – et sur la Cnav – deux réformes majeures des retraites –, a dégradé les délais de traitement et l'information aux assurés. Les systèmes d'information, incapables d'absorber ces évolutions dans les délais, contraignent parfois les agents à saisir des données manuellement sur des tableurs, générant des risques d'erreurs et retardant la modernisation informatique. Le coût de cette multiplication des réformes se chiffre en centaines de millions d'euros. C'est la raison pour laquelle nous proposons que le Parlement soit systématiquement informé du bilan de mise en œuvre de chaque réforme.

M. le président Frédéric Valletoux. Je vous remercie. J'aimerais vous poser quatre questions.

Comment la Cour des comptes analyse-t-elle l'estimation par l'Acoss de la fraude des employeurs du secteur privé à 5,3 milliards d'euros, en hausse depuis le chiffre de 4 milliards d'euros pour 2024 ?

Malgré les constats sur la fragilité et la vétusté des systèmes d'information, les rapports ne font pas mention de l'intelligence artificielle. Des progrès ou de nouveaux risques liés à l'intelligence artificielle (IA) pour les réseaux des branches ont-ils été identifiés ?

Concernant les soins dentaires, les évaluations et tarifications de la HAS sont régulièrement pointées comme trop lentes à actualiser ; une réflexion sur le modèle d'évaluation ne s'imposerait-elle pas ?

Enfin, comment faire évoluer à court terme les règles sur les transports de patients sans provoquer de renoncements aux soins ?

M. le président de la sixième chambre de la Cour des comptes. Le périmètre de 5,3 milliards d'euros calculé par l'Acoss est partiel. Dans son évaluation globale, la Cour des comptes avait estimé la fraude à 8,5 milliards d'euros – le chiffre date de 2019 mais l'ordre de grandeur reste le même. Certains pans, comme la partie hospitalière pour la Caisse nationale de l'assurance maladie (Cnam), ne sont pas calculés. Un point positif toutefois : l'Acoss est l'organisme qui traite le mieux la fraude, avec 1,5 milliard d'euros récupérés.

Des travaux utilisant l'IA apparaissent, notamment pour les contrôles de certification. Deux usages sont à distinguer : les agents conversationnels facilitant les démarches des patients, et le traitement des bases de données pour la lutte contre la fraude et les erreurs. L'utilisation de l'IA pourrait y être bien plus poussée que le niveau actuel, qui reste encore en deçà de l'optimal.

Concernant la HAS et les soins dentaires, deux entrées sont possibles : une approche organique sur la manière dont la HAS traite ces sujets, ou une approche thématique sur les points de faiblesse de la tarification, problématique qui se pose également à l'hôpital. Pour les transports de patients, nous n'avons pas formulé de recommandations sanitaires précises, mais les économies les plus importantes se trouvent dans une révision du périmètre de prise en charge. La France offre une couverture très large au regard de pays comme la Belgique, et un resserrement ciblé est envisageable sans supprimer le droit au recours.

M. Thibault Bazin, rapporteur général. L'exercice 2025 a été extraordinaire, tant dans sa préparation – avec les péripéties conduisant à une publication de la LFSS le 28 février seulement – que dans son exécution, notamment avec le premier respect de l'Ondam depuis 2019, grâce à un déclenchement de l'alerte lui-même inédit depuis 2007.

La Cour des comptes, dans son acte de certification des comptes de l'Acoss, souligne que le plan de contrôle unifié prévu par la réglementation depuis 2013 n'est toujours pas formalisé pour certaines activités : quelles explications peut-on donner ? Pourquoi l'assurance maladie n'enregistre-t-elle pas de passif pour les séjours hospitaliers non terminés au 31 décembre ? Pour ce qui est du suivi des indemnités journalières injustifiées, les progrès annoncés semblent insuffisants.

Concernant la branche famille, je m'inquiète de lire dans le rapport les remarques sur l'insuffisance du suivi de l'ouverture ou du maintien d'indemnités journalières injustifiées sur le plan médical. Par ailleurs, l'aléa de versements à tort en raison du contrôle non exhaustif des agréments d'assistantes maternelles, que vous évoquez, a-t-il été chiffré ? Des améliorations sont-elles prévues en 2026 sur l'interfaçage avec l'Agence de recouvrement et d'intermédiation des pensions alimentaires (Aripa) ?

À propos de la branche vieillesse, la Cour des comptes indique que près d'une prestation légale sur neuf comporterait une erreur financière.

Enfin, la direction comptable et financière de la branche autonomie n'ayant été installée qu'en 2025, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) a-t-elle exprimé sa volonté de renforcer les contrôles sur les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) et les départements entendent-ils mieux identifier les risques sur l'allocation personnalisée d'autonomie ?

J'en termine par les recettes et l'équilibre. Avant toute chose, j'aimerais faire remarquer que le Ralfss fait état d'une augmentation toujours plus forte des dépenses que des recettes, malgré les mesures favorisant la hausse de celles-ci – voilà pour la fameuse austérité que croient voir certains.

J'en viens à mes questions. La surestimation récurrente des prévisions de recettes relève-t-elle selon la Cour des comptes d'un optimisme politique ou bien d'une obsolescence des modèles ? Les dérogations à la loi Veil sur les compensations par l'État représentaient 5,5 milliards d'euros pour 2024 : où en est-on sur le dernier exercice clos ? Quel jugement porter sur le premier exercice autorisant l'Acoss à emprunter sur deux ans ?

Du côté des dépenses, le premier déficit de la branche AT-MP depuis 2013 est-il le signe qu'il faut cesser d'y puiser ? À propos des franchises, quelle cause attribuer à la baisse du taux de recouvrement et comment le législateur peut-il faciliter la mise en œuvre du prélèvement bancaire direct et de la procédure de contrainte ? Un mécanisme de régulation tarifaire sur les soins dentaires, calqué sur celui prévu pour la biologie médicale, ne conduirait-il pas à des ajustements tarifaires uniformes défavorables à une tarification des soins adaptée ? Enfin, le 100 % Santé a-t-il eu un effet positif observable sur la fraude détectée dans les néo-centres de santé dentaires ?

M. le président de la sixième chambre de la Cour des comptes. À propos de l'Acoss et du plan de contrôle unique, la situation progresse et l'intensité de nos réserves diminue d'année en année, même si le rythme reste trop lent.

Pour les séjours hospitaliers non terminés, la comptabilité d'engagement exige des rattachements d'exercice qui ne peuvent être fournis dans les délais, faute d'une clôture suffisamment rapide des comptes hospitaliers. La Cnam objecte que l'effet est globalement neutre d'une année sur l'autre, ce qui est numériquement exact mais comptablement insuffisant.

Quant aux conditions de résidence, une vérification tous les deux ans paraît insuffisante et des paiements à mauvais escient peuvent en résulter. Des progrès doivent encore être faits s'agissant des versements qui seraient effectués à tort au titre du complément du libre choix de mode de garde, dont le chiffrage n'a pas été réalisé par Pajemploi.

Le nouveau dispositif informatique de l'Aripa doit démarrer en 2026, avec un déploiement sur trois ans, illustrant la longueur habituelle de tels chantiers. Pour la branche vieillesse, le taux d'erreur supérieur à 10 % est préoccupant, mais l'impact financier n'est que de 1 % – ce qui limite la gravité de la situation sur le plan des comptes. À la CNSA, des efforts ont été accomplis sur l'organisation comptable, mais la branche ne dispose d'aucun réseau local et n'a pas autorité sur les MDPH, qui prescrivent des prestations sans les payer. Ce circuit est extrêmement fragile et potentiellement fraudogène.

En matière de prévisions macroéconomiques, le Haut Conseil des finances publiques les qualifie régulièrement de « légèrement optimistes » tout en les jugeant « possibles ». Il en résulte une surestimation de la TVA et des cotisations sociales qui crée une impasse de 2,9 milliards d'euros, compensée cette année par les produits de santé et les atténuations de recettes. Nous avons estimé les allègements généraux à 5,5 milliards d'euros l'an dernier mais ne les avons pas recalculés cette année ; c'est à l'exécutif de mettre ces données à jour.

L'autorisation faite à l'Acoss d'emprunter à deux ans permettra d'atteindre 15 milliards d'euros de financement à plus de douze mois, ce qui est utile, sans pour autant résoudre un déficit cumulé qui devrait atteindre 120 à 150 milliards d'euros.

Enfin, la sous-déclaration est une réalité dans la branche AT-MP. Nous estimons la réévaluation nécessaire à 1,6 milliard d'euros.

M. le président Frédéric Valletoux. Nous en venons aux interventions des orateurs des groupes.

Mme Joëlle Mélin (RN). Les rapports de certification détaillent, pour les cinq branches, des anomalies significatives, voire stupéfiantes, qu'elles soient comptables ou liées à des éléments probants. La faiblesse du contrôle interne, liée aux systèmes d'information obsolètes et à des décisions législatives trop nombreuses et trop hâtives, conduit à une mauvaise appréciation des risques financiers résiduels et à un pilotage budgétaire défaillant. À cet égard, le tableau de suivi de l'évolution des indicateurs est édifiant : il révèle des améliorations dans moins de 20 % des cas – notamment sur la branche famille grâce au DRM et sur les remboursements de frais de santé –, une stagnation sur la branche maladie et le recouvrement, mais surtout une dégradation des risques sur les branches famille et vieillesse, soit plus de la moitié des paramètres.

Les comptes de la sécurité sociale sont hors de contrôle. S'entêter à résoudre un problème budgétaire portant sur 753 milliards d'euros de produits et 628 milliards d'euros de charges, par des coups de rabot sur les deux domaines où il y a des intermédiaires entre l'utilisateur et les caisses – à savoir les soignants de ville, l'hôpital et les établissements médico-sociaux – alors que ces intervenants sont déjà à bout de souffle, c'est, pardonnez-moi l'expression, à la limite du pathétique. N'est-il pas urgent de remettre en question le fonctionnement de l'ensemble du système ?

Mme Annie Vidal (EPR). La dynamique positive de la certification cette année est à souligner, en dépit des réserves persistantes. Quelles mesures permettraient d'atteindre une certification sans réserve ?

Le Ralfss dresse un constat inquiétant, que je partage, sur le déficit des régimes de la sécurité sociale, qui a doublé en deux ans : il n'est plus la conséquence d'une crise sanitaire, il est devenu structurel. Dans ce contexte, quels sont les leviers que la Cour des comptes considère comme prioritaires pour atteindre cet indispensable retour à l'équilibre ?

Enfin, le vieillissement de la population pèse fortement sur les déficits *via* les pensions et les coûts de santé ; quelles orientations recommandez-vous pour développer une offre graduée répondant aux aspirations des personnes âgées, notamment le maintien à domicile, tout en maîtrisant la trajectoire de la branche autonomie ?

M. Jérôme Guedj (SOC). La sécurité sociale paie en partie pour des crises exogènes, mais aussi pour des réformes non financées. La Cour des comptes l'a rappelé à plusieurs reprises : le Ségur de la santé, absolument nécessaire pour mieux rémunérer les personnels hospitaliers, n'a pas été financé et s'est fait au détriment de la trajectoire de l'Ondam, sans recettes dédiées.

La crise des finances sociales est d'abord, mais pas uniquement, une crise des recettes. À cet égard, peut-on envisager de mieux cibler les allègements généraux, voire d'y

assortir des contreparties ? Sur les niches et compléments de salaire, le Conseil des prélèvements obligatoires avait prolongé ce travail l'an passé. Un exemple saisissant : 145 personnes dont le revenu fiscal dépasse 2 millions d'euros ont perçu 1,6 milliard d'euros de distributions gratuites d'actions, soit en moyenne 11 millions d'euros par personne, sans être soumises au droit commun du financement de la sécurité sociale. Confirmez-vous la nécessité d'une remise à plat totale de ces compléments de salaire ?

Du côté des dépenses, le coût net des hospitalisations inadéquates, évalué à 3,2 milliards d'euros, est en contradiction flagrante avec le gel de 400 millions d'euros de dépenses de la branche autonomie pour les établissements médico-sociaux : on prive l'offre alternative de financement tout en déplorant l'engorgement hospitalier.

Enfin, le focus sur la réforme des petites pensions est bienvenu. Le gain annoncé de 100 euros n'a jamais existé : il était de 30 euros en moyenne, comme nous nous y attendions, et la communication officielle était bien éloignée de la réalité.

Mme Danielle Simonnet (EcoS). Faut-il adapter la prise en charge des besoins aux recettes ou bien adapter les recettes aux besoins ? Cette question, à mon sens, forme le cœur du débat.

La forte augmentation des dépenses liées aux transports s'explique aussi par la fermeture d'hôpitaux de proximité, la désertification médicale et la fermeture de centres de santé, qui augmentent mécaniquement les besoins. Rogner sur ce poste pénalise des chauffeurs de taxi en zones rurales et périurbaines dont les courses conventionnées représentent parfois 90 % des recettes. La Cour des comptes a-t-elle évalué le potentiel de recettes que représenterait la lutte contre l'ubérisation et la promotion du salariat dans ce secteur ?

La santé environnementale constitue un angle mort du rapport de la Cour des comptes, alors que les enjeux financiers sont vertigineux – les substances per- ou polyfluoroalkylées (Pfas) coûteraient 6 milliards d'euros par an, les perturbateurs endocriniens 4 milliards d'euros, la pollution aux particules fines 13 milliards d'euros, la pollution à l'oxyde d'azote 4 milliards d'euros, le cadmium au minimum 2,6 milliards d'euros, sans compter les pesticides. Que recommande la Cour des comptes à ce sujet ?

Mme Sylvie Bonnet (DR). La Cour des comptes constate que la situation n'est plus soutenable sans réforme structurelle rapide. Le retour à l'équilibre en 2030 nécessiterait un effort supplémentaire d'environ 6 milliards d'euros par an, s'ajoutant aux économies déjà programmées. Tous les acteurs doivent y contribuer, mais nous devons veiller à ne pas laisser de côté les plus fragiles, notamment les personnes âgées et les personnes en situation de handicap.

À propos des hospitalisations inadéquates, la Cour des comptes préconise le développement de l'hospitalisation à domicile, des alternatives médico-sociales et une meilleure coordination territoriale. Nous partageons ces recommandations, mais les déserts médicaux ne permettent malheureusement pas le développement de l'ambulatoire et des hospitalisations à domicile.

Enfin, nous avons récemment voté une loi pour renforcer la lutte contre les fraudes et nous espérons qu'elle sera vite appliquée afin que les économies réalisées permettent de mieux accompagner ceux qui en ont réellement besoin.

M. Jean-Carles Grelier (Dem). Depuis des années, la Cour des comptes alerte sur la trajectoire mortifère des comptes sociaux. La Cades est aujourd'hui au maximum de sa capacité d'amortissement. La capacité d'emprunt de l'Acoss est passée de 15 milliards d'euros par an à 83 milliards d'euros dans la LFSS 2026. Le risque que l'État, sous la pression du service de sa propre dette, ne soit plus en mesure de reverser à la sécurité sociale la fraction de TVA qui lui est affectée est réel.

Peut-on échapper dans les prochaines années à une cessation des paiements de la sécurité sociale ? Une prorogation de la durée d'amortissement de la Cades est-elle inévitable ? Ne serait-il pas utile de créer une caisse de défaisance de la dette des hôpitaux, sur le modèle de ce qui a été fait pour le Crédit lyonnais ou la SNCF, qui permettrait de reprendre quelque 30 milliards d'euros de dette hospitalière, garantie par le patrimoine non hospitalier des établissements, sans inscrire de nouvelle ligne budgétaire ?

M. François Gernigon (HOR). Pour la première fois depuis 2022, la Cour des comptes certifie l'ensemble des comptes du régime général. Le retour d'une certification de la branche famille, après trois exercices d'impossibilité de certifier, mérite d'être salué. Cette amélioration doit beaucoup au DRM, qui génère, selon la Cnaf, une économie de plus de 1 milliard d'euros par an sur la prime d'activité et le RSA.

Mais le rapport signale également une alerte : les contrôles sur place des caisses d'allocations familiales ont chuté de 9 % en 2023, après une baisse de 46 % entre 2019 et 2022, ce qui réduit la détection des indus. Pour ce qui est de la fraude, le chiffre de 5,3 milliards d'euros d'employeurs, en hausse de plus de 25 %, s'ajoute à 3,4 milliards d'euros d'erreurs résiduelles sur les remboursements, et le travail totalement dissimulé reste non quantifiable.

Peut-on vraiment se réjouir d'une certification retrouvée pour la branche famille quand les contrôles sur place ont été divisés par deux en cinq ans ? Cette certification tiendra-t-elle si la tendance se poursuit ? Que faudrait-il très concrètement pour disposer enfin d'une évaluation fiable du travail totalement dissimulé ?

M. Yannick Monnet (GDR). Ces rapports sont aussi intéressants qu'incomplets et, à mon sens, le travail reste à faire. En effet, quel est le sens d'évaluer des politiques sociales, et notamment celles de la sécurité sociale, sans prendre en compte leur capacité à répondre aux besoins auxquels elles sont censées répondre ? Autrement dit, se féliciter du ralentissement de l'Ondam sans se demander si l'accès aux soins s'en est trouvé amélioré n'est guère utile lorsque l'on sait qu'un Français sur dix renonce à se soigner. L'Ondam n'est pas un bon outil puisqu'il ne prend jamais en compte les besoins réels de santé ; l'objectif est artificiel, et l'on s'étonne ensuite des dépassements.

Les recommandations de la Cour des comptes vont toutes dans le sens d'une réduction des dépenses : c'est une manière de trancher politiquement la crise de la sécurité sociale, que l'on pourrait envisager, c'est mon cas, d'abord comme une crise de recettes.

Quant à la dette, la Cades arrive à saturation et l'Acoss doit emprunter sur les marchés financiers, ce qui coûte cher. Ne faudrait-il pas réintégrer cette dette dans les comptes de l'État pour la faire « rouler » à moindre coût ?

M. le président de la sixième chambre de la Cour des comptes. Le choix entre financement par les recettes ou par les économies de dépenses est en effet d'ordre politique.

Mais nos rapports ne sont pas politiques ; ils se contentent d'identifier des leviers. Augmenter les recettes n'est pas la solution la plus difficile à mettre en œuvre ; réaliser des économies l'est davantage. M. Guedj rappelait à juste titre que lorsque le déficit est descendu vers 10 ou 12 milliards d'euros en 2023, on butait sur le socle non financé du Ségur. Cette dépense, admise par tous, aurait pu justifier une recette dédiée, comme 1 point de CSG. Mais le déficit structurel de 5 à 6 milliards d'euros par an est indépendant du Ségur et résulte du vieillissement de la population : ajouter 1 point de CSG chaque année est un choix strictement politique, qui relève du Parlement. Pour notre part, nous avons préféré présenter des pistes d'économies.

L'Ondam est le moins mauvais outil disponible. Nous partageons le constat selon lequel il ne doit pas servir qu'à faire des économies par ajustements uniformes, et préconisons qu'il soit calculé en intégrant des données épidémiologiques et de vieillissement. Mme Mélin suggère de remettre en question l'ensemble du fonctionnement du système ; la Cour des comptes s'en tient au cadre existant, dans lequel elle cherche des marges d'amélioration.

Pour obtenir une certification sans réserve, il faudrait atteindre le niveau de rigueur propre aux commissaires aux comptes privés. Des progrès réels sont accomplis – le passage de quarante-deux à trente-huit incertitudes est significatif. Les pistes pour un retour à l'équilibre abondent dans nos rapports ; le problème est la volonté de les mettre en œuvre.

À propos du maintien à domicile et de la branche autonomie, nous présenterons prochainement un rapport demandé par le Sénat. Cette branche va mécaniquement exploser à partir de 2030, et le tout-domiciliaire a ses limites : un surcoût de 5 milliards d'euros au minimum est à prévoir.

Nous avons suggéré de cibler davantage les allègements généraux sur l'emploi non qualifié, en dégageant des marges sur les tranches supérieures. Lorsque le Gouvernement a proposé 2 milliards d'euros d'économies, nous avons estimé préférable de les trouver sur ces allègements plutôt que sur les réserves hospitalières. Les niches sociales ont été intégralement documentées dans nos travaux. Le gel des 400 millions d'euros pour le médico-social est une source d'inquiétude partagée : priver l'offre alternative de financement aggrave les situations d'hospitalisation sans solution de sortie.

La santé environnementale est un sujet que nous essayons d'aborder, en collaboration avec la deuxième chambre de la Cour des comptes, chargée de l'environnement, et avec l'Académie nationale de médecine. La difficulté est d'établir des certitudes scientifiques sur le lien entre facteurs environnementaux et coûts de santé, sans lesquelles aucun chiffrage ne peut être avancé de manière absolument certaine.

Une cessation de paiement de la sécurité sociale ne nous semble pas crédible. En revanche, la Cour des comptes préconise une prorogation de la Cades à la condition d'un retour à l'équilibre : le principe fondateur de la sécurité sociale est l'équilibre et la solidarité entre générations et entre bien-portants et malades. Une Cades permanente reviendrait à rendre définitive la contribution pour le remboursement de la dette sociale), actuellement de 250 euros par an pour un salarié dont la rémunération est de 2 000 euros bruts par mois. Quant à la suggestion d'une caisse de défaisance de la dette hospitalière, j'observe que des reprises de dette ont déjà eu lieu par le passé, mais que la dette a redémarré.

Enfin, concernant la lutte contre la fraude, si les contrôles sur place continuent de se réduire, la branche famille risque de retomber dans la non-certification – c'est une alerte ferme à l'intention de la Cnaf.

M. le président Frédéric Valletoux. Il me reste à vous remercier, monsieur le président, pour vos réponses.

La réunion s'achève à douze heures cinquante.

Présences en réunion

Présents. – Mme Audrey Abadie-Amiel, M. Laurent Alexandre, Mme Ségolène Amiot, Mme Ancha Bamana, M. Thibault Bazin, Mme Anaïs Belouassa-Cherifi, M. Christophe Bentz, Mme Sylvie Bonnet, M. Elie Califer, M. Hadrien Clouet, M. Hendrik Davi, Mme Sandrine Dogor-Such, Mme Stella Dupont, M. Gaëtan Dussausaye, M. Jérôme End, M. Olivier Fayssat, M. Guillaume Florquin, M. Thierry Frappé, Mme Martine Froger, Mme Marie-Charlotte Garin, M. François Gernigon, Mme Sabine Gervais, Mme Océane Godard, M. Jean-Carles Grelier, Mme Justine Gruet, M. Jérôme Guedj, Mme Zahia Hamdane, M. Alim Latrèche, M. Didier Le Gac, Mme Christine Le Nabour, Mme Élise Leboucher, M. René Lioret, Mme Brigitte Liso, Mme Christine Loir, M. Pierre Marle, Mme Joëlle Mélin, M. Thomas Ménagé, Mme Joséphine Missoffe, M. Christophe Mongardien, M. Serge Muller, M. Jean-Philippe Nilor, Mme Agnès Pannier-Runacher, Mme Mathilde Panot, M. Sébastien Peytavie, Mme Sandrine Rousseau, M. Jean-François Rousset, Mme Sandrine Runel, M. Arnaud Simion, Mme Danielle Simonnet, M. Nicolas Turquois, M. Frédéric Valletoux, Mme Annie Vidal, M. Stéphane Viry

Excusés. – Mme Béatrice Bellay, M. Éric Michoux, M. Emmanuel Taché, M. Roger Vicot

Assistaient également à la réunion. – M. Arthur Delaporte, M. Steevy Gustave, M. Yannick Monnet, M. Nicolas Tryzna