

N° 2859

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

DIX-SEPTIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 2 juin 2026

RAPPORT

FAIT

AU NOM DE LA COMMISSION D'ENQUÊTE *visant à lever les incertitudes budgétaires
en matière de sécurité sociale,*

Présidente

MME ANNIE VIDAL

Rapporteure

MME JOËLLE MÉLIN

Députées

**TOME I
RAPPORT**

Voir les numéros : 2067 et 2188.

La commission d'enquête visant à lever les incertitudes budgétaires en matière de sécurité sociale est composée de : Mme Annie Vidal, présidente ; Mme Joëlle Mélin, rapporteure ; M. Thibault Bazin ; Mme Anne Bergantz ; M. Théo Bernhardt ; M. Benoît Blanchard ; M. Louis Boyard ; M. Bérenger Cernon ; M. Hendrik Davi ; M. Jocelyn Dessigny ; Mme Nicole Dubré-Chirat ; M. Gaëtan Dussausaye ; M. Marc Ferracci ; Mme Marie-Charlotte Garin ; Mme Félicie Gérard ; M. Jérôme Guedj ; M. David Magnier ; M. David Magnier ; Catherine Ibled (à compter du 7 janvier 2026) ; Mme Joëlle Mélin ; M. Éric Michoux ; M. Paul Midy ; Mme Sophie Pantel ; M. Jean-François Rousset (jusqu'au 6 janvier 2025) ; Mme Sandrine Runel ; M. Jean-Philippe Tanguy ; Mme Céline Thiébault - Martinez ; M. Nicolas Tryzna (à compter du 19 décembre 2025) ; Mme Annie Vidal ; M. Stéphane Viry.

SOMMAIRE

| | Pages |
|--|-------|
| AVANT-PROPOS DE LA PRÉSIDENTE | 9 |
| INTRODUCTION | 15 |
| PREMIÈRE PARTIE – COMPRENDRE SUCCESSIVEMENT LA SITUATION COMPTABLE, BUDGÉTAIRE ET FINANCIÈRE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE SUPPOSE DE SAISIR LES PRINCIPES DE SA GESTION | 19 |
| A. UNE HISTOIRE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE PAR SES MÉCANISMES DE GESTION, UNE CLEF INDISPENSABLE POUR SAISIR LES DIFFICULTÉS ACTUELLES DE GOUVERNANCE | 19 |
| 1. Le développement d'un « langage de comptable » dans le champ de la sécurité sociale..... | 20 |
| 2. Comprendre le tournant « gestionnaire » par les instruments utilisés : la production comptable..... | 24 |
| 3. De la gestion comptable à la politique de performance, la naissance d'une gouvernance « ambiguë » de la sécurité sociale matérialisée par les conventions d'objectifs et de gestion | 30 |
| 4. Auditer et certifier ne garantit pas une gestion performante..... | 37 |
| B. CONTRÔLER, AUDITER ET CERTIFIER SONT D'INDISPENSABLES ÉTAPES DANS LA RECHERCHE DE LA QUALITÉ DE GESTION, QUI PRÉSENTENT POURTANT DE RÉELLES LIMITES | 43 |
| 1. Un bilan critique de la certification après la crise sanitaire : « <i>liturgie, léthargie, litanie</i> »..... | 43 |
| 2. Un contrôle interne encore marqué par de multiples imperfections, source des incertitudes : la grande responsabilité des systèmes d'information | 51 |
| 3. La protection sociale informatisée, la création d'une dépendance réelle à une technique en constante évolution | 57 |

| | |
|---|----|
| DEUXIÈME PARTIE – EN DÉPÎT DES EFFORTS DE FIABILISATION DES COMPTES ET D’AMÉLIORATION DE LA GESTION, LES LOIS DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE NE PERMETTENT PAS D’APPRÉCIER CORRECTEMENT LE DÉFICIT DE NOTRE MODÈLE SOCIAL | 69 |
| A. LES INCERTITUDES DÉCOULENT PARTIELLEMENT DU PÉRIMÈTRE DU BUDGET DE LA SÉCURITÉ SOCIALE | 69 |
| 1. L’absence d’identité entre le périmètre des lois de financement et celui des administrations de sécurité sociale brouille le diagnostic sur la situation financière des comptes sociaux..... | 69 |
| a. Un périmètre des lois de financement de la sécurité sociale qui ne couvre qu’une partie des dépenses de protection sociale..... | 69 |
| i. Le cadre organique, les régimes obligatoires de base de sécurité sociale comme unité du vote parlementaire..... | 69 |
| ii. L’agrégat des administrations de sécurité sociale : un périmètre plus large, retenu par la comptabilité nationale..... | 70 |
| iii. Une dichotomie source de confusion pour le législateur..... | 72 |
| b. Des débats anciens au sujet de l’extension du périmètre des lois de financement.. | 74 |
| i. Les recommandations de la Cour des comptes..... | 74 |
| ii. Des préconisations convergentes du Haut Conseil du financement de la protection sociale..... | 75 |
| c. La réforme organique de 2022, un compromis au milieu du gué..... | 76 |
| 2. L’intégration de la Caisse d’amortissement de la dette sociale au périmètre des administrations de sécurité sociale, un excédent comptable qui masque la réalité du déficit social..... | 78 |
| a. Les ressources de la Caisse d’amortissement de la dette sociale, un excédent structurel par construction..... | 78 |
| b. Un effet massif sur la lecture du solde des administrations de sécurité sociale..... | 79 |
| c. Le modèle de la Caisse d’amortissement de la dette sociale comme corde de rappel vers l’équilibre budgétaire est-il réellement soutenable ?..... | 83 |
| B. UN SCHÉMA DE RECETTES DEVENU OPAQUE, COMPLIQUÉ PAR DES TRANSFERTS INTERNES ET EXTERNES ILLISIBLES | 87 |
| 1. Un schéma de recettes d’une infinie complexité, dont la répartition est modifiée chaque année et qui fait perdre le sens des cotisations sociales..... | 87 |
| a. Une diversification progressive des ressources qui a bouleversé l’architecture bismarckienne originelle..... | 87 |
| b. Une fiscalisation croissante organisée en strates successives..... | 90 |
| c. Un jeu d’affectations modifié chaque année au détriment du contrôle parlementaire et de la cohérence des prélèvements..... | 93 |
| d. L’enjeu du sens, ou quand le financement fait perdre la logique de la cotisation sociale..... | 97 |

| | |
|--|------------|
| 2. La dualité des circuits de recouvrement, conséquence de la diversification des ressources et de la fiscalisation de la sécurité sociale, et source de complexité et d'incertitude comptable..... | 98 |
| a. Une répartition du recouvrement liée à la nature des prélèvements | 99 |
| b. Un mouvement de rationalisation relancé dans les années 2010, mais demeuré inachevé | 100 |
| 3. Des transferts internes et externes qui compliquent la lecture du solde des branches, en particulier pour les retraites et la famille..... | 103 |
| a. Les relations financières entre l'État et la sécurité sociale et entre les administrations de sécurité sociale elles-mêmes ne se limitent pas aux affectations de recettes..... | 103 |
| b. Un effort de transparence noyé dans une masse d'informations et insuffisamment lié au vote des textes financiers..... | 112 |
| 4. Le cas particulier des retraites de l'État, des conventions comptables qui compliquent le diagnostic du problème de financement des retraites..... | 114 |
| a. Le régime des pensions civiles et militaires, un équilibre assuré par construction . | 114 |
| b. Une surcotisation qui masque un besoin de financement considérable selon le Haut-Commissariat au Plan et M. Jean-Pascal Beaufret..... | 115 |
| c. Les critiques de cette approche émises par le Conseil d'orientation des retraites et la Cour des comptes | 119 |
| d. Ces incertitudes relatives au financement du régime des fonctionnaires appellent une clarification et une transparence accrue..... | 121 |
| C. LES DÉFAUTS D'UNE LÉGISLATION DE LA PROTECTION SOCIALE COMPLEXE ET EN CONSTANTE ÉVOLUTION | 124 |
| 1. L'extrême subtilité du schéma de prestations sociales limite la possibilité d'un contrôle interne efficace..... | 124 |
| a. Une complexité reconnue de longue date et qui n'a cessé de grandir | 124 |
| b. Des prestations sous conditions de ressources particulièrement concernées | 127 |
| 2. Des réformes technocratiques menées dans un environnement insuffisamment sécurisé..... | 130 |
| a. La contemporanéisation des aides personnelles au logement, une réforme au pas de charge qui a bousculé la Caisse nationale des allocations familiales, généré des erreurs et contribué à la non-certification des comptes de la branche | 131 |
| b. La « solidarité à la source », un changement prometteur mais tributaire de la qualité des données | 134 |
| i. Une réforme en deux volets | 134 |
| ii. Des prérequis techniques qui comportent des limites | 136 |
| 3. Outre la simplification de la gestion, un impératif de simplification normative par une harmonisation des bases ressources et un regroupement des prestations.. | 139 |
| a. L'harmonisation des bases ressources des prestations doit être approfondie bien au-delà du montant net social..... | 139 |
| b. La fusion des prestations dans une allocation globale unique..... | 142 |

| | |
|--|------------|
| D. CLARIFIER LA GOUVERNANCE DES ORGANISMES DE SÉCURITÉ SOCIALE PAR L’AFFIRMATION D’UN CHEF DE FILE DE CE SERVICE PUBLIC | 145 |
| 1. Un gouvernement dont le pilotage de la dépense sociale est réduit à des enjeux de court terme..... | 145 |
| 2. Une connaissance parlementaire à parfaire des enjeux de gestion de la sécurité sociale..... | 151 |
| a. Mieux structurer l’examen du projet de loi d’approbation des comptes de la sécurité sociale et le printemps social de l’évaluation..... | 151 |
| b. Faire intervenir le Parlement dans les conventions d’objectif et de gestion signées par l’État et les caisses nationales de sécurité sociale..... | 153 |

TROISIÈME PARTIE – RÉPONDRE À UNE EXIGENCE RÉPUBLICAINE DE JUSTICE SOCIALE EN LUTTANT CONTRE LA FRAUDE ET EN LIMITANT LES INDUS NATIONAUX COMME ÉTRANGERS

| | |
|--|------------|
| A. AU-DELÀ DE L’ENJEU BUDGÉTAIRE, LA LUTTE CONTRE LA FRAUDE SOCIALE EST UN IMPÉRATIF DE JUSTICE RÉPUBLICAINE | 157 |
| 1. La fraude est une réalité protéiforme et complexe que les pouvoirs publics ont trop longtemps négligée | 157 |
| a. Le scandale lié au retard de prise en compte du sujet de la fraude..... | 157 |
| b. Une typologie des différents cas de fraude | 161 |
| c. L’intentionnalité est difficile à établir en pratique, ce qui fait varier l’estimation du montant de la fraude..... | 163 |
| i. L’intentionnalité de la fraude est délicate à établir pour les caisses de sécurité sociale ... | 163 |
| ii. Les procédures de qualification de la fraude divergent d’une caisse à l’autre | 167 |
| 2. L’évaluation de la fraude reste un chantier largement perfectible malgré de récents progrès | 170 |
| a. Un manque à gagner évalué à 14 milliards d’euros, mais dont le périmètre reste incomplet..... | 170 |
| b. Ce montant est toutefois sous-évalué compte tenu des lacunes de périmètre et de la difficulté de distinguer entre fraude et erreur | 172 |
| 3. La fraude en bande organisée devient de plus en plus prégnante | 179 |
| a. Une sophistication croissante des schémas de fraude qui frappent au premier chef les branches maladie et recouvrement | 179 |
| b. La réponse à ce type de fraude progresse mais doit encore être renforcée..... | 183 |
| 4. L’efficacité de la lutte contre la fraude suppose une amélioration du recouvrement et une prévention accrue, massive, coordonnée et urgente | 187 |
| a. Un taux de recouvrement structurellement faible et hétérogène entre les branches | 187 |
| b. Renforcer l’effort sur la prévention sans relâcher la pression sur la détection et la répression | 190 |
| 5. La loi relative à la lutte contre les fraudes sociales et fiscales est un jalon nécessaire mais insuffisant..... | 192 |

| | |
|---|------------|
| B. LES INDUS NON FRAUDULEUX, UN RÉEL « POINT DE FUITE » POUR LES DIFFÉRENTES BRANCHES | 195 |
| 1. Une mesure classique des indus non frauduleux qui intègre plus largement la question du non-recours au droit..... | 195 |
| 2. Des efforts à intensifier afin de réduire le montant d'indus..... | 197 |
| 3. La persistance de « zones grises », sources d'incertitudes pour la branche maladie | 198 |
| C. LE CAS PARTICULIER DE LA PRISE EN CHARGE DES PRESTATIONS AU PROFIT DES BÉNÉFICIAIRES NON-AFFILIÉS AUX RÉGIMES NATIONAUX DE PROTECTION SOCIALE..... | 199 |
| 1. Ne pas dénaturer la solidarité nationale..... | 199 |
| 2. Les soins donnés aux personnes non-affiliés aux régimes nationaux..... | 205 |
| a. S'agissant de l'aide médicale de l'État | 207 |
| b. S'agissant du titre de séjour dit « étranger malade »..... | 208 |
| c. Les soins programmés..... | 209 |
| LISTE DES RECOMMANDATIONS | 215 |
| EXAMEN EN COMMISSION | 221 |
| ANNEXE N° 1 : LISTE DES PERSONNES ENTENDUES | 227 |
| ANNEXE N° 2 : LISTE DES CONTRIBUTIONS ÉCRITES | 231 |
| ANNEXE N° 3 : LISTE DES INSTITUTIONS ET PERSONNES RENCONTRÉES À L'OCCASION DES DÉPLACEMENTS | 233 |

AVANT-PROPOS DE LA PRÉSIDENTE

Qu'elles procèdent d'un vote de l'Assemblée nationale dans l'Hémicycle ou du droit de tirage dont disposent en cours de session les groupes minoritaires et d'opposition, les commissions d'enquête parlementaires ont vocation à mettre à l'épreuve des hypothèses, confronter des analyses et enrichir la compréhension collective d'un sujet d'intérêt public. Elles peuvent vérifier ou démentir des intuitions, mais jamais affirmer des convictions ni imposer des postulats. C'est la raison pour laquelle elles réunissent des députés de toutes les nuances.

La commission d'enquête qui s'achève avec le présent rapport s'est attachée au plus grand respect de ces principes, démontrant leur pertinence dans une XVII^e législature pourtant marquée par la difficulté à réunir un consensus transpartisan. C'est le jugement louangeur qu'a porté sur ses activités la ministre de l'action et des comptes publics, Mme Amélie de Montchalin, à l'issue de son audition :

« Le climat d'écoute et de travail exigeant dans lequel se déroulent les travaux de votre commission d'enquête est à l'honneur de la démocratie. Ce travail en profondeur sur des sujets aussi complexes, malgré nos divergences partisans et nos différences d'approche, honore vraiment le Parlement. La question majeure du financement de la sécurité sociale nécessitait que l'on y consacre un peu de temps. Je vous remercie de l'avoir fait. »

Ces propos sont justes. En effet, il faut saluer l'ampleur du travail accompli. Les auditions ont été nombreuses, les questionnaires écrits fouillés, les analyses approfondies. La commission d'enquête, malgré un calendrier contraint par les échéances électorales, s'est réunie à trente-trois reprises, auditionnant près de 90 personnes pendant plus de quarante-quatre heures. Encore faut-il ajouter à cela les deux déplacements effectués par la rapporteure dans les Bouches-du-Rhône et au siège de la Caisse nationale de l'assurance maladie.

À ce travail d'ampleur, la qualité n'a pas manqué. Les échanges ont atteint, parfois, des sommets de technicité, sans jamais que les questions comme les réponses manquent de cordialité. Les investigations ont avancé avec constance et régularité. C'est peu dire que le sujet méritait pareil sérieux : dans un contexte de dérapage des déficits sociaux, l'augmentation continue de l'endettement et les interrogations croissantes relatives à l'avenir du modèle français de protection sociale se doublaient d'interrogations sur la pertinence et la sincérité de son système comptable. L'enjeu confondait à la fois le suivi de centaines de milliards d'euros et la protection de dizaines de millions de citoyens. Lever le doute, dissiper les craintes, porter un regard lucide : telle était l'ambition de cette commission d'enquête.

Votre présidente, qui se trouvait garante de ses travaux, s'en félicite. Ils ont été menés avec une rigueur dont elle peut attester et, ce qui ne gâche rien, une courtoisie dont chacun a perçu les dividendes en termes de programmation des auditions, de conduite des débats, et d'ambiance générale. Le mérite en revient à l'ensemble des membres de la commission d'enquête. Il est aussi et surtout le fait de la rapporteure, qu'il faut remercier ici. Le rapport qui vient au terme de ces travaux constitue un document riche, documenté et souvent stimulant. Il met utilement en lumière un certain nombre de dysfonctionnements réels, de fragilités dangereuses et de questions lancinantes.

*

Pour autant, le rôle d'une présidente d'une commission d'enquête n'est pas seulement d'en organiser les débats et d'accompagner la publication de ses conclusions. Il consiste également, après avoir assisté à la totalité des échanges et s'être entretenue avec l'ensemble des auditionnés, à témoigner depuis un promontoire différent de l'auteur du rapport. Les mêmes éléments ont été vus ; ils ont pu être compris de la même façon ou, le cas échéant, recevoir une interprétation différente. Il convient d'en faire état auprès du lecteur. Tel est l'objet du présent avant-propos.

Les faits exposés dans le présent rapport sont exacts, argumentés, vérifiés et conformes aux éléments patiemment accumulés au cours des travaux d'enquête. Il convient de les lire sans leur attacher une logique téléologique.

Le rapport expose avec précision les difficultés observées dans la lecture et le suivi des comptes sociaux. Le lecteur prendra connaissance des faits établis et des interprétations qui peuvent les expliquer, qui s'étendent de l'erreur à la faute jusqu'à la volonté de dissimuler la réalité financière de la sécurité sociale. Une telle conclusion dépasserait ce que les travaux de la commission permettent raisonnablement d'affirmer. Il existe des lacunes, des failles, des redites, mais elles semblent bien plus logiquement découler d'une évidence : la sécurité sociale n'est pas ou plus, depuis 1945, une construction abstraite imaginée sur un tableau noir. Elle est le produit de plus de quatre-vingts années de réformes successives, de compromis sociaux, d'évolutions économiques, de changements démographiques et d'adaptations permanentes aux besoins de la population. Elle a traversé des révolutions successives comme la baisse de la natalité, la mécanisation, la fin des Trente Glorieuses, la féminisation de l'emploi, l'informatisation, la numérisation, le vieillissement de la population, pour n'en citer que quelques-unes. Toute appréciation de son fonctionnement à un instant donné doit tenir compte de cette histoire tourmentée.

Il est également fait litière d'une confusion délétère qui pouvait être redoutée au début des travaux d'enquête : l'assimilation d'incertitudes comptables à une insincérité des comptes. La distinction est effectivement essentielle.

Aucun système comptable d'envergure ne peut prétendre éliminer totalement l'incertitude. C'est plus vrai encore lorsqu'il s'agit d'un ensemble gérant plusieurs centaines de milliards d'euros de recettes et de dépenses, des dizaines de millions d'assurés, des milliers d'organismes et des flux financiers d'une extrême diversité. Les réserves formulées par les magistrats financiers et les commissaires aux comptes, les difficultés d'évaluation de certaines provisions, les imperfections du contrôle interne ou les limites des systèmes d'information constituent des éléments d'incertitude. Ils n'emportent pas, par eux-mêmes, la démonstration d'une insincérité. Celle-ci suppose une intention de tromper ou, à tout le moins, la présentation volontairement orientée d'une situation. L'incertitude, pour sa part, résulte des limites de la connaissance disponible à un moment donné. Confondre l'une et l'autre revient à faire peser sur les gestionnaires de la sécurité sociale et les administrations publiques une suspicion dont les éléments recueillis ne paraissent pas attester évidemment.

Cette distinction est illustrée par les conventions d'objectifs et de gestion. Leur succession peut laisser craindre une stratégie consistant à différer les réformes et à diluer les responsabilités. En vérité, elles sont avant tout un outil de pilotage. Leur efficacité peut être discutée, leur contenu critiqué, leurs résultats jugés insuffisants. Mais ni leur objet, ni leur effet n'a jamais été de masquer les difficultés des organismes de sécurité sociale. Bien au contraire, elles ont permis de formaliser des objectifs de performance, de modernisation ou de maîtrise des risques.

Il serait excessif de voir dans les insuffisances observées au cours des dernières décennies la preuve d'une volonté concertée de ne pas agir. Il est vrai, cependant, que certains éléments interpellent légitimement les parlementaires et interrogeront tout aussi légitimement les lecteurs. Il en va ainsi de la contribution d'équilibre versée par l'État au titre des pensions civiles et militaires, qui reçoit des interprétations différentes suivant les observateurs et les institutions, le Haut-Commissariat au Plan critiquant les analyses du Conseil d'orientation des retraites tandis que la Cour des comptes admet le caractère illisible du mécanisme retenu par l'État.

Nul ne contestera, sur ce point comme sur beaucoup d'autres, les appels répétés de la rapporteure en faveur d'une simplification. La sécurité sociale a été édifiée par strates successives. À chaque réforme se sont ajoutés de nouveaux dispositifs, de nouveaux mécanismes de financement, de nouvelles exonérations, de nouveaux transferts, de nouvelles règles de gestion et de nouveaux outils de contrôle. Cette accumulation a produit un ensemble d'une grande sophistication dont la subtilité, qui devrait être une force, constitue désormais une faiblesse. Chaque génération a tenté de répondre à ses difficultés immédiates sans toujours apprécier les effets cumulatifs de ses décisions sur l'architecture d'ensemble.

Cette perspective historique conduit à rappeler la réalité fondamentale à laquelle il faut faire face, qui dépasse largement les questions comptables et dont les difficultés financières ne sont que la conséquence : la transformation profonde de la société française depuis la Libération. Le modèle social français a été conçu

dans un pays jeune, pour une population en croissance rapide, dont l'espérance de vie était significativement plus faible qu'aujourd'hui, où le plein emploi était la norme et le chômage une exception. Les équilibres financiers reposaient sur des hypothèses démographiques radicalement éloignées de celles du deuxième quart du XXI^e siècle.

Depuis lors, la natalité a ralenti. L'espérance de vie a progressé. La population a vieilli. Le ratio entre actifs cotisants et inactifs s'est dégradé. Les besoins de santé se sont accrus sous l'effet du grand âge et des maladies chroniques. Ces évolutions pèsent mécaniquement sur les dépenses tout en modifiant les conditions de financement du système. Il serait illusoire d'imaginer lever de telles hypothèques par la seule résorption des défaillances administratives ou comptables du système français. Celles-ci existent bien sûr. Mais leur incidence réelle s'avère dérisoire dans un cadre marqué par des déterminants d'une telle ampleur.

Les développements que le présent rapport consacre à la certification des comptes sociaux expriment de louables préoccupations concernant la faiblesse persistante de certains dispositifs de contrôle interne et la vétusté de nombreux systèmes d'information. Ces sujets ont été évoqués de manière récurrente par les responsables auditionnés. Ils constituent des fragilités réelles qui doivent être corrigées. La rapporteure en fait état, comme c'est son devoir ; elle recommande des évolutions pertinentes, et on aurait tort de ne pas en tirer profit. Mais s'il est humain de pointer avec rigueur les imperfections, il faut également relever les vertus d'une politique poursuivie sur le long terme. Comme le signale le rapport, et un lecteur attentif ne saurait le négliger, l'engagement résolu de la France dans une démarche de certification des comptes de la sécurité sociale a eu des effets profondément bénéfiques sur la gestion des organismes. Elle a contribué à diffuser une culture du contrôle, de la traçabilité et de la maîtrise des risques qui n'existait pas avec la même intensité auparavant. Les progrès enregistrés dans plusieurs branches en témoignent. Le fait que les magistrats de la Cour des comptes aient finalement certifié la branche famille pour l'exercice 2025, après plusieurs années de difficultés, constitue un signal très positif à cet effet.

Les politiques de lutte contre la fraude comportent des avancées récentes. Là encore, soumettre les fraudeurs au droit ne permettra pas d'aplanir les obstacles que dresse devant nous la démographie. Toutefois, l'exigence de justice doit prévaloir. La fraude constitue une atteinte au pacte de solidarité qui fonde notre système de protection sociale. Sa répression est donc une exigence de justice autant que d'efficacité financière. Alors, les insuffisances relevées sont réelles. Les dispositifs sont perfectibles. L'action de l'État et des pouvoirs publics peut et doit gagner en efficacité. Cependant, l'adoption récente du projet de loi relatif à la lutte contre les fraudes sociales et fiscales, examiné par le Conseil constitutionnel à l'heure de la rédaction de cet avant-propos, ainsi que la mise en œuvre de la solidarité à la source témoignent d'une volonté d'action qu'il serait injuste d'ignorer. Ces réformes sont difficiles. Elles se heurtent inévitablement à des difficultés d'application. Mais elles sont autant de jalons vers une sécurisation accrue des prestations et une simplification des démarches des usagers.

À propos de la fiscalisation croissante du financement de la sécurité sociale, il n'est pas si aisé d'adopter des positions définitives. Il est possible de voir dans le recours croissant à l'impôt une dénaturation du caractère contributif du système qui viendrait en masquer le coût réel. Cette évolution est réelle. Il est en revanche plus délicat d'y voir l'expression d'une volonté délibérée de masquer le coût réel de la protection sociale. Comme il a déjà été dit, les transformations intervenues tout au long des décennies d'existence de la sécurité sociale répondent à des transformations économiques, sociologiques et technologiques profondes. Le financement exclusif par les cotisations assises sur le travail apparaissait de moins en moins adapté dans une économie marquée par le chômage de masse, la division internationale des processus de production et la diversification des revenus. L'élargissement des assiettes de financement a apporté une réponse à ces évolutions, qui a permis de développer toujours plus avant la protection sociale des citoyens français. Les modalités de ce changement et ses effets concrets peuvent être contestés par les élus comme par les historiens. Mais il paraît difficile d'y percevoir la manifestation d'une volonté de brouiller les responsabilités publiques.

Les développements consacrés à la Caisse d'amortissement de la dette sociale sont liés à cette question du financement. La Caisse a permis d'isoler une dette spécifique et d'organiser son extinction progressive grâce à des ressources identifiées. Elle remplit correctement sa mission à la condition que son existence ne soit pas éternelle. Si sa logique est respectée, elle disparaîtra naturellement avec l'amortissement complet de la dette qui lui a été confiée et, même si de nouveaux apports devaient lui être confiés, le système conserve sa cohérence dès lors que l'amortissement prend place en quelques années, de sorte qu'une même génération finance les prestations qu'elle reçoit par ailleurs. On ne peut que condamner la tentation, justement réprouvée, d'une dette perpétuelle dont s'affranchirait la population actuelle au détriment de ses enfants, astreints à acquitter des créances afférentes à des bénéficiaires dont ils n'auraient jamais pu profiter eux-mêmes.

Une question mérite toutefois d'être posée : que se passerait-il si l'État reprenait directement ces engagements ? Une telle évolution ne serait pas neutre. En réalité, la reprise directe de la dette sociale par l'État conduirait inévitablement à s'interroger sur l'autonomie même de la sécurité sociale. Celui qui porte la dette finit généralement par exercer une influence déterminante sur la gouvernance. La question financière ne pourrait donc être dissociée d'une réflexion institutionnelle plus large. Se poseraient alors les questions du contrôle parlementaire, des responsabilités respectives des gestionnaires et des partenaires sociaux, et des modalités de financement futures. Ces conséquences éventuelles doivent être examinées avec prudence avant toute remise en cause du dispositif actuel.

Enfin, s'agissant des propositions institutionnelles, nul parlementaire ne protestera devant la perspective d'un contrôle accru des comptes, d'un regard sur la nomination des directeurs généraux des caisses nationales ou encore d'une mise en disposition facilitée des données collectées par la Commission des comptes de la sécurité sociale. La création d'un ministère autour de la lutte contre les fraudes semble, en revanche, plus contestable. Si la France devait choisir de réunir un

département ministériel spécifiquement dédié aux grands défis de long terme de la protection sociale, il serait certainement plus pertinent de l'articuler autour de la transition démographique. Les enjeux de natalité, de vieillissement, de dépendance, de retraite, d'équilibre financier et de financement du modèle social constituent les véritables variables structurantes des décennies à venir. C'est sur ces questions qu'il conviendrait de conduire une réflexion ambitieuse et de mener une politique cohérente.

*

Au terme de ces travaux, une conclusion s'impose.

Les nombreuses incertitudes relevées dans le fonctionnement de la sécurité sociale méritent d'être corrigées. Les systèmes d'information doivent être modernisés. Les procédures doivent être simplifiées. Les contrôles doivent être renforcés. La gouvernance doit être clarifiée. Sur ces points, il n'y a pas débat. Il est toujours possible de mieux faire et l'ambition d'une démocratie avancée doit justement être de toujours mieux faire.

Toutefois, **la certitude qui émerge à l'issue de six mois de travaux est que la seule incertitude véritablement décisive demeure celle de l'équilibre budgétaire du système français de protection sociale.** C'est elle qui menace sa pérennité ; elle qui déterminera sa capacité à protéger les générations futures ; elle qui appelle désormais un débat national à l'orée des échéances majeures de l'année 2027.

Ce débat devra porter à la fois sur les recettes et sur les dépenses. La France ne fera pas l'économie d'une réflexion d'ensemble sur les missions, le financement et l'organisation de la sécurité sociale. Si cette question ne reçoit pas une réforme claire et ferme, au terme d'un débat mené avec sincérité et franchise devant les Français, il faudra craindre que le temps finisse par manquer.

Les travaux de la commission ont dissipé bien des soupçons. Ils n'ont pas fait disparaître la question essentielle. Une nation peut corriger des erreurs de gestion, moderniser ses administrations ou perfectionner ses procédures. Elle ne peut durablement se soustraire aux choix collectifs qu'imposent sa démographie et ses finances publiques. Ces choix appartiennent désormais aux Français.

INTRODUCTION

Force est de constater que l'enchaînement de déficits devenus structurels, depuis la crise du covid-19 à tout le moins, éloigne toujours davantage la sécurité sociale du respect de l'équilibre financier. Pourtant celle-ci repose, depuis son origine, sur un principe d'équilibre entre les recettes et les dépenses. Cet équilibre n'est pas imposé de façon rigide par la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale. Toutefois, l'équité entre les générations tout autant que la limitation du coût de l'endettement lié à la protection sociale invitent à son respect. C'est d'ailleurs dans cette perspective que le Conseil constitutionnel a consacré ce principe comme un objectif de valeur constitutionnelle dans une décision de décembre 1997 ⁽¹⁾.

Dans ce contexte de déficit de la sécurité sociale de 21,6 milliards d'euros en 2025, d'un périmètre de dépenses et de recettes respectivement de 666 milliards d'euros et 644,4 milliards d'euros, et d'un plafond d'emprunt de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale relevé à 83 milliards d'euros en 2026, il est apparu essentiel de constituer cette commission d'enquête. Sa genèse a découlé de la lecture des rapports de la Cour des comptes : les rapports d'application des lois de financement de la sécurité sociale, publiés depuis 1998, et ceux de certification des comptes du régime général, publiés depuis 2007. Les remarques, reproches, interpellations et recommandations stupéfient par leurs objets, leur nature, leur montant, leurs conséquences financières et opérationnelles, mais surtout leur caractère réitéré comme si économistes et politiques y étaient réfractaires.

Pourtant, comment ne pas réagir à des éléments comme ceux-ci concernant, par exemple, l'activité de recouvrement de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale en 2024 ⁽²⁾ :

- des incertitudes sur les provisions pour risque concernant les litiges avec les cotisants, les dépréciations, les créances et indus à hauteur de 2,7 milliards d'euros ;

- des produits à recevoir mal cernés ;

- des incertitudes sur le cadre général de contrôle interne à cause de la faiblesse de la couverture des risques concernant la sécurité des systèmes d'information qui sont obsolètes et non congruents ;

(1) *Décision n° 97-393 DC, Loi de financement de la sécurité sociale pour 1998, 18 décembre 1997.*

(2) *Cour des comptes, rapport de certification des comptes du régime général de sécurité sociale – exercice 2024, mai 2025, chapitre sur l'opinion de la Cour sur les comptes de l'activité de recouvrement.*

– un risque financier résiduel très mal apprécié, avec un impact budgétaire certain ;

– une lutte contre la fraude et un plan de contrôle encore balbutiants ;

– des erreurs déclaratives estimées à 2,6 milliards d’euros ;

– au 31 décembre 2024, un stock de créances dues par les cotisants de 25,1 milliards d’euros, dont il est à craindre qu’une partie restant à déterminer ne sera jamais recouvrée, et qui fait l’objet d’un roulement année après année – ce stock a même augmenté pour atteindre 26,7 milliards d’euros au 31 décembre 2025 ⁽¹⁾. De la même façon, les créances constituées de taxation d’office non régularisées comptaient pour 3,3 milliards d’euros au 31 décembre 2024.

La litanie peut continuer de la même manière sur les autres branches de la sécurité sociale : l’assurance maladie et la branche accidents du travail et maladies professionnelles qui traînent une dette irrécupérable de 800 millions d’euros depuis quarante ans ; la branche vieillesse avec plus de 50 milliards d’euros de retraite des agents publics comptabilisés hors budget de la sécurité sociale ; la branche famille dont les comptes n’ont pas été certifiés par la Cour des comptes pendant trois années successives entre 2022 et 2024 du fait notamment d’erreurs dans le versement des prestations qui se sont élevées, sur ces trois exercices, à un total de 16 milliards d’euros.

Devant les interrogations nourries par ces lectures, le groupe Rassemblement National a souhaité utiliser son droit de tirage parlementaire pour lever les doutes sur les « incertitudes » légitimes du budget de la sécurité sociale.

En ont découlé certaines questions essentielles. Les comptes sont-ils sincères ? Les périmètres sont-ils bien cernés ? La législation est-elle bien adaptée ? Y a-t-il une stratégie définie ? Les sommes appelées pour les recettes et celles ventilées sur les dépenses sont-elles conformes à leur objet ? Quel est le véritable déficit ? Toutes questions, il faut bien le dire, iconoclastes que peu de spécialistes se sont posées.

Au demeurant, le rapport de certification des comptes de l’exercice 2025 montre que, sur les quinze indicateurs retenus afin d’apprécier l’évolution du risque financier résiduel, seuls 20 % d’entre eux se sont améliorés depuis 2023 tandis que 33 % stagnent au même niveau et que, pire encore, **46 % connaissent une dégradation** ⁽²⁾. Dès lors, et pour ne prendre qu’un seul exemple, la régulation des dépenses des branches maladie et autonomie principalement par l’objectif national de dépenses d’assurance maladie semble bien fragile, voire déconnectée des réalités qui seront détaillées dans le présent rapport.

(1) Cour des comptes, rapport de certification des comptes du régime général de sécurité sociale – exercice 2025, mai 2026, p. 24.

(2) Ibid., p. 135.

Les contours de la commission se sont développés au fil des éléments d'enquête. La rapporteure a donc tiré le fil...

Dans un premier temps, les travaux se sont concentrés sur les méthodes et règles comptables utilisées : entre l'encaissement des recettes et le service des prestations, les flux financiers de la protection sociale transitent par une constellation d'organismes, chacun chargé de collecter les montants, de les répartir, de les attribuer et de les liquider. Chacune de ces opérations fait l'objet d'une comptabilisation dont il est attendu qu'elle soit exacte et fidèle, mais qui peut être affectée par diverses erreurs, voire fraudes intentionnelles, et dont l'incidence financière doit être déterminée. La lecture du déficit de la sécurité sociale dépend en effet de la fidélité de l'ensemble des opérations qui sont comptabilisées en recettes, en dépenses et en trésorerie, et de la transparence financière des sources d'erreurs.

Ainsi, le développement de la comptabilité et son harmonisation à l'échelle européenne et internationale ont débouché sur une production de normes comptables à l'utilité certaine mais d'une redoutable technicité. Surtout, l'étude de ce mouvement montre que ces outils ne constituent qu'un instrument limité du pilotage stratégique des organismes de sécurité sociale, lequel a fait l'objet d'un véritable « tournant gestionnaire » en même temps que s'affirmait un gouvernement de la sécurité sociale par la performance. La gouvernance qui en a découlé, matérialisée notamment par les conventions d'objectifs et de gestion, reste toutefois ambiguë : confusion croissante des responsabilités entre les caisses de sécurité sociale et leur tutelle ; stratégies mal coordonnées entre organismes ; insuffisante plasticité des conventions d'objectifs et de gestion aux évolutions macroéconomiques et réglementaires, etc. Il en a résulté des choix mal ciblés, à l'origine de pertes financières importantes, notamment pour la branche famille.

D'où sont apparues les limites de ces méthodes, non en ce qu'elles n'étaient pas techniquement performantes, mais en ce qu'elles ne levaient pas, loin de là, toutes les incertitudes. Malgré des étapes essentielles de contrôle, d'audit et de certification, l'étude de ces méthodes ne permettait donc pas de répondre aux questions initialement posées par la création de cette commission d'enquête.

C'est ainsi qu'ont été démontrées les responsabilités et les faiblesses des outils de contrôle interne *via* les indicateurs de risque résiduel, et le degré insuffisant de protection attendu de systèmes d'information modernes.

Dans un deuxième temps, concernant l'étude analytique des 753,2 milliards d'euros de recettes et 628,2 milliards d'euros de dépenses entrant dans le champ de la mission de certification de la Cour des comptes, sont apparus des éléments assez inacceptables et lourds de conséquences sur la gestion budgétaire : les contours flous du périmètre étudié, l'opacité du schéma des recettes et des transferts, les défauts d'une législation complexe et sans cesse évolutive, une gouvernance mal définie. À chaque point, la rapporteure a émis des recommandations de rectification, de simplification et de clarification.

Les différents chapitres démontreront que ce fonctionnement interne ne permet pas de rendre compte du réel déficit de la sécurité sociale, induisant en erreur députés et sénateurs lors de l'étude du projet de loi de financement de la sécurité sociale et lors de l'approbation des comptes. Si la gestion comptable est apparue satisfaisante, voire sophistiquée, en revanche, la gestion budgétaire était inaboutie.

Enfin, certains éléments portés à la connaissance du grand public peuvent interpeller tout un chacun sur le chapitre de la solidarité nationale et de la justice. C'est pourquoi la rapporteure a voulu étudier spécifiquement les indus qui pèsent un poids certain en matière sociale, et les 14 milliards d'euros de fraudes qui, comme en matière fiscale, sont devenues insupportables. Elle a aussi souhaité éclairer nos concitoyens sur un domaine porteur d'assertions hasardeuses et d'incertitudes encore plus prégnantes : celui des soins donnés à des étrangers qui ne travaillent pas en France et qui ne cotisent d'aucune manière au régime social commun. **Elle a souhaité montrer qu'elle tenait à la préservation de notre système de solidarité en évitant sa dénaturation et en faisant cesser les injustices.**

PREMIÈRE PARTIE

COMPRENDRE SUCCESSIVEMENT LA SITUATION COMPTABLE, BUDGÉTAIRE ET FINANCIÈRE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE SUPPOSE DE SAISIR LES PRINCIPES DE SA GESTION

Entrer dans les coulisses du fonctionnement des organismes de sécurité sociale suppose l'apprentissage d'une véritable « langue véhiculaire » permettant de naviguer dans la complexité des répertoires comptables et des périmètres de dépenses qui rendent compte des grands équilibres financiers du système.

Traduction juridique d'une tendance historique à gouverner « *par les nombres* »⁽¹⁾, l'exigence de « *normalisation* » des comptes et d'une gestion compétitive du service public de la sécurité sociale (A) a amené au déploiement de mécanismes particulièrement sophistiqués de contrôle interne (B).

A. UNE HISTOIRE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE PAR SES MÉCANISMES DE GESTION, UNE CLEF INDISPENSABLE POUR SAISIR LES DIFFICULTÉS ACTUELLES DE GOUVERNANCE

La première étape du travail d'enquête a amené la rapporteure à interroger les états financiers retraçant l'activité des branches des différents régimes de sécurité sociale. Par principe, un document financier (compte de résultat, bilan ou annexe) poursuit un objectif d'information⁽²⁾.

Il présente un véritable panorama, une « *image fidèle* » et harmonisée par le langage mathématique d'activités souvent très diverses, créant ainsi les conditions de comparaisons et d'évaluations indispensables à tout « *jugement sur une activité [...] collective* »⁽³⁾.

(1) Alain Supiot, La gouvernance par les nombres, *cours au collège de France (2012-2014)*, coll. « Poids et mesures du monde », Fayard, 2015.

(2) « Ces états financiers apportent aux pouvoirs publics et à leurs services toutes les informations comptables et financières dont ils ont besoin pour assumer leurs missions » (*ministère de l'économie, des finances et la souveraineté industrielle et numérique*, Recueil des normes comptables pour les organismes de sécurité sociale, juillet 2024, p. 21).

(3) Philippe Lorino, « À propos de l'emprise du chiffre », *débat animé et propos retranscrits par Ève Lamendour, Yannick Lemarchand*, *Entreprises et histoire*, 2015/2 n° 79, p. 181.

1. Le développement d'un « langage de comptable » dans le champ de la sécurité sociale

• Si la comptabilité n'est pas apparue dans la période moderne ⁽¹⁾, le renforcement de cet outil comme support des « *décisions futures* » ⁽²⁾ est le fruit d'une **trajectoire historique récente**.

En effet, le système français de « *normalisation comptable* », conçu comme **le processus visant à produire des principes et des règles applicables à tous les organismes soumis à l'obligation d'établir des comptes**, a été pleinement institué en 1946. Les normes comptables, essentiellement bâties afin d'assurer le prélèvement de l'impôt dans le contexte de la reconstruction économique de l'après-guerre ⁽³⁾, étaient alors répertoriées au sein du plan comptable général (PCG) dont le contenu était arrêté par le ministre chargé de l'économie et des finances, après avis du Conseil supérieur de la comptabilité ⁽⁴⁾.

S'agissant **des organismes de sécurité sociale**, il n'existait pas d'application uniforme des normes comptables du fait même de la diversité des régimes ainsi que des contextes historiques et professionnels de leur formation. Cette absence de consolidation des pratiques comptables a perduré jusque dans les années 1990, comme en témoigne la Cour des comptes qui, dans son premier rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, signalait que « *dans ses précédents rapports au Parlement, la Cour a relevé l'hétérogénéité des règles et pratiques comptables des organismes de sécurité sociale* » ⁽⁵⁾.

C'est au tournant des années 2000 que cette **hétérogénéité a commencé à se résorber sous l'effet de l'harmonisation des règles comptables à l'échelle européenne et internationale**. En effet, le choix européen d'adopter un système comptable commun afin de faciliter la « *convergence* » des économies des États-membres a profondément affecté le régime français de comptabilité. La création du service « Eurostat » poursuivait alors l'objectif de comparer l'action des différentes « *unités institutionnelles* » (administrations centrales, locales, de sécurité sociale, ménages, sociétés financières) dans les processus économiques ⁽⁶⁾.

Il ne faut, en effet, pas oublier que le rôle principal de l'Europe est d'assurer une équivalence entre les normes applicables dans les différents États de l'Union. Parallèlement à cette évolution européenne, **l'apparition d'une langue**

(1) Philippe Baruch, Nelly Kerscaven, Gérard Melyon & Rémédios Noguera, Comptabilité générale, « *Histoire, définition et rôle de la comptabilité* : Chapitre 1. Histoire, définition et rôle de la comptabilité », Vuibert, 2018, pp. 3-16.

(2) Audition de M. Bruno Gérard, associé audit public chez Ernst & Young France, 21 janvier 2026.

(3) Audition de M. Robert Ophèle, président du collège de l'Autorité des normes comptables, et Mme Géraldine Viau-Lardennois, directrice générale, 15 janvier 2026.

(4) Samira Demaria & Sandra Rigot, Les normes comptables internationales IFRS, *La Découverte*, 2018, pp. 10-11.

(5) *Cour des comptes, Rapport annuel au Parlement sur la sécurité sociale, septembre 1998*, p. 13.

(6) Jean-Paul Milot, « *La comptabilité nationale : l'information économique au service du pilotage des finances publiques* », *Revue française d'administration publique*, 2022/3 n° 183, p. 729.

comptable globale s'est également faite à l'échelle mondiale. Sous-tendue par un souhait de diminuer les coûts de transaction entre agents économiques – retranscrite par les « *international financial reporting standards* »⁽¹⁾ (IFRS) – ce deuxième mouvement a également contribué à ce « *profond aggiornamento* »⁽²⁾ du cadre conceptuel français de la comptabilité, privée comme publique.

Jean-François Lepetit, président du Conseil national de la comptabilité, observe d'ailleurs, dans un rapport remis en 2007 au ministre de l'économie, des finances et de l'industrie Thierry Breton, que « *l'intensification de la discussion et de la concurrence des normes au plan international rendent nécessaire une évolution profonde du Conseil national de la comptabilité, et plus généralement de l'ensemble du dispositif français de normalisation comptable* »⁽³⁾.

• Dans le champ de la sécurité sociale, **ce bouleversement s'est traduit par l'application accrue des modèles de comptabilité privée aux organismes de sécurité sociale**⁽⁴⁾.

Le 20 octobre 1994, Simone Veil, alors ministre d'État, ministre des affaires sociales, de la santé et de la ville, a demandé aux organismes d'adopter progressivement un régime comptable dit « *en droits constatés* ». De façon succincte, ce passage consiste à procéder au rattachement à un exercice donné des droits et obligations qui y sont nés, quelle que soit la date de dénouement en trésorerie de l'opération. Il suppose donc que les faits générateurs soient définis afin d'identifier avec précision la date de naissance de l'opération, de façon similaire à ce qui est applicable aux entreprises privées⁽⁵⁾.

Bien loin de revenir sur cette évolution, les gouvernements successifs ont approfondi cette exigence d'harmonisation des comptes à travers la création en 2001 du plan comptable unique⁽⁶⁾, dont les dispositions ont été reprises en 2005 au sein du plan comptable unique des organismes de sécurité sociale (PCUOSS)⁽⁷⁾, lui-même consolidé au sein d'un recueil des normes comptables pour les organismes de sécurité sociale (RNCOSS).

Depuis lors, le cadre comptable applicable aux caisses est, sous réserve de quelques ajustements, identique à celui qui prévaut pour les entreprises, comme en

(1) *Les normes internationales d'informations financières.*

(2) Michel Prada, *Rapport au ministre du budget et des comptes publics sur la création d'un Conseil de la normalisation des comptes publics*, juillet 2008, p. 2. Un « *aggiornamento* » signifie une profonde mise à jour.

(3) Jean-François Lepetit, *Rapport au ministre de l'économie des finances et de l'industrie sur une proposition de réforme du dispositif français de normalisation comptable*, 21 mars 2007, p. 5.

(4) *Conseil de normalisation des comptes publics, réponses au questionnaire de la rapporteure*, 10 février 2026.

(5) *Cour des comptes, Rapport annuel au Parlement sur la sécurité sociale*, septembre 1998, p. 13. Cette harmonisation a été également officialisée par le décret n° 96-447 du 23 mai 1996 relatif à la gestion comptable des organismes de sécurité sociale du régime général.

(6) Décret n° 2001-859 du 19 septembre 2001 relatif à l'organisation comptable des régimes et organismes de sécurité sociale et modifiant le code de la sécurité sociale.

(7) Décret n° 2005-1771 du 30 décembre 2005 pris en application de l'article L. 114-6 du code de la sécurité sociale relatif à la validation des comptes par l'agent comptable de la caisse nationale.

témoignent les premières pages du recueil des normes comptables pour les organismes de sécurité sociale : « *la comptabilité de la sécurité sociale repose sur un système faisant de la comptabilité générale en droits constatés l'unique cadre de référence* »⁽¹⁾.

L'article D. 114-4-4 du code de la sécurité sociale, qui fixe les grands principes du plan comptable des organismes, précise même que la norme comptable de la sécurité sociale ne constitue pas une norme distincte mais bien un « *plan particulier du plan comptable général* » appliqué aux entreprises⁽²⁾.

● Indirectement, la généralisation des standards de comptabilité privée inspirés des normes internationales a **également affecté les conditions de recouvrement des ressources des organismes de sécurité sociale.**

En effet, en raison du **lien de dépendance structurel entre évolution économique et financement de la protection sociale, l'application par les acteurs économiques de la norme comptable a pu influencer sur le niveau des recettes des organismes**⁽³⁾. Ainsi, et notamment s'agissant d'impositions assises sur le chiffre d'affaires⁽⁴⁾, l'interprétation de la norme comptable pouvait permettre une minoration de certains produits affectés au financement de la protection sociale.

À cet égard et bien que la question comptable ne constitue qu'un fragment d'une problématique bien plus large liée notamment à la complexité de la législation, **les difficultés tenant aux prévisions du chiffre d'affaires des entreprises du médicament constituent un exemple topique** de ces effets de lien entre comptabilité privée et ressources publiques. En effet, le montant des consommations intermédiaires du secteur peut être assez variable d'une année à l'autre amenant à une variation du chiffre d'affaires difficile à prévoir et à partir de laquelle la législation particulièrement complexe des remises vient à s'appliquer⁽⁵⁾.

De même, **le produit des droits d'accise sur les tabacs est quasi-intégralement affecté à la sécurité sociale, principalement à la branche maladie.**

Cette ressource, qui représente un rendement annuel de l'ordre de 13 à 14 milliards d'euros, constitue désormais l'une des principales recettes affectées au financement de la protection sociale. Pour autant, son inscription dans les prévisions

(1) *Recueil des normes comptables pour les organismes de sécurité sociale*, juillet 2024, p. 12.

(2) *Article D. 114-4-4 du code de la sécurité sociale.*

(3) *Notamment s'agissant des produits de gestion technique qui recouvrent « les cotisations sociales », la « contribution sociale généralisée », les « autres contributions sociales impôts et taxes ». Ils ne constituent qu'une part des produits répertoriés par le compte de résultat des organismes (Recueil des normes comptables pour les organismes de sécurité sociale, « Les produits », p. 49).*

(4) *Autorité nationale des normes comptables, réponses au questionnaire de la rapporteure*, 19 janvier 2026.

(5) *Pour plus de détails sur les conditions de prélèvement des contributions assises sur le chiffre d'affaires des entreprises pharmaceutiques, voir le rapport d'information n° 1584 (2024-2025) de nos collègues Jérôme Guedj et Cyrille Isaac-Sibille fait au nom de la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale en conclusion des travaux de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale sur les mécanismes de fixation du prix des médicaments et leurs enjeux*, 16 juin 2025.

de recettes afférentes aux projets de loi de financement de la sécurité sociale s'accompagne d'incertitudes significatives notamment en raison de **mécanismes d'évitements frauduleux** qui induisent en 2024 une diminution de 17 % de l'assiette d'imposition ⁽¹⁾. En outre, le rendement des accises sur le tabac repose sur un produit dont la consommation est, à raison même de l'évolution des politiques de santé publique, appelée à décroître.

Enfin, le développement du marché parallèle sous toutes ses formes (achats transfrontaliers, contrebande) aggrave ce constat de diminution du rendement des accises, **alimentant le paradoxe d'une situation où l'équilibre de la sécurité sociale dépendrait d'une recette à rendement décroissant.**

Enfin, **un troisième effet de bord du processus de normalisation** des comptes réside dans **l'apparition croissante de raisonnements tendant à comparer les modèles de gestion des caisses à ceux d'entreprises privées.** En effet, par le truchement de l'information comptable, les administrations publiques dans leur ensemble ont progressivement été évaluées à la manière de groupes privés par des tiers (cabinets d'audit, agences de notation) cherchant à qualifier la qualité de leur gestion et, en fin de compte, la crédibilité de leur « signature » sur les marchés financiers.

En somme, la logique de marché est transposée dans le champ de la sécurité sociale au risque d'y appliquer des normes financières de gestion fondamentalement incompatibles avec ses principes fondateurs.

Comme l'a rappelé l'Autorité des normes comptables, les comptabilités publiques et privées s'entremêlent désormais étroitement. Ainsi, la comptabilité publique constitue une comptabilité de droit privé particulière et non plus un système comptable parfaitement autonome. **De même, les règles applicables aux organismes de sécurité sociale sont, par principe, des règles de droit privé ajustées au regard des activités particulières des organismes sociaux.** Cette convergence installe ainsi, dans le champ social, une évaluation construite à partir des besoins des marchés financiers ⁽²⁾, **dans le cadre d'une financiarisation qui ne dit pas son nom.**

● Si les évolutions susmentionnées peuvent paraître essentiellement techniques, votre rapporteure souhaite s'y arrêter un temps car **elles ne sont pas exemptes de conséquences politiques considérables.**

(1) Entre 14 % et 17 % de la consommation de tabac en France serait réalisée sur le marché parallèle échappant ainsi aux droits d'accises. Source : voir le rapport d'information n° 637 (2023-2024) de nos collègues sénateurs Élisabeth Doineau et Cathy Apourceau-Poly fait au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale de la commission des affaires sociales du Sénat sur la fiscalité comportementale dans le domaine de la santé, 29 mai 2024.

(2) Audition de M. Robert Ophèle, président du collège de l'Autorité des normes comptables, et Mme Géraldine Viau-Lardinois, directrice générale, 15 janvier 2026.

Le passage d'un système national de comptabilité ⁽¹⁾ à un système globalisé et unifié par les pratiques privées de gestion **traduit, avec une particulière acuité, la prééminence de la rationalité économique dans la conduite des affaires publiques** ⁽²⁾. À cet égard il apparaît indispensable de rappeler que, comme tout système d'information, la comptabilité sélectionne le type de données qu'elle « prend en compte » ⁽³⁾.

Dans ce cadre, un lien évident peut être établi entre les récurrents débats relatifs au « *trou de la sécu* » ⁽⁴⁾ et la prévalence acquise par les normes comptables, traduction d'un système d'information par nature financier, dans les processus de décision sur le service public de la sécurité sociale.

Dès lors et sans nier les déséquilibres, démographiques notamment, à l'origine du déficit de la sécurité sociale, la rapporteure observe que **cette prépondérance des décisions financières dans la gouvernance de la sécurité sociale traduit, en réalité, une dérive « gestionnaire » de son fonctionnement**, celui-ci se retrouvant sans stratégie claire.

En effet, et c'est un constat qui s'imposera tout au long de ce rapport d'enquête visant à « *lever les incertitudes budgétaires en matière de sécurité sociale* », **la technique de gestion a progressivement, mais méthodiquement, pris le pas sur l'orientation politique.**

Il est nécessaire de préciser que la qualité des normes comptables ou des organismes de normalisation n'est pas en cause. En revanche, l'influence de ces règles particulières sur les conditions de la gestion de la sécurité sociale pose des questions bien réelles.

2. Comprendre le tournant « gestionnaire » par les instruments utilisés : la production comptable

• À partir de ce premier constat de l'émergence d'un « *tournant gestionnaire* », la rapporteure a résolu d'entrer dans le détail de cette politique des « *instruments* » ⁽⁵⁾ afin d'en saisir les ressorts, notamment comptables.

Très largement inspirée de la comptabilité économique anglo-saxonne (« *accrual accounting* » ou « *comptabilité d'exercice* »), la production des comptes par les organismes de sécurité sociale est opérée selon la méthodologie « *des droits constatés* ». Cette logique de rattachement a fait l'objet d'une inscription dans la loi

(1) Samira Demaria & Sandra Rigot, Les normes comptables internationales IFRS, 2018, pp. 10-11.

(2) Rouba Chantiri-Chaudemanche, « L'influence de la comptabilité des entreprises sur la comptabilité du secteur public : une approche différence de la convergence et de la normalisation en France et au niveau international », Revue française d'administration publique, 2022/3 n° 183, p. 775.

(3) Jennifer Bardy, « Pour une protection sociale soutenable : comment refaire les comptes ? », Droit social, 2026, p. 161.

(4) Bruno Palier, Gouverner la sécurité sociale, coll. « *Quadrige* », Presses universitaires de France, 2005, p. 173.

(5) Pierre Lascoumes & Patrick Le Galès (dir.), Gouverner par les instruments, Presses de Sciences Po, 2005.

qui précise, à l'article L. 114-5 du code de la sécurité sociale, que le « *plan comptable unique* » est « *fondé sur [...] la constatation des droits et obligations* »⁽¹⁾.

À ce stade du raisonnement, la **référence aux organismes de sécurité sociale doit être précisée comme la définition retenue par le normalisateur**, soit les « *régimes obligatoires de base de sécurité sociale et les organismes concourant à leur financement* » dont la liste est détaillée par le recueil des normes comptables pour les organismes de sécurité sociale.

L'ensemble des normes comptables applicables aux organismes mentionnés à l'article L. 114-5 du code de la sécurité sociale est défini et arrêté par le **normalisateur**. En France, **cette mission de production des règles comptables est confiée au conseil de normalisation des comptes publics (CNOCP)** qui a la charge de proposer et d'interpréter les normes comptables de l'ensemble des « *entités publiques non marchandes financées majoritairement par des fonds publics* », dont les organismes de sécurité sociale⁽²⁾. Ces normes sont ensuite arrêtées par le ministre chargé des comptes et les ministres compétents en matière de protection sociale.

Sur ce point précis, **votre rapporteure observe que le conseil de normalisation des comptes publics ne présente pas autant de garanties d'indépendance que l'Autorité des normes comptables**, dont la gouvernance collégiale tend à protéger la norme comptable des interventions du pouvoir politique.

Sans pour autant parvenir à une conclusion dans ses réflexions elle indique qu'une réforme des instances de normalisation pourra être interrogée à plus long terme afin de prévenir les situations, observées par certains professionnels, d'adaptation opportune de la règle comptable au regard des résultats des procédures de certification.

Dès lors et c'est un point crucial pour prévenir d'éventuelles confusions de périmètre, le **champ d'application du plan comptable des organismes de sécurité sociale est à distinguer du périmètre comptable des « administrations de sécurité sociale » qui renvoie à un cadre comptable bien différent**, déterminé par la réglementation européenne, comme on le verra ultérieurement.

(1) Article L. 114-5 du code de la sécurité sociale.

(2) Audition de Mme Marie-Christine Lepetit, présidente du Conseil de normalisation des comptes publics, et Mme Marie-Pierre Calmel, directrice générale, 15 janvier 2026.

Comptabilité des organismes de sécurité sociale : de quoi parle-t-on ?

Aux termes du recueil des normes comptables pour les organismes de sécurité sociale, sont concernés par l'application du « *plan comptable des organismes de sécurité sociale* » les organismes suivants :

- les **trente-deux régimes obligatoires** de base de la sécurité sociale (Robss), d'une part ⁽¹⁾ ;
- les « *organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base de sécurité sociale* », d'autre part ⁽²⁾ ;

Dans le détail, ce champ recouvre, pour les **régimes obligatoires** de base de la sécurité sociale :

- les **régimes dits de « droit commun »** (régime général et régime agricole) ;
- les **régimes des professionnels libéraux** (régimes non salariés non agricoles essentiellement) ;
- les **régimes dits « spéciaux » comme le régime des agents des collectivités locales** ⁽³⁾.

Certaines fusions entre régimes pouvant intervenir, à l'instar de l'intégration du régime social des indépendants dans le champ du régime général, **le périmètre comptable des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale peut avoir tendance à varier.**

Pour les « *organismes concourant au financement des régimes de base de sécurité sociale* », sont concernés par l'application du plan comptable **le fonds de solidarité vieillesse (FSV)**, lequel a toutefois été supprimé à compter du 1^{er} janvier 2026, et, sous réserve de quelques ajustements comptables, **le fonds de réserve des retraites (FRR)** ⁽⁴⁾.

Si le périmètre du « *plan comptable des organismes de sécurité sociale* » semble, à première vue, congruent avec celui des lois de financement de la sécurité, **il n'intègre pas l'ensemble des organismes concernés par les lois de financement comme la caisse d'amortissement de la dette sociale** qui, en raison de son activité sur les marchés financiers, produit une comptabilité spécifique mêlant comptabilité d'établissement public avec des dispositions propres aux institutions financières ⁽⁵⁾.

De plus, certains organismes extérieurs au champ des lois de financement de la sécurité sociale peuvent se voir appliquer le plan comptable des organismes de sécurité sociale.

(1) Au 31 décembre 2025.

(2) Article L. 114-5 du code de la sécurité sociale.

(3) *Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2026, « Annexe 1 : Présentation des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale », p. 19. Les régimes spéciaux sont déterminés à partir de l'addition des catégories comptables « régimes spéciaux et assimilés » et « autres régimes spéciaux ».*

(4) *Les ajustements comptables réalisés au bénéfice du fonds de réserve des retraites s'expliquent par la nécessité pour le fonds de valoriser les « titres négociables » qu'il détient à la valeur de marché, la mission même du fonds de réserve des retraites étant d'investir sur les marchés et d'optimiser le rendement financier des sommes qui lui sont confiées.*

(5) Recueil des normes comptables pour les organismes de sécurité sociale, « Introduction », juillet 2024, p. 15.

● La comptabilité « d'engagement »⁽¹⁾, à la différence d'une comptabilité de « caisse », **distingue l'étape d'inscription d'une opération dans un document comptable de celle de sa réalisation effective**. Autrement dit : « *les opérations sont prises en compte au titre de l'exercice auquel elles se rattachent* », généralement entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre d'une même année⁽²⁾, « *indépendamment de leur date de paiement ou d'encaissement* »⁽³⁾.

Ce principe, à première vue théorique, entraîne pourtant des conséquences concrètes. Ainsi, pour un exercice donné, la prestation d'un organisme peut avoir été réalisée sans que la facture ait été reçue ou réglée. Dans ce cas précis, l'inscription comptable de la charge créée « *doit incomber à l'exercice où le service a été réalisé* » et non au moment du paiement de la facture⁽⁴⁾.

Ainsi, en régime de « **droit constaté** » l'enregistrement comptable au bilan et au compte de résultat est délié de l'effet de trésorerie de l'opération. C'est bien le fait générateur, **c'est-à-dire l'évènement par lequel les conditions légales d'une obligation** (paiement d'une prestation, prélèvement d'un impôt, appel d'une cotisation) **ou d'un droit sont réunies**, qui est retenu pour apprécier la régularité d'une écriture comptable⁽⁵⁾.

**Un exemple d'application du principe de comptabilité en « droits constatés »
à partir du paiement d'une facture hospitalière**

Un patient hospitalisé le 28 décembre sort le 5 janvier. La facture parvient seulement au mois de février. La charge doit être rattachée à l'exercice de l'entrée, soit l'exercice précédent. Ce rattachement donne lieu à une estimation.

Il est à relever que la question du rattachement est à l'origine de plusieurs réserves récurrentes de la Cour des comptes relativement aux comptes de la branche maladie.

En particulier, elle constate que certaines opérations de rattachement peuvent amener à des « *anomalies significatives* » soit des situations où l'information comptable ou financière est inexacte.

Toutefois pour une même opération à l'instar du paiement de cotisations, **l'effet sur le patrimoine de l'organisme, donc son inscription comptable, peut être différent**.

En effet, il n'est pas rare qu'une entreprise, en raison d'aléas économiques, ne soit pas en mesure d'acquitter les cotisations dues. Dans ce contexte et au-delà même de la question du rattachement à l'exercice, il devient nécessaire pour un même organisme d'estimer la part de ces opérations qui, pour des raisons liées au

(1) Autre nom de la comptabilité dite « en droits constatés », aussi connue sous le nom de « comptabilité générale », « patrimoniale » ou « d'exercice ».

(2) Article D. 114-4-1 du code de la sécurité sociale, II : « L'exercice comptable s'étend, sauf dérogation, du 1^{er} janvier au 31 décembre. »

(3) Article L. 114-5 du code de la sécurité sociale.

(4) Audition de M. Bruno Gérard, associé audit public chez Ernst & Young France, 21 janvier 2026.

(5) Mission comptable permanente, réponses au questionnaire de la rapporteure, 15 janvier 2026, p. 10.

recouvrement, ne pourra faire l'objet d'une inscription. Il est alors appliqué **une « dépréciation » des produits estimée à partir d'indicateurs de risques** rendant compte des aléas affectant ces « *produits à recevoir* » ⁽¹⁾.

**Un exemple d'application du principe de comptabilité en « droits constatés » :
le paiement de cotisations**

Une entreprise en situation de difficulté financière est redevable d'un montant de 10 000 euros de cotisations au titre du mois de décembre de l'année N. Elle ne s'acquittera de son montant qu'au mois de mars de l'année N+1.

Comptablement, l'Urssaf enregistra le produit dès l'exercice N et appliquera, suivant en cela le principe de « *prudence* », une « *dépréciation* » estimée comme la part risquant de ne jamais être recouvrée.

C'est ce mécanisme d'estimation qui est au cœur des contentieux entre la Cour des comptes et « *l'Urssaf Caisse nationale* » relatif au montant des « *produits à recevoir* » soit 3 milliards d'euros au titre de l'année 2025 ⁽¹⁾, contre 2,8 milliards d'euros au titre de l'année 2024 ⁽²⁾.

(1) *Cour des comptes, « Certification des comptes du régime général de sécurité sociale », exercice 2025.*

(2) *Cour des comptes, « Certification des comptes du régime général de sécurité sociale », exercice 2024.*

● L'adoption d'une « comptabilité patrimoniale » présente donc **l'avantage d'une plus grande fiabilité de l'information qu'elle délivre**, car corrigée des aléas de trésorerie ⁽²⁾. Elle **n'évacue toutefois pas l'intégralité des incertitudes** en ce qu'elle se fonde sur des **opérations de fin d'exercice marquées par une certaine complexité** ⁽³⁾.

Le rattachement implique des estimations fondées sur des paramètres et des hypothèses spécifiques à la nature du droit ou de l'obligation considérée. Néanmoins, si des écarts à la prévision peuvent exister, l'ajustement des mécanismes de prévision, sur la base des résultats de l'exercice précédent, permet de réduire à des proportions relativement faibles les différentiels constatés ⁽⁴⁾.

En outre, si le passage en comptabilité générale a amélioré sans conteste la qualité de l'information offerte, il a également conduit à un renversement de la logique de contrôle des dépenses publiques ⁽⁵⁾.

(1) *Ibid.*

(2) *Notamment les tableaux de flux de trésorerie (Recueil des normes comptables pour les organismes de sécurité sociale, juillet 2024, p. 28).*

(3) *Audition de M. Dominique Libault, président du Haut Conseil pour le financement de la protection sociale, 12 février 2026.*

(4) *Mission comptable permanente, réponses au questionnaire de la rapporteure, 15 janvier 2026, p. 11. Ces estimations portent uniquement sur le champ du recouvrement prélèvements sociaux, des remises Ceps et des dépenses hospitalières de la branche maladie et accidents du travail.*

(5) *Rouba Chantiri-Chaudemanche, « L'influence de la comptabilité des entreprises sur la comptabilité du secteur public : une approche différence de la convergence et de la normalisation en France et au niveau international », op. cit., p. 773.*

En effet, le pilotage « en trésorerie » donne principalement lieu à un **contrôle par anticipation de la dépense**, le comptable étant chargé de vérifier la régularité de la facture et la réalité du service rendu avant la mise en paiement. Par opposition, un **exercice comptable en droits constatés met l'accent sur un contrôle a posteriori de l'efficacité économique de la dépense**. Il s'agit moins de prévenir une dépense irrégulière que de s'intéresser aux conditions dans lesquelles une dépense affecte sensiblement, dans la durée, le « patrimoine » d'une organisation donnée.

• Afin d'assurer cette lecture « patrimoniale » des comptes, la comptabilité en droits constatés s'appuie sur une série de **principes et de caractéristiques qualitatives qui sont eux-mêmes déclinés en normes comptables**. Tout le rôle d'un comptable consiste à appliquer et à interpréter ce cadre normatif.

Il existe trois **principes généraux**. Le premier, à l'aune duquel peuvent être déduits les deux autres, est le **principe de « sincérité »**. Celui-ci réside dans « l'application de bonne foi des règles et procédures comptables » compte tenu des informations disponibles à l'attention des producteurs des comptes et relatives à la « nature des opérations enregistrées »⁽¹⁾.

La « *sincérité* » trouve comme préalable le **principe de « régularité »** des opérations comptables, soit la « *conformité aux règles et normes comptables en vigueur* »⁽²⁾. La conjugaison des **deux principes qui précèdent permet d'assurer le respect d'un troisième principe** : celui d'une **retranscription fidèle** des opérations et autres événements ayant affecté le patrimoine de l'organisme⁽³⁾.

• Bien que cette terminologie puisse sembler abstraite, **elle n'est pas sans incidence sur les conditions dans lesquelles le Parlement se prononce sur les textes financiers**. En effet, la sincérité comptable présente une dimension juridique mais également politique en tant qu'elle renvoie à la capacité du Gouvernement à présenter au Parlement une image fidèle des comptes sociaux.

À l'occasion des débats sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale, nombre de parlementaires, dont la rapporteure et ses collègues du groupe Rassemblement National, ont fait état **d'une présentation « insincère » de certaines dispositions de l'article liminaire**⁽⁴⁾.

Cette critique qui avait vocation à ouvrir le débat sur les incertitudes budgétaires affectant le fonctionnement de la sécurité sociale n'est évidemment pas comptable en ce qu'elle ne met pas en cause la « *bonne foi* » des agents comptables des caisses dans l'application « *des règles et procédures* » en vigueur.

(1) Recueil des normes comptables pour les organismes de sécurité sociale, juillet 2024, p. 16.

(2) *Ibid.*

(3) *Ibid.*

(4) Commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, compte rendu de la première réunion du 27 octobre 2025, p. 2.

Toutefois, et c'est un point central sur lequel **le présent rapport reviendra en détail, le constat comptable de la Cour des comptes ne purge pas entièrement le débat sur la « sincérité » des comptes de la sécurité sociale**. Entre autres, **la multiplication des transferts financiers entre branches** (« échange » de taux de cotisations, dotations), d'une part, et entre l'État et les organismes de sécurité sociale (contribution d'équilibre, sur-cotisation), d'autre part, **aboutit à un tableau partiel de la situation financière de la sécurité sociale**.

En outre, la longue expérience des débats budgétaires de la rapporteure lui permet de rappeler que **la présentation de comptes a priori sincères n'empêche pas le Gouvernement d'utiliser d'autres instruments d'analyse** afin de présenter comme indispensables des réformes de court-terme, dignes de la seule politique du « rabet », et en réalité **très largement discutables au plan politique**.

3. De la gestion comptable à la politique de performance, la naissance d'une gouvernance « ambiguë » de la sécurité sociale matérialisée par les conventions d'objectifs et de gestion

Si les états financiers témoignent de l'évolution du patrimoine, à travers la comparaison des produits et des charges imputés aux organismes, **ils ne constituent qu'un instrument limité de leur pilotage stratégique**.

À ce titre, la deuxième étape de l'enquête a amené la rapporteure à interroger **le « tournant gestionnaire » des organismes de sécurité sociale** à travers une **généalogie d'un gouvernement « à la performance » de ce domaine de l'action publique**.

● Concept-clef de l'administration des organismes de sécurité sociale, **la notion de performance** renvoie à « *une capacité pour le service public de la sécurité sociale à rendre, au meilleur coût, le meilleur service* »⁽¹⁾.

Dépassant le seul impératif budgétaire des « *plans annuels de redressement de la sécurité sociale* » élaborés tout au long des années 1980, **le rapport entre le coût et la qualité du service public constitue, depuis les années 1990, l'indicateur premier** de l'action gouvernementale en matière de protection sociale.

Cette émergence d'une gestion par la qualité peut être appréhendée comme **le résultat de plusieurs tendances distinctes**.

En premier lieu, elle s'inscrit dans une **redéfinition historique des rapports entre l'État et les partenaires sociaux**. En effet, depuis la naissance de la sécurité sociale, **l'action des administrations centrales dans le champ de gestion des organismes se trouvait restreinte à une action de dernier ressort**. C'est par l'effet combiné de la **crise des ressources de la sécurité sociale**, du **désengagement des partenaires sociaux** de la gestion quotidienne des caisses et

(1) Dominique Libault, « Le plan Juppé III : Réformer de l'intérieur la sécurité sociale : les conventions d'objectifs et de gestion », Revue de droit social, 1996.

d'une **politisation croissante de l'objet sécurité sociale** que la légitimité de la démocratie politique est venue, de façon progressive, empiéter sur la légitimité des partenaires sociaux et du paritarisme ⁽¹⁾.

Dans ce contexte, **l'exigence de qualité de gestion marque un déplacement supplémentaire** avec un changement du rapport qu'entretiennent les citoyens au monde de la sécurité sociale. En effet, la demande croissante de transparence (« *Où va l'argent ?* ») affecte les organismes plus fortement que par le passé.

Cette lame de fond faisant de la sécurité sociale un objet direct des préoccupations du citoyen, **c'est presque logiquement que la gestion des caisses de sécurité sociale a été amenée à se professionnaliser** ⁽²⁾.

Provoquant, à première vue, une amélioration de l'efficacité du service rendu, **la standardisation de la gestion des organismes s'est toutefois accompagnée d'une opacité croissante**. Sur ce point, la rapporteure tient à préciser qu'elle n'utilise pas ce terme avec légèreté et qu'elle réfute l'idée que les caisses, personnels et administrations ayant la tutelle des organismes de sécurité sociale manqueraient à leurs obligations de transparence. La qualité des réponses reçues aux questions posées tout au long des travaux de la commission d'enquête témoigne d'ailleurs d'un réel effort de pédagogie de la part des organismes et des administrations.

Toutefois, ces mêmes travaux imposent de **constater que la sécurité sociale est devenue un enchevêtrement excessif d'acteurs, complexe et obscur, et ce à chaque étape du déploiement de ce service public**. Comme le note sans ambages Gilles Nezosi, ancien directeur de la formation continue de l'École nationale supérieure de la sécurité sociale, « *la manière dont les différentes branches de la sécurité sociale sont organisées et administrées et la façon dont les politiques publiques de sécurité sociale sont définies demeurent dans l'ombre* » ⁽³⁾.

Cette obscurité est le produit prévisible d'une accumulation de choix politiques et d'une absence de stratégie maîtrisée. Les réformes se sont superposées avec une absence notable d'évaluation des conséquences sur la lisibilité du système. La standardisation de la gestion aurait dû, au contraire, favoriser la transparence. Si elle produit l'effet inverse, c'est en raison d'une multiplication des indicateurs de performance et d'un renouvellement bien trop fréquent des cibles qui empêche le suivi dans la durée du déploiement de ces politiques publiques.

• L'examen des **conventions d'objectifs et de gestion (COG)** est, à cet égard, topique des risques que font courir les séries d'ambiguïtés à partir desquelles s'est constituée la gouvernance moderne de la sécurité sociale.

(1) Dominique Libault, « Une gouvernance adaptée aux nouveaux enjeux, Regards, 2017/2 n° 52, p. 79.

(2) Gilles Nezosi, « Quelle gouvernance au sein de la Sécurité sociale ? », Regards, 2017/2 n° 52, p. 42.

(3) *Ibid.*, p. 39.

À première vue, ces conventions poursuivaient trois objectifs louables :

- le **renforcement de la pluriannualité** des politiques de sécurité sociale ;
- la **clarification du cadre d'évaluation de ce service public** par une lisibilité accrue des objectifs fixés et des moyens alloués ;
- une **plus grande implication du Gouvernement comme du Parlement** dans la gouvernance des branches.

Signé par chaque caisse, ce « *contrat administratif* »⁽¹⁾ de nature particulière devait, en première intention, constituer une **traduction administrative souple, car contractuelle, d'orientations fixées par le pouvoir politique, en étroite articulation avec les dispositions votées en loi de financement de la sécurité sociale.**

Cette coordination originale entre, d'une part, un texte à valeur législative adopté par le Parlement et, d'autre part, un acte réglementaire dont le contenu devait être arrêté par les partenaires sociaux et les gestionnaires, était clairement affirmée par les créateurs des conventions d'objectifs et de gestion, comme en témoigne le discours de politique générale du Premier ministre Alain Juppé en 1995 : « *Sur la base des délibérations de la représentation nationale, le Gouvernement doit ensuite conclure, avec les caisses nationales, des conventions d'objectifs et de gestion.* »⁽²⁾.

Cette tendance à la contractualisation de l'action publique est une traduction parfaite de la nouvelle gestion publique (« *New Public Management* »), courant de pensée théorisé notamment par Christopher Hood en 1991, qui repose sur l'application de standards de gestion du secteur privé aux administrations publiques (utilisation d'indicateurs de performance, évaluation quantitative inspirée de l'économétrie).

En France, un des précurseurs de cette approche était le Premier ministre Michel Rocard dont la célèbre circulaire du 23 février 1989 « *relative au renouveau du service public* » a pu faire école dans différentes administrations.

En définitive, la fonction première de la convention d'objectifs et de gestion consistait à bâtir un **diagnostic partagé sur l'état de la sécurité sociale à tous les échelons de la gouvernance politique, syndicale et de gestion.**

(1) Conseil d'État (1^{ère} et 6^{ème} sous-sections réunies), 18 février 2009, Association comité CSG, n° 295233 au Lebon : « il résulte tant de ces dispositions législatives que de son contenu que cette convention a un caractère contractuel ».

(2) Déclaration de politique générale de M. Alain Juppé à l'Assemblée nationale sur son plan de réforme de la protection sociale, 15 novembre 1995.

La promesse des conventions d'objectifs de gestion : construire la trajectoire et assurer un consensus quant aux évolutions du service public de la sécurité sociale

Inspirée des quelques accords de tutelle qui existaient au début des années 1990 et qui constituaient un embryon de gestion triennale des caisses de sécurité sociale⁽¹⁾, la première génération des conventions d'objectifs et de gestion s'est **déployée sur la période 1996-1999**.

Bâties autour du principe de **mise en regard d'objectifs de politique publique clairement définis et de moyens considérés « sanctuarisés »**, les conventions étaient conclues pour une durée volontairement supérieure à une année et d'un minimum « *de trois ans* »⁽²⁾. Leur **établissement donnait lieu à une négociation tripartite** entre l'autorité gouvernementale, le conseil d'administration de la caisse concernée et le directeur général de celle-ci.

Pour preuve de cette nécessité d'un accord entre chacune des parties, l'article L. 227-2 du code de la sécurité sociale prévoit que les « *conventions d'objectifs et de gestion sont signées, pour le compte de chaque organisme national, par le président du conseil ou du conseil d'administration et par le directeur général ou le directeur* »⁽³⁾.

En substance, les conventions ont pour objet de déterminer, d'une part, des « **objectifs pluriannuels de gestion** » et, d'autre part, des « **moyens de fonctionnement** » et des « **actions** » assurant leur mise en œuvre. Dans le détail, les « **objectifs** » contenus dans la convention relèvent de **plusieurs catégories** :

- ceux **visant le respect du cadre normatif** régissant « *la gestion du risque, le service des prestations ou le recouvrement des cotisations et des impôts affectés* » ;
- ceux **spécifiques à l'amélioration de la qualité** de service aux usagers soit l'appréciation des « *modes de contact entre les trois branches* », du « *décal de versement des prestations servies* », des « *actions menées contre le non-recours aux droits* »⁽⁴⁾ ;
- les **objectifs de « productivité du réseau »** retranscrits par la taille du portefeuille d'allocataires par agent, le coût de gestion par allocataire, le nombre de pièces administratives par agent, la part des agents affectée à certaines fonctions métiers (« *liquidation* » des prestations par exemple) ;
- enfin, les **objectifs portant sur l'allocation des moyens au sein des branches** à travers l'évaluation « *des budgets de gestion* » et des conditions d'animation « *du réseau des caisses locales* » notamment ;

Sur un plan territorial, les conventions sont déclinées au moyen de contrats pluriannuels de gestion (CPG) conclus entre « *chaque caisse nationale et l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale et, d'autre part, chacun des organismes régionaux ou locaux* »⁽⁵⁾.

(1) Philippe Renard, « *Les contrats pluriannuels de gestion : vingt ans après* », *Regards*, 2017/2 n° 52, p. 139.

(2) *La durée de mise en œuvre des conventions d'objectifs et de gestion est portée à quatre ans par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2005.*

(3) Article L. 227-2 du code de la sécurité sociale.

(4) *Cour des comptes, Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2024*, p. 307.

(5) Article L. 227-3 du code de la sécurité sociale.

● **Toutefois, les travaux de la rapporteure ont mis en évidence une série de défis au regard de la promesse originelle des conventions d'objectifs et de gestion** d'une direction partenariale, inscrite dans la durée, du service public de la sécurité sociale.

Une première observation tient à la **difficulté persistante de projection dans un horizon pluriannuel** des politiques publiques de sécurité sociale ⁽¹⁾. Des mots du chef de service de l'Inspection générale des affaires sociales dans le cadre de son audition : « *les conventions d'objectifs et de gestion sont une sorte de tunnel sur cinq ans qui fige les objectifs et les moyens alors que la vie continue* » ⁽²⁾. En effet, elles intègrent mal « *les évolutions macroéconomiques* » par la nature même de document stratégique pluriannuel ⁽³⁾.

Sous un autre aspect, la souplesse garantie par le principe contractuel de la convention a, dans une sorte « d'effet boomerang », abouti à **une confusion croissante des responsabilités**. En effet, les conventions d'objectifs et de gestion nécessitant, par nature, **un accord du trinôme « État/administrateur/caisse »**, elles sont tributaires, « *pour le meilleur et pour le pire* » suivant l'expression utilisée par Dominique Libault ⁽⁴⁾, de **la qualité de la coordination entre ces trois catégories d'acteurs**. Or, si celle-ci est répétée à l'envi, elle est, en réalité, bien moins évidente.

En effet, **l'autonomie de gestion des caisses, qui avait été reconnue par la jurisprudence, s'est dans les faits, largement réduite au fil des mesures de centralisation et d'étatisation de la sécurité sociale**, ce mouvement ayant débuté depuis les quatre ordonnances du 21 août 1967 relatives à l'organisation administrative et financière de la sécurité sociale (« ordonnances Jeanneney »). Comme l'indiquaient clairement les réponses apportées par les ministres de tutelle aux questionnaires de la rapporteure, l'autonomie des dirigeants des caisses « *ne porte que sur l'organisation et la gestion des organismes, les caisses de sécurité sociale ne disposant d'aucune compétence pour déterminer le niveau ou les conditions d'attribution des prestations sociales dont les règles sont entièrement déterminées par la loi et le pouvoir réglementaire* » ⁽⁵⁾.

(1) Audition de M. Dominique Libault, président du Haut Conseil pour le financement de la protection sociale, 12 février 2026.

(2) Audition de MM. Thomas Audigé et Laurent Habert, 26 février 2026.

(3) Réponses de MM. Thomas Audigé et Laurent Habert au questionnaire de la rapporteure.

(4) Dominique Libault, « Le plan Juppé III : Réformer l'intérieur la sécurité sociale : les conventions d'objectifs et de gestion », *Revue de droit sociale*, 1996.

(5) M. Jean-Pierre Farandou, ministre du travail et des solidarités, et Mme Stéphanie Rist, ministre de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées, réponses communes au questionnaire de la rapporteure, 17 février 2026, p. 1.

Or, et c'est un constat partagé par l'ensemble des directeurs de caisse, « **la complexité croissante** » du cadre réglementaire est incontestablement source de nombreuses difficultés de gestion pour leurs organismes ⁽¹⁾ notamment dans le calcul (« l'étape de liquidation ») des prestations versées ⁽²⁾.

À l'inverse, la tutelle ministérielle se retrouve en retrait dans une forme de « **gouvernement à distance** » ⁽³⁾ et peut difficilement être considérée responsable des effets d'une politique publique qu'elle ne pilote que de façon très indirecte. En outre, les différentiels d'appréciation constatés entre les administrations centrales et les caisses nationales quant aux effets de certaines réformes renforcent ce climat de confusion. Des mots mêmes du rapport de l'Inspection générale des affaires sociales sur la convention d'objectifs et de gestion de la Caisse nationale des allocations familiales pour les années 2018-2022 à propos de la réforme des aides personnelles au logement, « *les représentants du ministère en charge du logement ont ainsi fait part à la mission de leur satisfaction quant à la réforme mise en œuvre ce qui souligne qu'ils ne disposent pas d'une approche globale de l'activité de la branche et même du service rendu* » ⁽⁴⁾.

Dès lors, l'ambition première des conventions d'objectifs et de gestion de faire émerger une vision commune des chantiers prioritaires de la sécurité sociale se heurte à la réalité d'un appareil d'État encore marqué par une certaine « **balkanisation** ».

Cette situation tient d'ailleurs autant à « l'outil COG » lui-même, pour lequel « *une plus grande sélectivité et une hiérarchisation* » des engagements apparaît nécessaire ⁽⁵⁾, qu'à une tradition administrative française oscillant entre des périodes de centralisation de la conduite des affaires publiques et des moments de fragmentation, par secteurs et clientèles, de l'action gouvernementale ⁽⁶⁾.

Enfin, concernant l'évaluation des conventions d'objectifs et de gestion, votre rapporteure a pu observer que les contrats pluriannuels locaux de gestion ne faisaient pas l'objet d'une évaluation systématique. Plus grave encore, les modalités de participation des collectivités locales au financement des dépenses de prestation ne font pas l'objet d'un processus systématique de contrôle.

(1) Notamment les caisses primaires de l'assurance maladie et les caisses d'allocations familiales.

(2) *Audit de M. Renaud Villard, directeur général de la Caisse nationale d'assurance vieillesse, 28 janvier 2026.*

(3) Renaud Epstein, « Gouverner à distance. Quand l'État se retire des territoires », *Esprit*, novembre 2006, pp. 96-111.

(4) *Inspection générale des affaires sociales, Évaluation de la convention d'objectifs et de gestion 2018-2022 entre l'État et la Caisse nationale des allocations familiales, 2022-035R, avril 2023, p. 43.*

(5) *Inspection générale des affaires sociales, Évaluation de la convention d'objectifs et de gestion 2018-2022 entre l'État et la Caisse nationale des allocations familiales, 2022-035R, avril 2023, p. 43.*

(6) Brigitte Gaiti, « Gouverner le Gouvernement : les trajectoires des politiques de coordination gouvernementale en France (1935-2019) », *Revue française d'administration publique*, 2019/3 n° 171, pp. 565-585.

**L'évaluation des conventions d'objectifs et de gestion sur la période 2018-2022 :
des constats parfois sévères**

Le rapport d'évaluation de la convention de la branche accidents du travail et maladies professionnelles faisait observer de réelles difficultés relatives à la pertinence des objectifs fixés et à la qualité des indicateurs chargés d'en mesurer l'efficacité ⁽¹⁾.

De même, **le rapport d'évaluation de la convention d'objectifs et de gestion de la branche maladie** notait les limites des systèmes d'information, des outils juridiques et des moyens humains dans le champ de la lutte contre la fraude ⁽²⁾.

Enfin, **s'agissant de la branche famille, les diminutions d'effectifs imposées à la Caisse nationale des allocations familiales** ont été relevées comme source de la dégradation du service rendu à l'usager et des conditions de travail des agents ⁽³⁾.

(1) Inspection générale des affaires sociales, Évaluation de la convention d'objectifs et de gestion 2018-2022 de la branche accidents du travail et maladies professionnelles, avril 2023.

(2) Inspection générale des affaires sociales, Évaluation de la convention d'objectifs et de gestion 2018-2022 entre l'État et la Caisse nationale de l'assurance maladie, avril 2023.

(3) Inspection générale des affaires sociales, Évaluation de la convention d'objectifs et de gestion 2018-2022 entre l'État et la Caisse nationale des allocations familiales, avril 2023.

● En définitive, quatre-vingt ans de gouvernement de la sécurité sociale, dont trente ans sous l'empire d'un régime contractuel unique en Europe, n'ont pas permis de pleinement stabiliser **une chaîne claire de responsabilités dans un champ de l'action publique pourtant essentiel à la pérennité du « modèle français »**.

Dans cette situation bien éloignée d'un « jardin à la française », **l'examen attentif des procédures de gestion, notamment de contrôle interne, et d'évaluation des organismes, viendra paradoxalement donner aux lecteurs de ce rapport une impression d'ordre relatif.**

Cependant, loin d'infirmes les développements précédents, cette situation de contraste **entre l'opacité du pilotage politique et la relative clarté des procédures de gestion** traduit de façon nette le constat persistant de la commission d'enquête : **celui d'une substitution de la technique au politique dans le champ de la protection sociale.**

En effet, **l'émergence d'une « culture de l'évaluation » au sein des caisses**, depuis la maîtrise des risques jusqu'aux procédures de certification, a profondément affecté leur action, donnant parfois l'impression que **les ressources de contrôle prennent le pas sur le cœur de métier.**

Si la professionnalisation des dispositifs et outils de contrôle interne n'est pas, en soi, critiquable, c'est bien le défaut de cap politique qui l'accompagne qui pose une réelle difficulté.

4. Auditer et certifier ne garantit pas une gestion performante

Le mouvement inexorable de professionnalisation des organismes de sécurité sociale a, assez logiquement, été accompagné d'une attention accrue portée à l'activité quotidienne des caisses nationales et de leur réseau.

Ce déploiement d'une chaîne de l'évaluation, dont la finesse et la granularité témoignent de la qualité des organismes et des administrations centrales qui y participent, s'est concentré autour de **deux procédures distinctes et complémentaires, l'audit et la certification.**

● **La certification**, comme l'indiquait le président de la sixième chambre de la Cour des comptes, M. Bernard Lejeune « *n'est pas une mission de contrôle de gestion* » et elle constitue à ce titre, pour les magistrats, une activité « *un peu à part* »⁽¹⁾. Elle découle **directement des articles 47-1 et 47-2 de la Constitution** qui prévoient, respectivement, **une mission d'assistance de la Cour des comptes au Parlement** « *dans le contrôle de l'application des lois de financement de la sécurité sociale* »⁽²⁾ et **une exigence de régularité** et de sincérité des « *comptes des administrations publiques* »⁽³⁾.

En substance, **la certification des comptes des organismes de sécurité sociale**, en œuvre depuis l'exercice 2006⁽⁴⁾, recouvre l'ensemble des « *vérifications [...] opérées en vue de certifier la régularité, la sincérité et la fidélité des comptes des organismes nationaux du régime général et des comptes de chaque branche et de l'activité de recouvrement du régime général* »⁽⁵⁾.

Elle intervient à la suite des étapes de clôture et de combinaison des comptes, elles-mêmes établies selon le calendrier suivant : une **clôture pour les organismes locaux** entre la « *mi-janvier* » et la « *fin janvier* »⁽⁶⁾, puis une **clôture définitive des comptes combinés** au 15 mars⁽⁷⁾.

La procédure de certification opérée par la Cour porte sur **une série restreinte d'entités** listées à l'article L.O. 132-2-1 du code des juridictions financières.

Ainsi, les **comptes « individuels » des organismes nationaux** du régime général et les **comptes « combinés » des différentes branches et de l'activité de**

(1) *Audition de MM. Bernard Lejeune, président de la sixième chambre, Jean-Luc Fulachier, conseiller maître et président de section à la sixième chambre, et Michel Thomas, conseiller maître à la sixième chambre de la Cour des comptes, 15 janvier 2026.*

(2) *Article 47-1 de la Constitution.*

(3) *Article 47-2 de la Constitution.*

(4) *En application de la loi organique n° 2005-881 du 2 août 2005 relative aux lois de financement de la sécurité sociale.*

(5) *Article L. O. 132-2-1 de code des juridictions financières.*

(6) *La date exacte de clôture est variable selon les réseaux et les décisions du directeur comptable et financier des organismes nationaux.*

(7) *Audition de M. Alexis Klein, secrétaire général de la mission comptable permanente, et Mme Anne Fichen, sous-directrice des études et des prévisions financières de la direction de la sécurité sociale, 22 janvier 2026. Une clôture provisoire est également fixée au 22 février.*

recouvrement du régime général, qui retracent en cumulé l'activité d'assurance de 90 % de la population, font l'objet d'une certification par les magistrats ⁽¹⁾.

La combinaison des comptes, un préalable indispensable à la certification

Les branches du régime général de la sécurité sociale sont, depuis 1967 et les ordonnances dites « Jeanneney » ⁽¹⁾, séparées par « risque » social. Toutes disposent, à l'exception de la branche autonomie créée en 2021, d'un réseau territorial dense. Dès lors, **l'établissement de comptes combinés, indispensables pour retracer la réalité du patrimoine d'une branche, implique une série de retraitements** du fait de la multiplicité des entités rattachées (133 dans le cas de la seule branche maladie) ⁽²⁾.

Il s'agit **d'une combinaison et non d'une consolidation des comptes**. Un organisme national de sécurité sociale ne « contrôle » pas, au sens commercial du terme ⁽³⁾, ses caisses locales. Par conséquent, l'application du principe de consolidation, qui permet d'établir les comptes d'une entité « mère » à partir de ceux de ses filiales, ne trouve pas d'équivalent dans le champ de la sécurité sociale ⁽⁴⁾.

Il convient de **distinguer les comptes « individuels » des organismes locaux et nationaux, des comptes « combinés »** établis à l'échelle de la branche à l'issue du processus ⁽⁵⁾. Un « compte combiné » est le fruit de l'association de deux ensembles distincts : d'une part « l'ensemble de tête » constitué de l'organisme national (« entité combinante ») et des caisses locales et régionales du réseau (« entités combinées »), d'autre part la catégorie des « autres entités combinées » qui regroupe les organismes assurant des fonctions supports auprès des réseaux et de caisses (centres de traitement informatique, associations, groupements d'intérêts économiques) ⁽⁶⁾.

Toute la logique de la combinaison **consiste, à partir de ces ensembles, en une série d'opérations de retraitements** afin de « neutraliser les opérations réciproques entre organismes combinés » ⁽⁷⁾. Autrement dit, combiner consiste à **annuler les « flux croisés » entre deux entités afin de limiter les situations de « double comptabilité »**.

Un **degré supplémentaire de raffinement s'observe pour les entités juridiques** à l'activité rattachée à plusieurs branches, comme les caisses générales de sécurité sociale ⁽⁸⁾.

La **finesse des systèmes comptables des organismes locaux** permettra de rattacher chaque opération à une branche précise, facilitant les opérations de retraitement.

(1) Ordonnance n° 67-706 du 21 août 1967 relative à l'organisation administrative et financière de la sécurité sociale, article 1.

(2) Mission comptable permanente, réponses au questionnaire de la rapporteure 15 janvier 2026.

(3) La consolidation des comptes vise à regrouper les états financiers de plusieurs entités juridiques d'un même groupe pour les présenter comme si elles ne formaient qu'une seule et unique entreprise. Elle résulte d'un lien de contrôle entre une entité « consolidante » et d'autres entités « consolidées ».

(4) La notion de contrôle au sens du code du commerce renvoie aux différents cas de figure dans lesquels une entité « mère » est en mesure d'orienter les décisions de ses filiales.

(5) Recueil des normes comptables pour les organismes de sécurité sociale, p. 190.

(6) Ibid, p. 195.

(7) Ibid, p. 196.

(8) Mission comptable permanente, réponses au questionnaire de la rapporteure, 15 janvier 2026.

(1) [Site internet de la sécurité sociale.](#)

Pour ce qui est des **régimes « spéciaux »**⁽¹⁾, la certification relève de commissaires aux comptes dans les conditions du droit commun. Cette distinction figure à l'article L. 114-8 du code de la sécurité sociale, qui dispose que « *les comptes des organismes nationaux de sécurité sociale, autres que ceux mentionnés à l'article L.O. 132-2-1 du code des juridictions financières sont certifiés par un commissaire aux comptes* »⁽²⁾.

Par exception, « *les comptes de la mutualité sociale agricole et de tous les régimes spéciaux [...] comme [...] les comptes de tous les régimes de professions libérales [...] et ceux des régimes complémentaires de retraite* » donnent donc lieu à certification par des commissaires assermentés⁽³⁾.

La rapporteure appelle à porter une attention particulière s'agissant du cas particulier des comptes de la caisse de sécurité sociale de Mayotte. En effet, comme le rappelle chaque année la Cour des comptes, son intégration « *aux périmètres de combinaison de l'activité de recouvrement et des branches du régime général est reportée depuis 2015, du fait d'écarts non résolus entre son bilan et ceux des [organismes de sécurité sociale intégrés au champ de la certification]* »⁽⁴⁾. Si elle ne mésestime pas les enjeux techniques liés à cette absence d'intégration des comptes de la caisse de sécurité sociale de Mayotte aux comptes combinés du régime général, elle ne peut que la regretter. Mayotte est un département français depuis 2011 et il n'est pas acceptable que ses comptes de sécurité sociale ne puissent être analysés par la Cour sur un pied d'égalité avec ceux des autres départements. Cela illustre une fois de plus le peu de considération que les pouvoirs publics accordent aux Mahorais.

Recommandation n° 1 : mener dès que possible les travaux permettant d'intégrer les comptes de la caisse de sécurité sociale de Mayotte au périmètre de combinaison des comptes faisant l'objet d'une certification par la Cour des comptes.

● Sur un plan opérationnel, la mission de certification de la Cour des comptes est « *confiée à une équipe dédiée* »⁽⁵⁾. Elle est **en dialogue constant** avec les caisses et les entités intervenant dans **le processus de reddition des comptes**.

Les magistrats mènent **une série de missions intermédiaires préalables à l'étape de certification**, chaque observation comportant un échange contradictoire avec l'organisme certifié. Dans leurs activités de certification, les magistrats

(1) À l'instar du régime de sécurité sociale du secteur notarial créé par la loi du 12 juillet 1937.

(2) Article L. 114-8 du code de la sécurité sociale.

(3) Audition de MM. Philippe Vincent, président de la Compagnie nationale des commissaires aux comptes, Maximilien Mézard, directeur de cabinet et délégué général, et Cyril Brogniart, directeur des hubs publics, économie, protection sociale et services financiers du cabinet Grant Thornton, 27 janvier 2026.

(4) Cour des comptes, rapport de certification des comptes du régime général de sécurité sociale – exercice 2025, mai 2026, p. 13.

(5) Audition de MM. Bernard Lejeune, président de la sixième chambre, Jean-Luc Fulachier, conseiller maître et président de section à la sixième chambre, et Michel Thomas, conseiller maître à la sixième chambre de la Cour des comptes, 15 janvier 2026.

financiers sont tenus de respecter, tout à la fois, **les règles applicables aux commissaires aux comptes** (intégrité, impartialité, indépendance, esprit critique, compétence, diligence, discrétion) **et les principes d'indépendance, de contradiction et de collégialité de la Cour** ⁽¹⁾.

Un **second temps du processus de certification** conduit à la présentation du rapport pour observations à l'organisme concerné, avant adoption par la Cour de sa version définitive en assemblée plénière.

L'étape du constat sur les comptes ne constitue d'ailleurs pas le terme des travaux du certificateur. Celui-ci assure également, d'un exercice à l'autre, un suivi de la mise en œuvre des engagements pris par l'organisme afin de « lever des réserves » ayant pu être constatées ⁽²⁾.

La certification des comptes, une étape indispensable à la correcte information du Parlement

Déduite de l'article XIV de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen, et découlant également de l'article 47-2 de la Constitution, l'obligation de sincérité ⁽¹⁾ et de régularité des comptes des administrations publiques est appréciée, dans le champ des organismes de sécurité sociale, par l'analyse des **comptes des différents organismes et des tableaux relatifs à l'équilibre financier et à la situation patrimoniale**.

Le **tableau d'équilibre** « retrace l'équilibre financier de la sécurité sociale » pour « l'ensemble des régimes obligatoires de base, par branche, ainsi que pour les organismes concourant au financement de ces régimes » ⁽²⁾. En fait, il prend la forme de deux tableaux : l'un consacré à l'équilibre, par branche, des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale ; l'autre relatif aux organismes concourant à leur financement.

En termes de calendrier, le **tableau d'équilibre de l'exercice en cours est, chaque année, rectifié par la loi de financement de l'année suivante en première partie**, ce afin que les parlementaires se prononcent à partir des données les plus récentes ⁽³⁾. En complément, la partie portant sur les recettes de la même loi de financement comprend un **tableau d'équilibre prévisionnel pour l'année à venir** précisant les effets sur le solde des mesures adoptées par le Parlement ⁽⁴⁾.

Enfin, **un vote sur le tableau de l'exercice en cours est également prévu** lors de l'examen du projet de loi d'approbation des comptes de la sécurité sociale, en juin ⁽⁵⁾.

S'agissant du **tableau patrimonial** qui peut être considéré comme la partie « bilantielle » des états financiers, il figure en annexe du même **projet de loi d'approbation des comptes** ⁽⁶⁾. Il retrace « la situation patrimoniale des régimes obligatoires de base et des organismes concourant à leur financement, à l'amortissement de leur dette ou à la mise en réserve de recettes à leur profit » ⁽⁷⁾. Il met en regard l'ensemble des éléments ayant une valeur économique positive pour l'organisme (« l'actif ») et l'ensemble des obligations (« des dettes ») à l'égard des tiers contractées afin de financer l'activité.

Si la production des tableaux de patrimoine et d'équilibre peut sembler, à première vue, déliée de la certification des comptes, elle est en réalité **indissociable de cet exercice**. En

(1) Ibid.

(2) Audition de M. Damien Ientile, directeur de l'Urssaf Caisse nationale, Mme Camille L'Hernault, directrice comptable et financière, Mme Caroline Rossigneux-Meheust, secrétaire générale et M. Jean-Baptiste Courouble, directeur des systèmes d'informations, 29 janvier 2026.

effet, le tableau d'équilibre est produit à partir de la **centralisation des comptes de résultat combinés des différents organismes**. Au stade de la combinaison, les différents comptes combinés sont retracés dans un degré de détail très fin et sont donc **difficilement lisibles**. Dès lors, la production d'un solde conforme aux exigences de transparence et de lisibilité **implique une étape supplémentaire** de « sécurisation des états comptables » par la mission comptable permanente de la direction de la sécurité sociale. Celle-ci agrège au moyen de « **balances comptables** » les **sous-ensembles des différents comptes au sein d'ensembles harmonisés** ⁽⁸⁾. En sus, une série de retraitements ⁽⁹⁾ est opérée par la sixième sous-direction de la direction de la sécurité sociale afin de neutraliser :

- les opérations qui ne relèvent pas, au sens strict du champ des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale, comme le versement de prestations qui excèdent le droit commun de la sécurité sociale ;
- les flux financiers entre régimes d'une même branche ;
- les flux inter-branches, comme la majoration de pension pour enfants qui donne lieu à un versement de la branche famille au bénéfice de la branche vieillesse.

(1) *Au sens comptable.*

(2) *Article L.O. 111-3-4 du code de la sécurité sociale.*

(3) *Article L.O. 111-3-3 du code de la sécurité sociale.*

(4) *Article L.O. 111-3-4 du code de la sécurité sociale. Bien qu'inscrit dans la partie recettes et équilibre général de la loi de financement de la sécurité sociale pour l'année à venir, l'article relatif au tableau prévisionnel intègre bien l'ensemble des dépenses votées dans la partie suivante. Une deuxième délibération intervient après le vote de la troisième partie afin de tenir compte de ces éléments.*

(5) *Article L.O. 111-4-4 du code de la sécurité sociale.*

(6) *Ibid.*

(7) *Ibid, quatrième alinéa.*

(8) *L'agrégation des comptes par les balances comptables consiste en un exercice de simplification de la présentation comptable en intégrant une série de sous-ensembles comptables, au format du plan comptable unique des organismes de sécurité sociale, dans une présentation standardisée au moyen de balances comptables établies par la mission comptable permanente.*

(9) *Primaires, secondaires et tertiaires.*

● L'exercice de certification assure **une qualité élevée de l'information comptable**, comme ses préalables de combinaison et de centralisation des comptes. Comme l'indique M. Franck Von Lennep, il « *s'inscrit dans ce mouvement de progrès continu* » vers une plus grande transparence des comptes des organismes de protection sociale ⁽¹⁾, objectif auquel souscrit votre rapporteure.

Néanmoins, l'exercice de certification présente également de nombreuses limites.

En effet, **certifier un compte n'est ni faire état d'une situation d'excédent financier, ni donner son assentiment à la gestion d'un organisme** ⁽²⁾.

(1) *Audition de M. Franck Von Lennep, ancien directeur de la sécurité sociale, 12 février 2026.*

(2) *Audition de MM. Bernard Lejeune, président de la sixième chambre, Jean-Luc Fulachier, conseiller maître et président de section à la sixième chambre, et Michel Thomas, conseiller maître à la sixième chambre de la Cour des comptes, 15 janvier 2026.*

C'est, au contraire, un simple constat de conformité des documents financiers aux normes applicables. En ce sens, il est tout à fait possible que des comptes certifiés sans réserve présentent une gestion désastreuse. Le Conseil de normalisation des comptes publics formule un constat convergent : « *Je précise que la comptabilité, bien qu'elle soit un objet clef, ne représente pas l'intégralité de l'information produite et disponible sur le sujet qui intéresse votre commission d'enquête. C'est un outil qui doit être utilisé pour atteindre les objectifs qui lui sont propres, elle n'a pas vocation à servir des objectifs qui ne sont pas les siens* » ⁽¹⁾.

Dès lors, l'entrée dans les coulisses du fonctionnement des organismes de sécurité sociale amène naturellement l'enquêteur à **considérer un deuxième niveau d'évaluation**.

À cet égard, les **missions d'audit**, hors cas de l'audit financier qui se rapproche d'un travail de certificateur, **permettent de mieux saisir les conséquences des décisions quotidiennes**. Autrement dit, là où les rapports de certification se limitent à décrire de façon succincte les causes des incertitudes comptables, **l'audit entre plus subtilement au cœur de l'activité des organismes**.

Topiques de cette démarche, les travaux de l'Inspection générale des affaires sociales en 2019 sur la **notion de « parcours usager » ont ainsi donné lieu à un examen attentif de l'activité des caisses vis-à-vis de leurs assurés**, depuis les actions de détection jusqu'au versement des prestations ⁽²⁾.

De façon complémentaire, **les missions d'audit amènent également à apprécier certains points précis**. L'expertise de l'Agence nationale de la sécurité des systèmes d'information est, à titre d'exemple, régulièrement mobilisée afin de fournir des « prestations d'audit sur mesure » sur la sécurisation des flux de données personnelles. En 2020, ses services ont été sollicités par la Caisse nationale de l'assurance maladie afin de déployer l'outil « *contact covid-19* » destiné à suivre la progression de l'épidémie ⁽³⁾.

Les thèmes d'audit de même que les acteurs impliqués sont particulièrement larges. Ils peuvent aller des expertises de diverses natures de la part des corps d'inspection jusqu'au recours à des prestataires externes. L'évaluation, quelle que soit sa forme, **s'est donc affirmée comme une mission essentielle des organismes de sécurité sociale**.

Votre rapporteure observe pourtant que **les constats effectués peinent à être corrigés**, donnant parfois l'impression que l'efficacité de l'évaluation le cède à une simple dimension de rituel. L'Inspection générale des affaires sociales a ainsi admis, en réponse au questionnaire de la rapporteure, n'avoir conduit aucun contrôle

(1) *Audition de Mme Marie-Christine Lepetit, présidente du Conseil de normalisation des comptes publics, et Mme Marie-Pierre Calmel, directrice générale, 15 janvier 2026.*

(2) *Inspection générale des affaires sociales, « Parcours usagers des organismes de sécurité sociale », rapport n° 2024-006R, octobre 2024, p. 12.*

(3) *Agence nationale de la sécurité des systèmes d'information, réponses au questionnaire de la rapporteure.*

des étapes et processus amenant à la liquidation des indemnités journalières en précisant que ces travaux auraient lieu au cours de l'année 2026 et, au plus tard en 2027 ⁽¹⁾.

B. CONTRÔLER, AUDITER ET CERTIFIER SONT D'INDISPENSABLES ÉTAPES DANS LA RECHERCHE DE LA QUALITÉ DE GESTION, QUI PRÉSENTENT POURTANT DE RÉELLES LIMITES

1. Un bilan critique de la certification après la crise sanitaire : « liturgie, léthargie, litanie »

Les travaux de la commission d'enquête ont été lancés à partir d'un constat simple : la récurrence de **conclusions alarmantes de la Cour des comptes dans le cadre de son processus de certification**. En effet, exercice après exercice, les rapports de certification de la Cour des comptes font état d'anomalies, dont un grand nombre sont identifiées depuis de nombreuses années, et jusqu'à quarante ans dans certains cas, sans pour autant que ces observations n'aient donné lieu à une action corrective et déterminée du Gouvernement ou des caisses. Loin de considérer que l'absence d'observations serait un horizon atteignable compte tenu des périmètres de dépenses considérés ⁽²⁾, c'est bien la **trop grande régularité des anomalies constatées** qui a poussé la rapporteure à pleinement **interroger la « litanie » de la certification dans cet exercice de contrôle parlementaire**.

Impossibilité de certifier, refus, anomalies significatives, insuffisance d'éléments probants : comprendre le langage du certificateur

La formulation de réserves par la Cour peut prendre deux formes : **le constat de l'existence d'anomalies significatives** et **l'observation d'une insuffisance d'éléments dits « probants »**.

L'anomalie significative traduit une situation de « *désaccord sur les comptes* ». Elle est constatée lorsqu'il existe un « *écart entre le montant, le classement, la présentation ou les informations fournies sur un élément dans les comptes audités d'une part, et ceux requis par les normes comptables applicables, d'autre part* » ⁽¹⁾. Ainsi, **l'existence d'une anomalie significative retranscrit un constat « purement comptable »** qui tient essentiellement au rattachement à l'exercice d'une ou plusieurs opérations financières ⁽²⁾.

Pour ce qui relève de l'insuffisance d'éléments probants, deux situations peuvent être observées : **l'absence d'éléments** permettant d'apprécier l'ampleur d'une anomalie donnée, et **l'existence d'éléments matériels** attestant d'un écart à la norme comptable ⁽³⁾.

Dans les deux cas, le constat d'une insuffisance d'éléments probants révèle une **série d'inadéquations entre le cadre de contrôle interne et l'activité de la branche**.

S'agissant de **l'analyse** de ces réserves, **la Cour n'opère pas de hiérarchisation**. En effet, **la certification est une appréciation globale** d'un état comptable donné et des efforts consentis afin de limiter les incertitudes qui affectent l'information retranscrite.

(1) *Inspection générale des affaires sociales, réponses au questionnaire de la rapporteure.*

(2) *Audition de MM. Bernard Lejeune, président de la sixième chambre, Jean-Luc Fulachier, conseiller maître et président de section à la sixième chambre, et Michel Thomas, conseiller maître à la sixième chambre de la Cour des comptes, 15 janvier 2026.*

De façon résumée : « *le fait de ne pas certifier ou d'être dans l'impossibilité de le faire n'est pas lié au nombre de réserves* »⁽⁴⁾. Moins qu'une appréciation quantitative, le certificateur se borne donc à un jugement d'ensemble.

Ainsi, **quand il est en présence de « certaines anomalies suffisamment significatives » avec un degré quasi-absolu de certitude, le refus est prononcé**. Par contraste, si un risque hautement probable a été identifié, que celui-ci est « *diffus, dans l'ensemble des comptes* » sans pour autant que sa matérialité soit avérée, il constatera une simple **impossibilité de certifier**⁽⁵⁾.

(1) *Cour des comptes, « Certification des comptes du régime général de sécurité sociale », exercice 2022, p. 10.*

(2) *Ibid.*

(3) *Audition de MM. Bernard Lejeune, président de la sixième chambre, Jean-Luc Fulachier, conseiller maître et président de section à la sixième chambre, et Michel Thomas, conseiller maître à la sixième chambre de la Cour des comptes, 15 janvier 2026.*

(4) *Ibid.*

(5) *Ibid.*

● L'analyse des rapports de certification met en évidence, en première approche, des réserves tenant à des **difficultés ponctuelles de gestion fruit d'un contexte réglementaire, économique ou institutionnel spécifique**.

Ainsi, s'agissant de la Caisse nationale de l'assurance maladie, **la rapporteure a de nouveau constaté que la branche conservait à son passif, en 2024, une dette d'un montant de 800 millions d'euros** dont le fait générateur remontait pourtant à 1983, soit après plus de quatre décennies. Pourtant, chaque année, les rapports de la Cour des comptes font état de ces difficultés et la rapporteure a, elle-même, interpellé le Gouvernement sur ce point au mois de mai 2025. C'est finalement un décret du mois de décembre 2025 qui a permis de rendre enfin, à cette créance, son caractère exigible, préalable nécessaire à son effacement. Plus de quarante ans d'inaction gouvernementale, en somme, sur une anomalie comptable connue et documentée.

Une importante créance hospitalière antédiluvienne à l'incidence financière toutefois limitée

En 1983, le passage du financement au « prix de journée » à la « dotation globale forfaitaire » a donné **naissance à une créance détenue par les hôpitaux publics à l'encontre de la Caisse nationale de l'assurance maladie**⁽¹⁾.

Celle-ci **n'a pas été éteinte à l'occasion des réformes successives de la tarification des établissements** induisant de la part des hôpitaux un provisionnement, certes marginal dans son montant⁽²⁾, les assurant contre une éventuelle perte de la créance⁽³⁾.

Ce point précis pourrait disparaître à horizon 2026. Le Gouvernement a, par décret, rendu à la créance son caractère exigible, nécessaire préalable à son effacement définitif⁽⁴⁾.

(1) *En application des dispositions de l'article 58 du décret du 11 août 1983.*

(2) *L'action de provisionner consiste à inscrire au bilan des charges qu'on estime probables.*

(3) *Audition de MM. Bernard Lejeune, président de la sixième chambre, Jean-Luc Fulachier, conseiller maître et président de section à la sixième chambre, et Michel Thomas, conseiller maître à la sixième chambre de la Cour des comptes, 15 janvier 2026.*

(4) *Ibid. Le décret est paru le 28 décembre 2025.*

De même, bien que cet évènement dépasse la période sur laquelle se penche la présente commission d'enquête, le constat d'impossibilité de certifier les comptes de l'activité de recouvrement en 2020 relevait, en réalité, **moins d'une difficulté structurelle de gestion que d'un désaccord comptable entre l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale et la Cour des comptes** ⁽¹⁾.

**Les engagements hors-bilan de l'assurance vieillesse :
un différent lié à l'interprétation de la norme comptable**

La question de l'inscription des engagements « hors-bilan » à l'annexe pluriannuelle des comptes constitue une observation historique de la Cour des comptes à l'endroit de la branche vieillesse. Des mots mêmes de M. Renaud Villard : « *La Cour des comptes réitère cette remarque quasiment chaque année depuis que la certification existe.* » ⁽¹⁾. Toutefois, celle-ci ne relève en rien d'une difficulté de gestion particulière de la Caisse nationale d'assurance vieillesse, mais bien d'un **désaccord de son conseil d'administration avec les magistrats sur l'interprétation de la norme comptable**.

Dans le régime de retraites « par répartition non-provisionné » qui prévaut en France ⁽²⁾, les recettes en cotisations d'une année donnée ont pour finalité de financer les dépenses de prestations afférentes au même exercice comptable. Dès lors, produire des engagements « hors-bilan », soit présenter l'ensemble des obligations futures, ou autrement dit les dépenses anticipées de prestations qui pourraient incomber à la branche, impliquerait, selon la Caisse, une forme de remise en cause du « système par répartition ». Or, une présentation « hors-bilan » a ceci de particulier qu'elle met en évidence une série d'obligations auxquelles ne sont pas associées des recettes spécifiques ⁽³⁾. Dans le contexte des retraites, elle reviendrait à omettre un point essentiel : le financement par les cotisations des actifs des prestations de retraites de la même année.

(1) *Audition de M. Renaud Villard, directeur général de la Caisse nationale d'assurance-vieillesse, 28 janvier 2026.*

(2) *Article L. 111-2-1 du code de la sécurité sociale.*

(3) *Ibid.*

Sur ce point précis, la rapporteure fait observer que l'argumentaire développé par la Caisse nationale d'assurance vieillesse n'emporte pas sa pleine conviction. En effet, la transparence de l'information patrimoniale ne préjuge pas du choix de la politique de financement. Refuser de présenter ces engagements prive le Parlement d'une vision pluriannuelle, d'autant plus précieuse que les dépenses de retraite représentent, en moyenne, 15 % de la richesse nationale, soit le premier poste de dépenses de notre protection sociale.

Recommandation n° 2 : exiger la production d'une annexe pluriannuelle publiée à l'attention du Parlement présentant les engagements futurs de la branche vieillesse en regard des recettes attendues sur la même période.

● Au-delà des points ponctuels d'audit, les rapports de certification mettent également en lumière **une série de défaillances structurelles communes aux branches.**

(1) *Audition de M. Franck Von Lennep, ancien directeur de la sécurité sociale, 12 février 2026.*

À titre d'exemple, les **difficultés de rattachement d'un produit ou d'une charge à un exercice donné sont source d'observations récurrentes**. Cette situation, conséquence directe de la diversification croissante du financement de la sécurité sociale, peut prendre plusieurs formes.

En matière de recouvrement, elle se traduit par une série d'incertitudes affectant « *un peu moins de 1 milliard d'euros* » sur le total des produits recouverts par l'État et versés à l'Urssaf Caisse nationale en application des dispositions d'affectation ⁽¹⁾. Autrement dit, l'Urssaf Caisse nationale ne parvient pas toujours à identifier avec précision, pour une partie des sommes qu'elle reçoit, l'exercice comptable du fait générateur qui en permet le prélèvement.

C'est donc précisément la convergence des deux circuits de recouvrement dits « du trésor » et des Urssaf, situation qui fera d'ailleurs l'objet d'un développement ultérieur dans le rapport, qui crée des difficultés comptables amenées à persister, ainsi que l'indiquait le directeur général de l'Urssaf Caisse nationale : « *Je pense que cette anomalie continuera malheureusement à être signalée dans les prochains rapports de certification, car les systèmes d'information de l'État ne sont pas en mesure de nous indiquer à quel exercice ces sommes résiduelles doivent être rattachées. Il faudrait une évolution de ces systèmes pour y arriver.* » ⁽²⁾

Cette situation très insatisfaisante au plan comptable présente des conséquences pour l'activité de recouvrement, car elle ne peut provisionner une partie des risques associés aux dépréciations de créances ⁽³⁾, mais pas seulement. Ainsi, les attributaires des produits fiscaux comme la **branche maladie** ou **autonomie** présentent des anomalies significatives sur ce fondement.

Le cas des produits à recevoir du réseau des Urssaf

Distinctes des incertitudes liées au rattachement de certains produits d'imposition, les observations relatives aux **produits à recevoir (PAR) concernent tout autant l'application de la règle des droits constatés**. En effet, cette catégorie comptable recouvre un **ensemble de produits rattachés à un exercice et qui ne seront connus dans leur montant qu'au cours de l'exercice suivant**.

En guise d'illustration, pour **un exercice clos au 31 décembre, le montant des cotisations du dernier mois de l'année**, soit le mois de décembre, ne sera connu avec certitude qu'en janvier de l'exercice suivant, voire bien plus tardivement.

Dans cette configuration, **le principe des droits constatés implique de comptabiliser ce montant en tant que produit à recevoir**. Dès lors et compte tenu des incertitudes qui affectent la détermination de cette fraction des produits (le montant des salaires versés fait, par exemple, l'objet d'une prévision), ce rattachement donne lieu à une série

(1) *Audition de M. Damien Ientile, directeur de l'Urssaf Caisse nationale, 29 janvier 2026.*

(2) *Ibid.*

(3) *Ibid.*

d'estimations ⁽¹⁾. Or, c'est précisément la fraction estimée des « produits à recevoir » (soit **3 milliards d'euros au 31 décembre 2025**) qui pose des difficultés à la Cour.

L'Urssaf a d'ailleurs fait évoluer son modèle de prédiction permettant une réduction de 100 millions d'euros du montant des écarts constatés ⁽²⁾. Votre rapporteure note que des incertitudes sur le montant des produits à recevoir demeurent.

(1) *L'évaluation de la fraction des produits à recevoir était, avant 2024, effectuée par l'Urssaf sur la base des produits observés sur la période considérée au cours des cinq années précédentes.*

(2) *Urssaf caisse nationale, réponses au questionnaire de la rapporteure.*

S'agissant de la **branche maladie**, la question du rattachement présente une spécificité au regard du financement des établissements de santé. Si **un séjour hospitalier est bien souvent facturé par un hôpital à l'issue de la prise en charge du patient**, sa comptabilisation en droits constatés intervient dès l'entrée. Par conséquent, à la clôture de l'exercice, des « charges restant à payer » devraient être inscrites au passif de la **branche maladie** selon la Cour des comptes. Or, tel n'est pas le cas aujourd'hui, notamment **en raison de calendriers de clôture différenciés entre les établissements de santé et les organismes de sécurité sociale**. Plus largement, la rapporteure relève que les différences de mise en œuvre des dispositions comptables applicables aux organismes de sécurité sociale et aux établissements de santé – essentiellement soumis à des règles de la comptabilité publique – posent plus fondamentalement la question de l'harmonisation des règles comptables de ces entités.

Enfin, aux termes des rapports de la Cour des comptes, le défaut d'inscription des charges jusqu'à dix ans restant à payer représente un montant de plusieurs centaines de millions d'euros par exercice. Cette anomalie, par son ampleur et sa récurrence, fait l'objet de réserves systématiques depuis plus de dix ans. **Il apparaît à la rapporteure que cette dissonance de calendrier doit être résorbée par une harmonisation des dates de clôture des comptes des établissements de santé avec celles prévalant pour les organismes de sécurité sociale.**

Recommandation n° 3 : aligner les dates de clôture des comptes des établissements de santé sur le calendrier applicable aux organismes de sécurité sociale.

Un deuxième champ de difficultés répertorié par les magistrats tient aux **défaillances récurrentes des organismes en matière de contrôle interne**. Ce **point transversal à l'ensemble des branches** présente une acuité particulière s'agissant de la Caisse nationale de l'assurance maladie, de la Caisse nationale des allocations familiales et de la Caisse nationale d'assurance vieillesse. La Cour des comptes relève, pour la branche famille, le caractère « *insuffisamment adapté aux enjeux de la branche* » du dispositif de contrôle interne entraînant indus et erreurs dans le versement des prestations ⁽¹⁾.

(1) *Cour des comptes, « Certification des comptes du régime général de sécurité sociale », mai 2025, p. 65.*

Sur ce point précis, **un premier fil de responsabilité politique** peut être tiré. En effet, M. Nicolas Grivel indiquait en audition : « *le système s'est complexifié quand on nous a demandé [...] d'amplifier la gestion de deux prestations, dont l'une est devenue plus importante en volume et l'autre plus risquée* »⁽¹⁾.

Ce sont donc explicitement les décisions politiques, en l'espèce prises par les gouvernements successifs d'Édouard Philippe, de **doubler le montant de la prime d'activité et de réformer les modalités de calcul des allocations personnelles pour le logement**, qui constituent la cause racine des difficultés de certification de la branche. M. Nicolas Grivel, directeur général de la Caisse nationale des allocations familiales, a d'ailleurs fait observer en audition, tout comme la Cour des comptes, que le refus de certification avait pour objet d'attirer, littéralement, « *l'attention du législateur et du Gouvernement sur les enjeux de la branche famille* »⁽²⁾.

Cette même fonction de vigie a été également observée s'agissant de la branche autonomie. En ce sens, M. Michel Thomas, conseiller référendaire à la Cour des comptes, indiquait que le rapport de certification de l'année 2025 avait donné lieu à des alertes des équipes de direction de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie les incitant à réaliser des progrès, faute de quoi des réserves pourraient être formulées à l'avenir⁽³⁾.

Dans le champ des prestations de vieillesse, des difficultés de contrôle interne sont également à relever. À la date de rédaction du présent rapport, près d'une prestation sur dix est affectée d'une erreur de calcul⁽⁴⁾. Si les conséquences financières de cette situation sont négligeables, le montant d'indus associés étant estimé à moins de 1 % des dépenses de prestations de la branche, **elle témoigne de la persistance de marges de progression dans la liquidation des droits**⁽⁵⁾. Il convient d'ailleurs de noter que, dans la majorité des cas, les erreurs de liquidation des prestations de vieillesse se traduisent par des versements inférieurs aux droits effectifs des assurés, et non par des indus à leur profit. Plus qu'une question d'incertitude, il s'agit bien ici de préserver les impératifs de justice sociale et d'accès effectif aux droits.

En outre, et c'est un point sur lequel la rapporteure aura l'occasion de revenir plus longuement en raison de son caractère éminemment symbolique, le **contrôle de l'existence d'assurés bénéficiaires de prestations de retraite** est encore marqué par certaines difficultés. Certes, **aucun élément porté à la**

(1) Audition de M. Nicolas Grivel, directeur général de la Caisse nationale des allocations familiales, 28 janvier 2026.

(2) *Ibid.*

(3) Audition de MM. Bernard Lejeune, président de la sixième chambre, Jean-Luc Fulachier, conseiller maître et président de section à la sixième chambre, et Michel Thomas, conseiller maître à la sixième chambre de la Cour des comptes, 15 janvier 2026.

(4) Audition de M. Renaud Villard, directeur général de la Caisse nationale d'assurance vieillesse, 28 janvier 2026.

(5) *Ibid.*

connaissance de la commission n'a corroboré les rumeurs faisant état de l'existence « *de centaines de milliers de centenaires algériens* » qui bénéficieraient indûment des prestations de retraites ⁽¹⁾. **En revanche, les documents issus des travaux de la commission d'enquête font état de près de 2 000 retraités centenaires qui auraient donc travaillé pour la France** ⁽²⁾.

Toutefois, **le risque d'indu existe et il est chiffré à plusieurs dizaines de millions d'euros par la Cour des comptes**, ce qui implique dès lors une nécessaire surveillance de la part des pouvoirs publics ⁽³⁾.

Par ailleurs, si ce montant s'avèrerait relativement faible au regard des volumes financiers de la branche vieillesse, votre rapporteure souligne le **sentiment d'injustice** qu'il nourrit parmi les citoyens français et cotisants. **Ce point fera l'objet d'une attention particulière en fin de rapport.**

S'agissant de la **branche maladie**, des questionnements relatifs à la qualité des dispositifs de contrôle interne ont, là encore, été relevés. Concernant le paiement des prestations, la Cour estime que **6 % des pièces complémentaires justifiant d'un type de prise en charge font aujourd'hui défaut** dans les bases de données de l'assurance maladie ⁽⁴⁾. Concrètement, pour un montant de prestations d'environ 1,6 milliard d'euros en 2024 et 720 millions d'euros en 2025, la Cour observe que **les paiements ne sont pas réalisés à partir de l'ensemble des pièces justificatives exigées par les textes.**

On notera, par souci de clarté, que **l'estimation en valeur de la Cour fait l'objet d'un réel débat**, la Caisse nationale de l'assurance maladie contestant fermement l'ampleur des montants considérés ⁽⁵⁾, indiquant, au surplus, leur concentration sur cinq caisses primaires marquées par un fort volume de traitement de pièces.

En dépit de ces éléments de contexte, votre rapporteure persiste dans son constat qu'il n'est pas acceptable de verser des prestations sans preuve permettant d'en justifier le bénéfice.

(1) *Ibid.*

(2) *Ibid.*

(3) *Ibid.*

(4) *Cour des comptes, « Certification des comptes du régime général de sécurité sociale », mai 2025, p. 65.*

(5) *La Caisse nationale de l'assurance maladie relève notamment une très forte concentration de l'échantillon choisi par la Cour sur des caisses primaires qui traitent un volume important de pièces justificatives. Cette situation a pu être source de biais surestimant les montants déduits.*

L'absence de pièce jointe dans la justification de certaines dépenses de l'assurance maladie recouvre principalement deux cas de figure

Le **premier cas de figure** relevé dans les observations de la Cour tient essentiellement aux situations dans lesquelles un assuré oublie sa carte vitale, situation qui se retrouve d'ailleurs également dans la prise en charge en urgence au sein d'un établissement de santé. Le professionnel de santé émet un « *flux dégradé* » d'information à l'attention de l'assurance maladie qui devrait, en principe, être complété par la transmission d'une feuille de soins papier « *pour attester de l'accord de l'assuré* »⁽¹⁾. Des contrôles effectués par la Cour ont mis en évidence l'absence de cette feuille de soins.

Le **second cas de figure** tient à l'absence de la copie de l'ordonnance « *justifiant un acte ou un produit* » donnant lieu à remboursement⁽²⁾.

Dans un cas comme dans l'autre, le paiement de l'assurance maladie se fonde toutefois sur **une facture transmise par le professionnel de santé**.

(1) *Caisse nationale de l'assurance maladie, réponses au questionnaire de la rapporteure.*

(2) *Ibid.*

Les causes des défaillances de contrôle interne dans le champ de la branche maladie sont relativement consensuelles.

En premier lieu, **les magistrats financiers relèvent une inadéquation des systèmes d'information** aux réalités du contrôle des pièces justificatives. À cet égard, M. Jean-Luc Fulachier indiquait qu'un professionnel de santé pouvait, en justification d'un remboursement, adresser une « *page blanche* » au système d'information dédié de la Caisse nationale de l'assurance maladie sans que celui-ci n'identifie systématiquement un défaut de pièce justificative⁽¹⁾.

De façon plus conjoncturelle, **le contexte de crise sanitaire doit également être mis en exergue sans pour autant masquer les difficultés réelles de gestion des caisses**. En effet, le covid-19 a conduit à alléger certaines procédures de contrôle « *du fait de l'impératif de continuité de la couverture des prestations sociales et des paiements* » des assurés⁽²⁾. Cette situation était d'ailleurs commune à la médecine de ville et à la médecine hospitalière, les contrôles liés à la cotation des actes ayant été notamment suspendus pendant cette période⁽³⁾.

En définitive, **l'analyse détaillée des rapports de certification permet de faire la part entre les difficultés ponctuelles**, parfois mineures, que rencontrent des branches de la sécurité sociale, et **les enjeux de structure qui tiennent à des décisions politiques**, comme pour la branche famille, mais également à **des défauts techniques de gestion et de maîtrise des risques**. Cette léthargie institutionnelle a un coût aussi bien pour les assurés, pour les finances publiques que pour la confiance des citoyens dans le système de protection sociale.

(1) *Audition de MM. Bernard Lejeune, président de la sixième chambre, Jean-Luc Fulachier, conseiller maître et président de section à la sixième chambre, et Michel Thomas, conseiller maître à la sixième chambre de la Cour des comptes, 15 janvier 2026.*

(2) *Ibid.*

(3) *Ibid.*

2. Un contrôle interne encore marqué par de multiples imperfections, source des incertitudes : la grande responsabilité des systèmes d'information

Comme l'a souligné M. Dominique Libault dans ses réponses au questionnaire, les conventions d'objectifs et de gestion intègrent les enjeux liés à la certification, notamment ce qui touche aux questions de contrôle interne ⁽¹⁾.

Toutefois, à ce stade des travaux, il apparaît que l'essentiel des incertitudes budgétaires des branches de la sécurité sociale tient aux défauts de contrôle interne observés dans les différentes caisses.

Ce constat apparaît d'autant plus baroque à votre rapporteure que **le cadre juridique de définition du contrôle interne et les moyens consacrés à sa formalisation n'ont jamais été aussi importants.**

À cet égard, elle ne peut s'empêcher de rappeler que des outils sophistiqués de contrôle interne sont sans valeur s'ils ne sont pas alimentés par des systèmes d'information adaptés et modernes. Pour qu'un contrôle interne soit efficace, il faut donc que les systèmes d'information soient robustes. Or, la plupart d'entre eux repose sur des composants datant des années 1980-1990, écrits dans des langages informatiques conçus à la fin des années 1950. C'est précisément cet archaïsme qui constitue une barrière à leur modernisation. À titre d'exemple, le « *système national version 2* » (SNV2), application historique de gestion des comptes des cotisants utilisée par l'Urssaf depuis 1987, a pour mission de retranscrire les informations relatives au plus de 300 milliards d'euros de cotisations sociales appelées chaque année. Pourtant, son architecture native, conçue pour des flux agrégés par établissement n'a jamais fait l'objet d'une pleine modernisation. Jean-Baptiste Courouble, directeur en charge des services informatiques de l'Urssaf Caisse nationale, a ainsi indiqué en 2022 que la réécriture des programmes avait « *été abandonnée, car trop complexe, trop risquée, trop coûteuse* » ⁽²⁾.

De même, l'échec de la réforme de l'interlocuteur social unique (ISU) en 2008, qualifié de « *catastrophe industrielle* » par la Cour des comptes en 2012, a directement procédé de l'incapacité du SNV2 à intégrer le recouvrement des cotisations des travailleurs indépendants. L'Inspection générale des affaires sociales constatait ainsi que « *l'applicatif SNV2 [...] s'est immédiatement révélé incapable de fonctionner de façon synchronisée avec les applicatifs de gestion du RSI* » ⁽³⁾.

(1) M Dominique Libault, réponses au questionnaire de la rapporteure.

(2) « [Nous accompagnons l'Urssaf vers de nouveaux horizons](#) », IT for Business, 14 juin 2022.

(3) Inspection générale des affaires sociales, « *Bilan de la convention d'objectifs et de gestion 2007-2011 signée entre l'État et le régime sociale des indépendants (RSI) et recommandation pour la future convention* », Pierre-Yves Bocquet, Laurence Eslous, Frédéric Salas, membres de l'Inspection générale des affaires sociales, octobre 2011, p. 2.

Un mince exemple de réussite : le logiciel Artic qui assure une détection du travail dissimulé

À l'occasion d'un déplacement au siège régional de l'union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (Urssaf) des Bouches-du-Rhône, la rapporteure s'est vu présenter le logiciel « *Artic* » qui offre aux équipes de contrôle le bénéfice d'une pré-évaluation des entreprises et ce afin de détecter, en amont du contrôle, les situations pouvant s'apparenter à du « *travail dissimulé* ».

De façon simplifiée, ce logiciel donne un « score de risque » à une entreprise sélectionnée sur la base d'un traitement de très nombreuses données administratives (signalements Tracfin, données de facturation, utilisation du « fichier des interdits de gérer », montant de chiffre d'affaires d'entreprises comparables).

L'attribution de ce score de risque permet ensuite à l'inspecteur d'orienter son contrôle et de mieux répartir les ressources pour optimiser le recouvrement.

Plus récemment, les accrocs du logiciel « *Arpège* » offrent une démonstration supplémentaire de la grande difficulté qu'ont les administrations publiques en général et les organismes de sécurité sociale, en particulier, à moderniser leurs systèmes d'information socles. Déployé par la Caisse nationale de l'assurance maladie à compter du 1^{er} octobre 2024 dans les caisses primaires de Loire-Atlantique et de Vendée, le logiciel avait précisément pour objet de remplacer une application historique de gestion des indemnités journalières jugée obsolète (« *Progrès* »). Le projet portait l'automatisation de 85 % des liquidations et visait à ramener les délais de paiement à moins de vingt jours d'ici 2027.

Pourtant, dès les premières semaines, 16 000 dossiers ont été marqués par des anomalies dans les paiements générant un afflux de réclamations sans précédent. Au total, près de 11 500 réclamations ont été enregistrées pour le seul département de la Loire-Atlantique. Après un audit externe diligenté au mois de février 2026, la Caisse nationale de l'assurance maladie a officiellement pris acte de l'échec du projet ⁽¹⁾.

● Pour revenir au cadre général du contrôle interne, **celui-ci peut être défini comme « l'ensemble des dispositifs formalisés et permanents »** mis en œuvre par une entité afin de « *maîtriser les risques* », de les ramener « *à un niveau acceptable* » et de donner une assurance raisonnable quant à la réalisation des objectifs qui lui sont assignés ⁽²⁾. Il est donc au cœur de deux impératifs, parfois contradictoires, que sont la maîtrise de risques et l'amélioration « *de la qualité et de la performance* » associée au service rendu ⁽³⁾.

Partant de ce postulat, il est important d'ajouter que **les dispositifs de contrôle interne s'inscrivent dans une obligation de moyens**. En effet, ils se

(1) « [Après des bugs en Loire-Atlantique et Vendée, la Sécu suspend le déploiement du logiciel d'indemnisation des arrêts de travail](#) », Le Figaro, 10 octobre 2025.

(2) Secrétariat général des ministères sociaux, réponses au questionnaire de la rapporteure.

(3) Article D. 114-4-6 du code de la sécurité sociale.

conçoivent à partir d'un contexte réglementaire et opérationnel donné au sein duquel un équilibre s'établit entre la maîtrise des risques et la recherche de performance.

● En matière sociale, les instruments et dispositifs de contrôle interne ont fait l'objet d'un **développement particulièrement fourni**. Cette profusion s'explique, pour partie, par la multiplicité des risques spécifiques au champ de la sécurité sociale.

En effet, en raison des **périmètres de dépenses** en jeu, de la **complexité de la législation** et de la multitude de prestations, pour certaines « *intermédiées* »⁽¹⁾, **la multiplication des outils de prévention a été particulièrement significative**.

Comme l'indiquait M. Thomas Fatôme à propos de la branche maladie, « *l'assurance maladie est certainement l'un des systèmes financiers publics les plus importants et les plus complexes de France, peut-être d'Europe* »⁽²⁾. Logiquement, les mécanismes de contrôle interne qui ont été associés à la supervision de ce circuit de dépenses se sont distingués par leur degré de raffinement.

Distinguer et classer les risques en fonction de leur « criticité »

Toute politique de contrôle interne débute par une analyse ayant pour objet de **détecter, évaluer et classer les différents risques associés à un processus ou à un organisme**.

En l'état du droit, chaque directeur de caisse, en lien avec son directeur comptable et financier, est **tenu d'établir une « cartographie nationale des risques » par « processus d'activité »**, ce dans l'ensemble du réseau⁽¹⁾.

Cette analyse fait l'objet d'une actualisation triennale et, le cas échéant, peut être modifiée « *en cas de changement pouvant avoir un impact significatif sur le dispositif de contrôle interne* »⁽²⁾.

Une identification des « risques majeurs » est également attendue. Cette **catégorie comprend l'ensemble des risques dont la matérialisation** pourrait avoir une incidence particulière sur la continuité des prestations servies. Elle dépasse le champ strict des « *erreurs de droit* » constatées lors de la liquidation d'une prestation⁽³⁾. Par principe, les risques financiers (de liquidité, de recouvrement) y sont intégrés.

La Caisse nationale d'assurance vieillesse a répertorié **huit risques majeurs dans son tableau de bord de contrôle interne** : l'indisponibilité des locaux, l'indisponibilité des ressources humaines, les risques de corruption des données, les délais excessifs de traitement des droits, les risques de fraude, les défaillances fournisseur, les situations de fraude, les difficultés de calcul des droits⁽⁴⁾.

(1) Article D. 114-4-7 du code de la sécurité sociale.

(2) *Ibid.*

(3) Direction de la sécurité sociale, réponses au questionnaire de la rapporteure.

(4) Caisse nationale d'assurance vieillesse, réponses au questionnaire de la rapporteure.

(1) Secrétariat général des ministères sociaux, réponses au questionnaire de la rapporteure.

(2) Audition de M. Thomas Fatôme, directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie 27 janvier 2026.

● L'organisation des dispositifs de contrôle interne est **arrêtée à l'échelle nationale s'agissant des organismes de sécurité sociale.**

Le droit commun prévoit la **définition conjointe par le directeur et le directeur comptable et financier d'un plan national de contrôle interne unique** dans les conditions de l'article D. 114-4-7 du code de la sécurité sociale.

Plus précisément, la chaîne du contrôle interne consiste en une succession de trois séquences :

– une **phase de conception** et de **définition des objectifs** à partir des études de risques ;

– une phase de **mise en œuvre** au moyen d'actions « *de contrôle et de supervision* » ⁽¹⁾ ;

– une **phase d'évaluation** à partir d'indicateurs visant notamment à rendre compte du « *risque financier résiduel* » observé après mise en œuvre des différents types de contrôle.

**L'indicateur de risque résiduel, instrument fondamental
de mesure de l'efficacité des dispositifs de contrôle interne**

Les indicateurs de risques financiers résiduels correspondent à des évaluations statistiques des écarts à la législation constatés à partir d'échantillons de dossiers de prestation ⁽¹⁾. Pour la branche famille, **ils sont de trois ordres**. Ils recouvrent :

– l'indicateur de risque « *données entrantes* », qui vise à apprécier la justesse des informations fournies par un allocataire à neuf mois et à vingt-quatre mois, ces deux intervalles laissant apprécier l'efficacité des dispositifs de contrôle interne ⁽²⁾ ;

– l'indicateur de risque « *métier* », qui mesure les risques d'erreurs liés à des dysfonctionnements internes lors du processus de liquidation d'un droit ;

– l'indicateur de risque « *action sociale* » spécifique aux erreurs de paiements au bénéfice des structures d'action sociale financées par la branche.

Un indicateur de risque résiduel est déterminé comme la différence entre la masse totale des erreurs estimée sur l'échantillon contrôlé par la caisse nationale et le total des erreurs constatées à partir des remontées des systèmes d'information.

Une fois déterminée, cette **différence est mise en rapport avec la masse des prestations servies** pour calculer une **estimation du risque d'anomalie dans le temps**. C'est d'ailleurs précisément cet aspect dynamique qui permet au gestionnaire d'appréhender la qualité de ses processus de contrôle.

(1) Caisse nationale des allocations familiales, réponses au questionnaire de la rapporteure.

(2) *Ibid.*

Le suivi des indicateurs est généralement assuré **au moyen d'un tableau de bord spécifique dont les résultats sont transmis à l'autorité de tutelle**, en

(1) Article D. 114-4-7 du code de la sécurité sociale.

l'occurrence la mission nationale de contrôle et d'audit des organismes au sein de la direction de la sécurité sociale.

De façon complémentaire, **la mission comptable permanente de la direction de la sécurité sociale est également sollicitée afin de vérifier l'existence d'un plan de contrôle interne unifié** au sein des organismes ⁽¹⁾.

Enfin, le **secrétariat général des ministères sociaux** procède, au regard de ses attributions au sein des comités stratégiques des risques ministériels et des risques financiers, à **un suivi ponctuel de la qualité des dispositifs de contrôle interne** ⁽²⁾.

Cette multiplication d'acteurs de supervision (direction de la sécurité sociale, mission comptable permanente, secrétariat général des ministères sociaux) sans coordination centralisée visible est elle-même un facteur de risque.

En effet, les travaux de la rapporteure ont permis d'établir que les crédits d'État et les crédits gérés par les organismes de sécurité sociale étaient pilotés selon des chaînes de contrôle distinctes avec une coordination qui n'est pas toujours assurée par le comité interministériel d'audit.

**Le plan d'amélioration de la qualité transversale de la branche famille :
une feuille de route spécifique pour lever les doutes du certificateur**

En sus des dispositifs de droit commun, la branche famille a préparé, à l'issue d'un dialogue avec les autorités de tutelle et le certificateur, un plan destiné à « *améliorer la qualité des prestations versées de la branche famille sur la période 2023-2025* ».

Ce plan, **exécuté à près de 89 %** ⁽¹⁾, a essentiellement abouti à :

- un **renforcement des moyens humains et informatiques affectés aux dispositifs de contrôle sur pièce** à travers notamment le recrutement d'une trentaine de personnes ;
- une **clarification de la gouvernance du dispositif de contrôle interne** par la désignation d'un chef de file en la matière ;
- une **évolution des dispositifs de contrôle** afin de mieux intégrer les procédures de vérification du « *juste droit* » à l'occasion de la liquidation des prestations.

Un bilan préliminaire effectué par la Caisse nationale conclut à une amélioration de l'indice de qualité de liquidation et à une meilleure détection des indus. Toutefois, **la Cour des comptes indiquait qu'en dépit des progrès constatés** (« *la branche consent des efforts* »), **les dispositifs de contrôle interne demeuraient « fragiles »** ⁽²⁾ en raison notamment de difficultés persistantes dans la qualité des systèmes d'information (« *en ce domaine, nous estimons que les choses n'avancent pas* ») ⁽³⁾.

(1) Pour un taux d'exécution relevé au 31 décembre 2025.

(2) Audition de MM. Bernard Lejeune, président de la sixième chambre, Jean-Luc Fulachier, conseiller maître et président de section à la sixième chambre, et Michel Thomas, conseiller maître à la sixième chambre de la Cour des comptes, 15 janvier 2026.

(1) Mission comptable permanente, réponses au questionnaire de la rapporteure.

(2) Secrétariat général des ministères sociaux, réponses au questionnaire de la rapporteure.

(3) *Ibid.*

● **Le contrôle interne peut être appréhendé comme une série de processus de vérification** qui, dans le champ de la sécurité sociale, ont pour finalité de verser « à juste droit », c'est-à-dire d'associer « *le bon droit à la bonne personne au bon moment* »⁽¹⁾. Ces contrôles peuvent être classifiés, à grands traits, selon leur temporalité de mise en œuvre. En premier lieu, **les contrôles dits « avant paiement » ou « embarqués »**⁽²⁾, **généralement automatisés, ont pour objet de détecter en amont**, sur la base d'un historique de données de facturation, **les risques d'indus ou de fraude**. Un exemple de cette catégorie est l'outil « *Iris* » utilisé par l'assurance maladie pour contrôler la cohérence de flux de facturation selon une échelle graduée, du **simple signalement auprès d'un agent jusqu'au rejet automatique de la facture**. Ces thèmes seront principalement développés dans la deuxième partie du rapport.

Parallèlement, des **contrôles après versements** sont possibles selon différentes modalités en faisant appel à des outils déclaratifs, biométriques ou non, mais également par des moyens plus classiques comme la convocation d'une personne afin de vérifier son éligibilité à une prestation⁽³⁾.

● À la lumière des travaux de la commission d'enquête, un constat s'impose : celui d'un **développement extrêmement fouillé des dispositifs de contrôle interne, renforcé par les évolutions intervenues depuis 2022**.

Jusqu'alors et pendant des années, l'inaction avait, en effet, tenu lieu de stratégie : le système présentait des fissures connues de tous, que personne ne comblait et dont chacun espérait en silence qu'elles ne s'élargiraient pas trop vite.

La crise sanitaire de 2020 a mis fin à cette illusion accélérant une modernisation des dispositifs de contrôle interne qui aurait dû intervenir beaucoup plus tôt.

En outre, **les constats récurrents de la Cour** révèlent également une mise en œuvre encore timide de certaines mesures, notamment dans le champ des systèmes d'information où **une accoutumance à des outils obsolètes a pu être identifiée** (*cf. supra*).

De même concernant le contrôle interne, les représentants de la Compagnie nationale des commissaires aux comptes ont observé que le « *décret du 30 septembre 2022 est encore récent. Tout le monde doit se l'être approprié pour qu'il porte vraiment ses fruits. Mais l'important est de poursuivre dans cette voie et de remplacer les systèmes d'information vieillissants, là où il en existe, par des*

(1) Audition de M. Nicolas Grivel, directeur général de la Caisse nationale des allocations familiales, 28 janvier 2026.

(2) Les outils de contrôles sont dits embarqués s'ils sont associés automatiquement à l'outil de remboursement.

(3) Audition de M. Renaud Villard, directeur général de la Caisse nationale d'assurance vieillesse, 28 janvier 2026.

« systèmes d'information opérants »⁽¹⁾. Votre rapporteure ne peut que regretter **son retard d'application** dans les différentes branches.

3. La protection sociale informatisée, la création d'une dépendance réelle à une technique en constante évolution

L'application comptable Helios a connu une panne majeure en février 2026 consécutive à la défaillance d'une baie de stockage d'un centre de données de la direction générale des finances publiques. Cette panne a paralysé pendant des semaines les services comptables de nombreux hôpitaux et collectivités territoriales, menaçant le versement des salaires des agents territoriaux et le paiement des fournisseurs. Comme indiqué précédemment, la gestion des grandes bases techniques de la sécurité sociale repose notamment sur des systèmes d'information anciens, peu interopérables entre eux et partiellement dépendants d'outils ayant servi initialement d'autres fonctions publiques.

Les hôpitaux publics offrent une illustration frappante de cet archaïsme, comme l'indiquaient les représentants du Conseil de normalisation des comptes publics en audition : « *Tout le monde s'accorde à dire qu'Helios doit être revu pour être plus efficace et plus facilement interfaçable* »⁽²⁾.

Le cabinet « *Ernst & Young* » a confirmé ce constat au travers de l'exemple de l'Assistance publique – Hôpitaux de Paris : « *il y avait environ 300 applications différentes pour la partie financière. Cette multiplicité, fruit de l'histoire et des différents métiers, engendre des problèmes d'interfaces.* »⁽³⁾.

● **La question des systèmes d'information est devenue incontournable** dans la définition, la mise en œuvre et l'évaluation du service public de la sécurité sociale. Exigence accrue de transparence, complexification de la réglementation, effet démographique, phénomène de « dépendance au sentier »⁽⁴⁾ technologique, **les conséquences de cette évolution sont multiples.**

Au plan pratique, un **système d'information** peut être défini comme « *un ensemble organisé de ressources : matériels, logiciels, personnels, données et procédures permettant d'acquérir, de traiter, de stocker et de diffuser des informations* »⁽⁵⁾. Du point de vue de l'action publique, il constitue plus

(1) Audition de MM. Philippe Vincent, président de la Compagnie nationale des commissaires aux comptes, Maximilien Mézard, directeur de cabinet et délégué général, et Cyril Brogniart, directeur des hubs publics, économie, protection sociale et services financiers du cabinet Grant Thornton, 27 janvier 2026.

(2) Audition de Mme Marie-Christine Lepetit, présidente du Conseil de normalisation des comptes publics, et Mme Marie-Pierre Calmel, directrice générale, 15 janvier 2026.

(3) Audition de M. Bruno Gérard, associé audit public chez Ernst & Young France, 21 janvier 2026.

(4) La « dépendance au sentier » désigne la tendance des individus à continuer dans une voie choisie. Dans ce cas précis cette expression indique les situations où les choix passés en termes de systèmes d'information continuent d'influencer les décisions futures d'investissements.

(5) Cour des comptes, « Les systèmes d'information de la DGFIP et de la DGDDI », communication à la commission des finances, de l'économie générale et du contrôle budgétaire de l'Assemblée nationale, avril 2019, p. 16.

précisément un support « *d'informations chiffrées signifiantes et synthétiques* » afin d'apprécier « *les résultats des politiques sociales* »⁽¹⁾.

Il faut garder en tête qu'un système d'information ne traite qu'une donnée préalablement entrée. Cela signifie que la qualité des données produites par les caisses dépend intégralement de la qualité des données saisies par les agents ou collectées par les interfaces et donc de la qualité des outils de saisie, de la formation des agents et des procédures de vérification. De plus, les systèmes d'information méritent d'acquérir une maturité sans interférence récurrente ou trop précoce à la fois pour professionnaliser les agents dans leur acquisition et la maîtrise de l'outil et assurer la qualité des données.

Traductions numériques du tournant gestionnaire précédemment décrit, les systèmes d'information constituent littéralement « *des points d'appui pour décrire des situations économiques, dénoncer des injustices sociales, justifier des actions politiques* »⁽²⁾. Ils agrègent, à cette fin, un **ensemble de données administratives collectées par des applications dites de « production »** et « *utilisées [...] pour affilier les assurés et verser les prestations* »⁽³⁾. Enfin, ils peuvent mobiliser des **données plus générales issues d'enquêtes statistiques** à l'instar des travaux menés par l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee).

● **La gouvernance des systèmes d'information de la sécurité sociale** est marquée par son caractère protéiforme.

Des **schémas stratégiques des systèmes d'information (SSSI)** sont dressés pour définir les stratégies et objectifs communs à l'ensemble du service public. Ils sont déclinés à l'échelle de chaque branche par les **schémas directeurs des systèmes d'information (SDSI)**. Enfin les **conventions d'objectifs et de gestion** arrêtent les montants financiers alloués tout au long de la période correspondante. Au moins une fois par an, **un comité stratégique est réuni par le directeur de la sécurité sociale avec les directeurs généraux des différentes caisses** afin d'arbitrer les évolutions portant sur l'architecture des systèmes d'information. Selon la rapporteure, cela constitue de nombreuses instances pour peu de décision et avec à la clef des résultats insatisfaisants.

La multiplication des instances (SSSI, SDSI, comité stratégique annuel, dialogues de gestion COG) pose, en effet, la question de leur articulation effective. Aucun document unique ne permet aujourd'hui de retracer l'ensemble des arbitrages rendus entre branches en matière de système d'information ni d'évaluer leur mise en œuvre.

(1) Mireille Elbaum, « *Des indicateurs de performance à l'évaluation des politiques sociales* », Économie politique de la protection sociale, Presses universitaires de France, 2014, p. 484.

(2) Audition de M. Bruno Gérard, associé audit public chez Ernst & Young France, 21 janvier 2026.

(3) Audition de Mme Bintou Boité, directrice des systèmes d'information de la Caisse nationale de l'assurance maladie, 27 janvier 2026.

Sous couvert d'abondance procédurale, le pilotage stratégique des systèmes d'information du service public social demeure, là aussi, opaque.

• S'agissant de leurs fonctions, les systèmes d'information des organismes de sécurité sociale ont pour finalité première de retracer **l'identité d'un assuré**.

C'est le rôle du **système national de gestion des identifiants (SNGI)**, hébergé et opéré par la Caisse nationale d'assurance vieillesse. Il reçoit « *en flux entrant* » une série d'informations d'état civil auxquelles il fait correspondre un numéro de sécurité sociale, ou « *numéro d'inscription au répertoire* » (NIR), afin d'identifier l'assuré dans les différents organismes.

**Dans le détail du « flux de données entrantes »
au système national de gestion des identifiants (SNGI)**

Comme **répertoire d'identification**, le système national de gestion des identifiants est principalement alimenté par deux sources de données : le **répertoire national d'identification des personnes physiques**, d'une part, et le **système national administratif d'identification des assurés**, d'autre part.

Le répertoire national d'identification des personnes physiques a pour mission d'enregistrer, pour toute personne née en France, « *tous les événements affectant son état civil* »⁽¹⁾. Il est hébergé et mis à jour régulièrement par l'Institut national de la statistique et des études économiques à partir des données recueillies en mairie. En 2025, **119 millions d'individus étaient affiliés à ce répertoire**. En moyenne, il enregistre chaque année **2 millions d'événements** qui correspondent à autant de modifications de situation d'état civil⁽²⁾.

Le **système d'immatriculation opéré par la Caisse nationale d'assurance vieillesse** vise à identifier les personnes qui, nées hors de France, ont droit à une ou plusieurs prestations versées par les organismes de sécurité sociale. Chaque fois qu'un individu né hors de France souhaite bénéficier d'une prestation, il formule sa demande auprès de la caisse locale d'un organisme qui **transmet au service administratif national d'identification des assurés (Sandia) après vérification des conditions d'éligibilité**.

(1) Institut national de la statistique et des études économiques, réponses au questionnaire de la rapporteure.

(2) Ibid.

Un dernier outil d'importance en matière d'identification est géré par la branche vieillesse. C'est le « **répertoire de gestion des carrières uniques** » (RGCU) qui conserve « *9 milliards de données* », soit celles de l'ensemble des assurés de tous les régimes hormis quelques reliquats de régimes spéciaux⁽¹⁾.

• Enfin, dans la branche maladie, des « entrepôts » de données existent également à l'instar du « système national des données de santé » ou du « système d'information interrégimes de l'assurance maladie ». **Ces outils ont**

(1) Audition de M. Renaud Villard, directeur général de la Caisse nationale d'assurance vieillesse, 28 janvier 2026.

essentiellement une vocation prospective : orienter les politiques publiques intervenant dans le champ de la sécurité sociale.

Un exemple « d’entrepôt », le système national des données de santé (SNDS)

Le système national des données de santé est « une base nationale de données de santé » créée en application de l’article 193 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. Il vise à rassembler de façon sécurisée l’essentiel des données produites par le système de soins. Il regroupe notamment :

- l’ensemble des données de l’assurance maladie relatives au remboursement des soins, aux différentes dépenses de médicaments notamment ;
- les données hospitalières répertoriées au sein du programme de médicalisation des systèmes d’information (PMSI) ;
- les données de décès ;
- les données produites par les maisons départementales des personnes handicapées ;
- certaines données de santé publique ⁽¹⁾.

Les données répertoriées font l’objet d’une « pseudonymisation ».

Les identifiants de sécurité sociale sont retirés et un organisme tiers génère un identifiant pseudonyme unique en remplacement (« *hachage* ») dans le respect des dispositions européennes sur la protection des données. En réalité, ce ne sont pas moins de cinq couches de pseudonymisation qui sont nécessaires pour assurer une parfaite confidentialité de la donnée de santé.

Votre rapporteure a d’ailleurs été frappée, à l’occasion d’une présentation des données du Sniiram, par la qualité des données consolidées disponibles **permettant aussi bien un suivi des données de santé publique que des effets de la négociation conventionnelle sur la file active et le temps de travail des praticiens**. En outre et **c’est un point crucial qui sera abordé dans la troisième partie du rapport**, des usages complémentaires du Sniiram s’agissant des soins dispensés aux étrangers devront être envisagés.

(1) Caisse nationale de l’assurance maladie, réponses au questionnaire de la rapporteure.

• Aussi bien dans leur rôle d’identification que d’appui prospectif aux politiques publiques, les systèmes d’information **traitent une quantité considérable de données**. Cette problématique a d’ailleurs été mise en exergue par M. Renaud Villard en audition : « *Nous avons [...] construit progressivement d’énormes bases de données dorénavant interfacées en continu* » ⁽¹⁾. En guise d’exemple du caractère massif des données répertoriées, le système national de gestion des identifiants a été consulté à 2,8 milliards de reprises depuis sa création ⁽²⁾.

(1) *Audition de M. Renaud Villard, directeur général de la Caisse nationale d’assurance vieillesse, 28 janvier 2026.*

(2) *Joseph Préveraud de Vaumas, « Un référentiel des identités pour les besoins de la sphère sociale », Courrier des statistiques, n° 8, novembre 2022, p. 97.*

L'automatisation et l'interpénétration croissante des systèmes d'information a poussé à l'investissement de montants financiers significatifs. Aujourd'hui encore, « *les différentes [conventions d'objectifs et de gestion] ouvrent en moyenne 1 milliard de crédits informatiques par an dont 200 millions d'euros de crédits d'investissement au sens strict* »⁽¹⁾. Votre rapporteure ne peut s'empêcher de constater le caractère tardif et notoirement insuffisant de ces investissements.

LES DÉPENSES LIÉES AUX SYSTÈMES D'INFORMATION DES DIFFÉRENTES CAISSES

(en millions d'euros)

| | Famille | Vieillesse | Maladie | Recouvrement |
|---|------------|------------|-------------|--------------|
| Dépenses en matière de systèmes d'information | 700 | 700 | 1879 | 791 |
| Investissements | 60 | 91 | 755 | 112 |
| Total | 760 | 791 | 2634 | 903 |

Source : commission d'enquête à partir des réponses de la direction de la sécurité sociale au questionnaire de la rapporteure. Les données spécifiques à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie n'ont pas été fournies.

● **Les efforts consentis dans le développement des systèmes d'information ont été couronnés d'un certain succès** comme l'illustre le bilan de la mise en place de la **déclaration sociale nominative (DSN)**.

Issue de la centralisation de plusieurs déclarations préalablement remplies par l'employeur, la déclaration sociale nominative, généralisée à partir de 2017 pour le secteur privé et à partir de 2022 pour le secteur public, autorise aujourd'hui les organismes de sécurité sociale à disposer, chaque mois, de **l'ensemble des données relatives aussi bien à la paie du salarié** (part de cotisations, répartition de la rémunération) **qu'aux évènements affectant son activité** (fin de contrat, congé paternité par exemple). Des mots mêmes du directeur de l'Urssaf Caisse nationale, « *elle irrigue l'ensemble de la sécurité et de la protection sociale* »⁽²⁾.

● Néanmoins, **le succès de certaines innovations comme la déclaration sociale nominative n'efface pas les difficultés persistantes** auxquelles sont confrontés les systèmes d'information des différentes branches.

En ce sens, la ministre des comptes publics Amélie de Montchalin a indiqué qu'une **certaine obsolescence des systèmes d'information des organismes persistait en dépit des efforts fournis**⁽³⁾. Cette situation trouve son origine dans **un développement par couches superposées des différents systèmes d'information** tant en raison des capacités technologiques du moment que des évolutions réglementaires⁽⁴⁾.

(1) Direction de la sécurité sociale, réponses au questionnaire de la rapporteure.

(2) Audition de M. Damien Ientile, directeur de l'Urssaf Caisse nationale, 29 janvier 2026.

(3) Audition de Mme Amélie de Montchalin, ministre de l'action et des comptes publics, 11 février 2026.

(4) Audition de M. Renaud Villard, directeur général de la Caisse nationale d'assurance vieillesse, 28 janvier 2026.

L'intelligence artificielle générative et son utilisation en matière sociale

Le règlement (UE) 2024/1689 du 13 juin 2024 établissant des règles harmonisées concernant l'intelligence artificielle (*AI Act*), est paru au Journal officiel de l'Union européenne du 12 juillet 2024.

Il s'agit du premier acte législatif sur l'intelligence artificielle (IA) et sera pleinement applicable à partir du 2 août 2026.

Ce cadre réglementaire de l'intelligence artificielle poursuit les objectifs suivants :

- veiller à ce que les systèmes d'intelligence artificielle mis sur le marché soient sûrs et **respectent la législation** en vigueur en matière de droits fondamentaux ;
- la préservation et la promotion des valeurs de l'Union européenne, l'État de droit et la durabilité environnementale, l'adoption d'une **intelligence artificielle axée sur l'humain et digne de confiance**
- garantir un **cadre juridique uniforme** afin de **faciliter les investissements et l'innovation**
- renforcer la **gouvernance** et l'**application effective de la législation existante** en matière d'**exigences de sécurité applicables aux systèmes d'intelligence artificielle** et de **droits fondamentaux**
- améliorer le **fonctionnement du marché intérieur** pour des applications d'**intelligence artificielle légales et sûres**, et empêcher la fragmentation du marché.

Ce cadre doit notamment permettre de répondre aux enjeux soulevés en matière sociale par le développement de l'intelligence artificielle.

En effet, la plupart des systèmes d'intelligence artificielle considérés « *à haut risque* » par la Commission couvrent des usages dans l'emploi, l'accès au crédit ou aux prestations publiques essentielles et sont dès lors susceptibles d'avoir un « *impact significatif sur les droits fondamentaux* ».

Par ailleurs, **42 % des travailleurs de l'Union européenne sont déjà soumis à une forme de « *algorithmic management* »** soit l'usage de technologies automatisées pour exercer des fonctions de gestion dans les lieux de travail, notamment : l'organisation des tâches, la surveillance des activités ou de la performance des travailleurs ; l'évaluation ou la notation automatique ; la prise ou le soutien à la prise de décisions managériales (recrutement, affectation, rémunération, fin de contrat...).

Il s'agit par exemple des algorithmes des plateformes de livraison, des outils d'analyse automatique de curriculum vitae, ou encore des plannings de travail dynamiques.

À cet égard, votre rapporteure insiste sur ce lien direct précédemment décrit entre les difficultés observées par la Cour des comptes en matière de contrôle interne et les limites liées à l'inadaptation et à l'obsolescence de certains systèmes d'information.

Elle relève d'ailleurs qu'il n'existe pas, contrairement aux systèmes d'information opérés par le ministère en charge des comptes publics ⁽¹⁾, d'analyse unifiée sur la conformité à l'état de l'art des technologies utilisées par les

(1) Ministère de l'action et des comptes publics, réponses au questionnaire de la rapporteure.

organismes de sécurité sociale. En outre, la direction de la sécurité sociale indique qu'elle n'est pas en mesure de détailler le nombre ou les types de systèmes d'information considérés comme obsolètes, équivalents d'une **dette technique** non-identifiée.

Recommandation n° 4 : confier à la direction de la sécurité sociale le soin de définir un indicateur de « conformité technologique » à l'échelle de chaque caisse sur le modèle de celui développé par la direction générale des finances publiques. Cet indicateur permettrait notamment de piloter les investissements sur les systèmes d'information afin de réduire le retard technologique accumulé par les différentes caisses.

● Enfin, au regard de la menace croissante que constitue le risque dit « *cyber* », soit le danger découlant d'une éventuelle attaque informatique, pour la continuité du service public de la sécurité sociale, la rapporteure propose de **relever fortement les moyens consacrés à la sécurisation des systèmes d'information dans les prochaines conventions d'objectifs et de gestion.**

Par ailleurs, les calendriers de remplacement des systèmes d'information, lorsqu'ils existent, sont régulièrement reportés faute de crédits d'investissement suffisants face à la priorité du maintien en condition opérationnelle. L'évaluation de la dette technologique, c'est-à-dire du coût cumulé des reports de modernisation, n'est pas produite de manière homogène d'une caisse à l'autre, ce qui rend les arbitrages budgétaires entre branches extrêmement difficiles.

**Le risque « cyber », un risque émergent
marqué par une probabilité de matérialisation « modérée » à « élevée »**

Interrogée par la rapporteure, l'Agence nationale de la sécurité des systèmes d'information a indiqué que la probabilité de matérialisation d'un risque cyber de grande ampleur susceptible de générer une « *rupture* » dans la continuité du service assuré par les organismes pouvait être considérée « *modérée* » en l'état actuel de la menace.

Toutefois, en retenant le scénario central de la revue nationale stratégique de 2025, soit l'apparition à horizon 2030 d'une « *guerre majeure de haute intensité dans le voisinage de l'Europe* », le degré d'apparition d'un tel risque pouvait être considéré « *élevé* »⁽¹⁾.

(1) Agence nationale de la sécurité des systèmes d'information, réponses au questionnaire de la rapporteure.

Pour ne donner qu'un seul exemple, en 2021, la Caisse nationale de l'assurance maladie et la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole ont signé une convention de partenariat instituant le programme « METEORe ». Ce programme visait le déploiement, à l'horizon 2025, d'une solution de système d'information unique permettant de traiter l'ensemble des prestations, sur le champ des frais de santé, toutes catégories d'offres de soins et tous types de flux confondus.

Cependant, en 2025, seul le volet « pharmacie » du projet « METEORe » a été effectivement déployé, les anciens outils n'étant « décommissionnés » qu'en 2026. Le reste du périmètre initialement annoncé (qui représenterait environ la moitié du volume national de factures) est en attente d'un calendrier précis ⁽¹⁾.

De façon plus immédiate, **la publication d'une stratégie ministérielle de sécurité numérique** paraît également nécessaire à votre rapporteure.

Plus spécifiquement concernant la menace « cyber », la forme la plus visible de cette menace est le « rançongiciel » (*ransomware*), ou logiciel malveillant qui encode les données d'une organisation et exige le paiement d'une rançon en contrepartie. Selon l'Agence du numérique en santé, la part des établissements de santé dans les attaques traitées par l'Agence nationale de la sécurité des systèmes d'information est passée de 2,87 % en 2020 à 11,4 % en 2023 ⁽²⁾, dont 4 % des hôpitaux français victimes de cyberattaques majeures entre 2022 et 2023 ⁽³⁾.

À titre d'exemple, en janvier 2024, le centre hospitalier *Simone Veil* de Cannes a subi une attaque par un « rançongiciel » qui a chiffré l'ensemble des données médicales et administratives, contraignant le personnel au retour au papier et provoquant la déprogrammation de nombreuses interventions ⁽⁴⁾. Le groupe cybercriminel *LockBit*, n'ayant pas obtenu le paiement d'une rançon, a publié en mai 2024 environ 61 gigaoctets de données personnelles de patients et professionnels : bilans médicaux, bulletins de salaire, copies de cartes d'identité ⁽⁵⁾.

Les attaques se sont poursuivies en 2025. L'hôpital privé de la Loire à Saint-Étienne, par exemple, a été touché le 10 juillet 2025 par une cyberattaque conduisant au vol des données de 126 000 patients ⁽⁶⁾.

Plusieurs actions ciblant l'écosystème logiciel de la médecine de ville ont également été recensées. L'application « *Mon-Logiciel-Médical* », utilisée par environ 3 800 médecins libéraux, a été ciblée par un piratage informatique conduisant à une fuite de données relatives à 11 à 15 millions de patients ⁽⁷⁾.

Au niveau européen, l'Agence de l'Union européenne pour la cybersécurité observe constamment le caractère privilégié des acteurs de la santé et de la

(1) Direction de la sécurité sociale, réponses au questionnaire de la rapporteure.

(2) Agence nationale de la sécurité des systèmes d'information, « [Panorama de la cybermenace 2024](#) », février 2025.

(3) *Ibid.*

(4) « [Retour au papier-crayon au CH de Cannes après la cyberattaque](#) », Tic Santé, 18 avril 2024.

(5) « [Cyberattaque à l'hôpital de Cannes : les hackers de LockBit publient 61 gigaoctets de données](#) », L'Usine digitale, 2 mai 2024.

(6) « [Saint-Etienne : une clinique victime d'une cyberattaque, les données de 126 000 patients volées](#) », Le Monde, 10 juillet 2025.

(7) « [Laboratoires, hôpitaux, cliniques : la santé française sous le feu d'une cybercriminalité de plus en plus organisée](#) », L'Usine digitale, 13 avril 2026.

protection sociale dans le champ des attaques par « rançongiciel »⁽¹⁾. Si les données volées sont essentiellement administratives (état civil, garanties de tiers payant), et ne couvrent pas l'intégralité du dossier médical, leur croisement avec d'autres sources accessibles au grand public permet des usurpations d'identité⁽²⁾.

Ces incidents, qui ne touchent pas directement les caisses primaires mais leur écosystème de partenaires, démontrent que la sécurité du système de protection sociale ne se joue pas uniquement à l'intérieur des organismes. Elle dépend tout autant de la robustesse des sous-traitants et des opérateurs collaborant avec eux.

Si l'exfiltration de données est bien la phase émergée de l'iceberg, le risque le plus grave pesant sur le système de santé est d'une autre nature, à savoir la prise de contrôle à distance des dispositifs médicaux connectés et dont les conséquences peuvent directement mettre en danger la vie des patients.

En effet, les blocs opératoires modernes comprennent des équipements connectés (stérilisateurs, appareils d'anesthésie, robots chirurgicaux, scopes, pousse-seringues) dont la mise hors service ou le détournement est susceptible d'interrompre une intervention en cours. Une cyberattaque affectant le centre hospitalier de Dax, en février 2021, a entraîné le dysfonctionnement de stérilisateurs indispensables à la conduite de certaines opérations, entraînant report d'interventions et annulation d'exams⁽³⁾. De surcroît, le développement de la chirurgie assistée par ordinateur et de la robotique chirurgicale ainsi que la télé-chirurgie expérimentale tendent à élargir les possibilités de cyberattaque : un dispositif piloté à distance peut, par construction, être détourné à distance.

En définitive, les conséquences des cyberattaques ne sont plus théoriques. Elles ne se limitent pas aux seules atteintes à la vie privée des personnes.

En septembre 2020, à la clinique universitaire de Düsseldorf, une patiente en situation critique a perdu la vie lors d'un transfert pour cause de paralysie de l'établissement dans lequel elle était prise en charge suite à une attaque par « rançongiciel »⁽⁴⁾. Ce cas est officiellement reconnu comme le premier décès directement lié à une cyberattaque dans le secteur hospitalier. Si les morts de ce type ne sont heureusement pas légion, ce précédent doit suffire à imposer un changement d'échelle dans la prise en compte du risque cyber par les organismes de sécurité sociale et leurs établissements de santé partenaires. Pour la rapporteure, la cybersécurité hospitalière n'est plus seulement un enjeu de protection des données ou de continuité administrative, c'est une question de sécurité des soins et, finalement, de protection de la vie.

(1) Agence de l'Union européenne pour la cybersécurité, « [État de la menace dans le secteur de la santé de janvier 2021 à mars 2023](#) », juillet 2023.

(2) « [Les demandes d'aide face aux cybermenaces explosent en France](#) », Le Monde informatique, 27 mars 2026.

(3) [Lien](#).

(4) [Lien](#).

Parallèlement, il convient de rappeler que **la pandémie de covid-19 a permis un changement d'échelle dans le traitement européen des données de santé**. Membre du parlement européen à l'occasion de cette révolution que d'aucuns pourraient qualifier de « copernicienne », votre rapporteure observe que ses craintes d'alors tendraient aujourd'hui à se matérialiser. En effet, l'intention initiale des instances européennes consistait dans la création d'un espace européen des données de santé au service de certaines politiques de santé publique. Néanmoins, au-delà de cet objectif affirmé, c'est bien la constitution d'un véritable marché de la donnée qui serait aujourd'hui poursuivie, étape préalable, selon votre rapporteure, à une appropriation de ces informations par les acteurs privés de l'économie de la santé.

Créé en 2019 sous la forme d'un groupement d'intérêt public, le *Health data hub* (plateforme des données de santé, GIP PDS) avait pour mission de faciliter l'accès des chercheurs, autorités publiques et industriels aux données de santé, en particulier celles issues du système national des données de santé (SNDS, *cf. supra*). Dès son lancement, le choix d'héberger ces données sur la plateforme *cloud Microsoft Azure* a suscité des contestations.

La Commission nationale de l'informatique et des libertés, saisie par le GIP PDS, a autorisé la création d'un entrepôt de données de santé baptisé EMC2 hébergé sur *Microsoft Azure* pour une durée de trois ans. Dans sa délibération, la Commission a toutefois expressément regretté que l'absence de « *prestataire susceptible de répondre actuellement aux besoins exprimés par le GIP PDS ne protège les données contre l'application de lois extraterritoriales de pays tiers* » ⁽¹⁾. Elle a aussi relevé que le choix de Microsoft apparaissait « *en très nette contradiction* » avec ses propres préconisations ainsi qu'avec les dispositions de la circulaire de la Première ministre du 31 mai 2023 relative à « *l'actualité de la doctrine d'utilisation de l'informatique en nuage par l'État (cloud au centre)* » ⁽²⁾.

Il faudra attendre le mois d'avril 2026 pour que le *Health data hub* migre sur la plateforme *Scaleway*, filiale du français Iliad ⁽³⁾.

• La dépendance aux logiciels américains soulève également des problématiques budgétaires. Elle a été particulièrement soulignée par la Mutualité sociale agricole : « *l'autre risque majeur concerne l'augmentation exponentielle (10 à 15 % par an en moyenne) du budget consacré aux grands éditeurs américains tels que Microsoft, Broadcom. Cette dépendance technologique amène à un effet d'entonnoir budgétaire qui se rajoute au besoin de maintien en condition*

(1) Commission nationale de l'informatique et des libertés, « Délibération 2023-146 du 21 décembre 2023 autorisant le groupement d'intérêt public plateforme de données de santé à mettre en œuvre un traitement automatisé de données à caractère personnel ayant pour finalité la constitution d'un entrepôt de données dans le domaine de la santé, dénommé « EMC2 ».

(2) *Ibid.*

(3) « *Données de santé : le Health Data Hub migre de l'américain Microsoft vers un hébergeur français, après des années de polémiques* », Le Monde, 24 avril 2026.

opérationnelle et laisse peu de place pour des projets nouveaux autour de la data et de l'IA »⁽¹⁾.

En cas de tensions géopolitiques majeures, la capacité de la sécurité sociale à continuer à verser les prestations dépend de l'accès ininterrompu à ces solutions éditeurs. Or, certains logiciels comptables peuvent être rachetés par une entité étrangère, hors Union européenne, dont la viabilité n'est pas assurée : « *Le logiciel comptable est un progiciel d'une petite société française rachetée par un groupe canadien, société fragile avec des interrogations quant à sa pérennité.* »⁽²⁾

Enfin si l'ampleur de la menace est réelle, les mesures de prévention n'apparaissent pas suffisantes. Ainsi, la Caisse nationale des allocations familiales a fait appel à l'Agence nationale de la sécurité des systèmes d'information pour la dernière fois en 2015 pour un audit de cybersécurité, soit onze ans avant la rédaction du présent rapport. L'Agence, elle-même, a relevé qu'un « *renforcement du pilotage et du contrôle de la sécurité numérique [était] nécessaire* »⁽³⁾.

Recommandation n° 5 : renforcer les moyens et les effectifs de l'Agence nationale de la sécurité des systèmes d'information.

Recommandation n° 6 : assigner un objectif d'investissement dans la sécurisation des systèmes d'information des différentes branches de la sécurité sociale dans les prochaines conventions d'objectifs et de gestion.

Publier une stratégie ministérielle de sécurité numérique applicable à l'ensemble des organismes de sécurité sociale dans l'année suivant la publication du présent rapport d'enquête.

(1) *Mutualité sociale agricole, réponses au questionnaire de la rapporteure.*

(2) *Ibid.*

(3) *Agence nationale de la sécurité des systèmes d'information, réponses au questionnaire de la rapporteure.*

DEUXIÈME PARTIE EN DÉPIT DES EFFORTS DE FIABILISATION DES COMPTES ET D'AMÉLIORATION DE LA GESTION, LES LOIS DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE NE PERMETTENT PAS D'APPRÉCIER CORRECTEMENT LE DÉFICIT DE NOTRE MODÈLE SOCIAL

A. LES INCERTITUDES DÉCOULENT PARTIELLEMENT DU PÉRIMÈTRE DU BUDGET DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

1. L'absence d'identité entre le périmètre des lois de financement et celui des administrations de sécurité sociale brouille le diagnostic sur la situation financière des comptes sociaux

Les développements qui précèdent ont montré que la sécurité sociale s'est dotée, au fil des décennies, d'un appareil comptable, de dispositifs de contrôle interne et de procédures de certification qui témoignent d'une exigence croissante de rigueur dans la gestion des comptes sociaux. Pour autant, cette ambition de fiabilisation des comptes, dont on constate qu'elle n'est pas encore complètement atteinte, se heurte à un obstacle structurel : **le périmètre sur lequel le législateur financier social exerce son autorité ne coïncide pas avec celui qui sert de référence aux engagements européens de la France en matière de finances publiques.**

Cette discordance entre les régimes obligatoires de base de la sécurité sociale (Robss), unité de base du périmètre des lois de financement, et les administrations de sécurité sociale (Asso), agrégat retenu par la comptabilité nationale au sens du système européen des comptes (SEC 2010), empêche d'apprécier correctement et dans son ensemble la situation financière du système de protection sociale.

Elle est, en outre, aggravée par l'intégration au sein du sous-secteur des administrations de sécurité sociale de la Caisse d'amortissement de la dette sociale, dont l'excédent structurel, lié à des recettes exclusivement affectées au remboursement de la dette sociale, contribue à faire apparaître un solde apparent plus favorable que la réalité de la situation financière des régimes.

a. Un périmètre des lois de financement de la sécurité sociale qui ne couvre qu'une partie des dépenses de protection sociale

- i. Le cadre organique, les régimes obligatoires de base de sécurité sociale comme unité du vote parlementaire

La Constitution du 4 octobre 1958, dans sa rédaction issue de la loi constitutionnelle n° 96-138 du 22 février 1996, confie aux lois de financement de la sécurité sociale le soin de déterminer les conditions générales de l'équilibre

financier de la sécurité sociale et de fixer ses objectifs de dépenses ⁽¹⁾. Le périmètre de ces lois est défini par les dispositions organiques du code de la sécurité sociale ⁽²⁾. Les articles L.O. 111-3-3 en ce qui concerne la partie rectificative de l'année en cours, L.O. 111-3-4 pour la deuxième partie relative aux recettes de l'année à venir, et L.O. 111-3-5 à propos de la troisième partie relative aux dépenses de l'année à venir délimitent ainsi le champ des lois de financement. Celui-ci porte sur :

– **les régimes obligatoires de base de la sécurité sociale** ;

– **les organismes concourant à leur financement**, c'est-à-dire le fonds de solidarité vieillesse, supprimé à compter du 1^{er} janvier 2026 ⁽³⁾ ;

– **les organismes chargés de l'amortissement de leur dette**, autrement dit la Caisse d'amortissement de la dette sociale ;

– **les organismes chargés de la mise en réserve de recettes à leur profit**, c'est-à-dire le fonds de réserve pour les retraites.

Les tableaux d'équilibre qui, comme rappelé précédemment, constituent l'objet principal du vote parlementaire sur les comptes sociaux, portent sur ce périmètre des régimes obligatoires de base et de leurs organismes associés.

Depuis la réforme organique de 2022, le périmètre des lois de financement de la sécurité sociale a été étendu aux dispositions ayant un effet sur la dette des établissements de santé relevant du service public hospitalier et la dette des établissements médico-sociaux publics et privés à but non lucratif, financés en tout ou partie par les régimes obligatoires de base de sécurité sociale et soumis à un objectif de dépenses, dès lors que ces dispositions ont pour effet de **modifier les conditions générales de l'équilibre financier de la sécurité sociale** ⁽⁴⁾.

ii. L'agrégat des administrations de sécurité sociale : un périmètre plus large, retenu par la comptabilité nationale

Le périmètre des administrations de sécurité sociale (Asso), au sens du SEC 2010, est sensiblement plus étendu.

Depuis 2010, les administrations de sécurité sociale sont définies au paragraphe 20.67 de la nomenclature du système européen des comptes comme « *toutes les unités de sécurité sociale, indépendamment du niveau administratif qui gère ou administre les régimes* », étant entendu que « *si un régime de sécurité sociale ne répond pas aux critères requis pour être qualifié d'unité institutionnelle,*

(1) Article 34, alinéa 20, de la Constitution du 4 octobre 1958.

(2) Ces dispositions sont issues de la loi organique n° 96-646 du 22 juillet 1996 relative aux lois de financement de la sécurité sociale. Elles ont été successivement modifiées par les lois organiques n° 2005-881 du 2 août 2005 et n° 2022-354 du 14 mars 2022 relatives aux lois de financement de la sécurité sociale.

(3) En application de l'article 24 de la loi n° 2025-199 du 28 février 2025 de financement de la sécurité sociale pour 2025.

(4) Article L.O. 111-3-6 du code de la sécurité sociale.

il est classé avec son unité mère dans l'un des autres sous-secteurs des [administrations publiques] » et que « si les hôpitaux publics fournissent un service non marchand à la communauté [...] et sont contrôlés par des régimes de sécurité sociale, ils sont classés dans le sous-secteur de la sécurité sociale ».

Les administrations de sécurité sociale regroupent deux catégories :

– les **régimes de sécurité sociale**, qui « *couvrent l'ensemble de la collectivité ou d'importantes parties de celle-ci et qui sont imposés, contrôlés et financés par les [administrations publiques]* » et ne constituent donc que le volet public de l'assurance sociale, soit les « *régimes dans lesquels les participants sont obligés de souscrire une assurance, ou incités à le faire, par un tiers en vue de se prémunir contre certains risques sociaux ou certaines situations qui peuvent affecter négativement leur bien-être ou celui des personnes à leur charge* ». La nomenclature française distingue trente-deux régimes obligatoires de base de la sécurité sociale, ainsi que les régimes de retraite complémentaire obligatoires, comme l'Association générale des institutions de retraite complémentaire des cadres et l'Association pour le régime de retraite complémentaire des salariés (Agirc-Arrco) pour les salariés du secteur privé et l'Institution de retraite complémentaire des agents non titulaires de l'État et des collectivités publiques (Ircantec) pour une large partie des agents publics non titulaires, ainsi que l'assurance chômage gérée par l'Union nationale pour l'emploi dans l'industrie et le commerce (Unedic) ;

– les **organismes dépendant des assurances sociales** (Odass), comprenant les hôpitaux publics et des satellites très variés d'un pays à l'autre. En France, on recense notamment la Caisse d'amortissement de la dette sociale et les fonds de solidarité vieillesse, de réserve pour les retraites, d'indemnisation des victimes de l'amiante (Fiva) ou de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (Fcaata).

Le périmètre des administrations de sécurité sociale comprend donc, outre les entités susmentionnées, deux composantes majeures qui échappent au périmètre des lois de financement :

– le **régime d'assurance chômage**, dont la gestion est confiée à l'Unedic ;

– les **régimes de retraite complémentaire** obligatoires, au premier rang desquels se trouvent l'Agirc-Arrco pour les salariés du privé, mais également l'Ircantec pour les agents contractuels de la fonction publique.

Or, c'est bien ce périmètre des administrations de sécurité sociale que retrace, au sein des lois de financement de la sécurité sociale, l'**article liminaire**. Celui-ci, qui n'existait auparavant que pour les lois de financement rectificatives de la sécurité sociale, a été généralisé à l'ensemble des lois de financement par la loi organique du 14 mars 2022. Il présente l'état des prévisions de dépenses, de recettes et de solde des administrations de sécurité sociale, en miroir de l'article liminaire de la loi de finances portant sur l'ensemble des administrations publiques.

**DISTINCTION DE PÉRIMÈTRE ENTRE LES ADMINISTRATIONS DE SÉCURITÉ SOCIALE
ET LES RÉGIMES OBLIGATOIRES DE BASE DE SÉCURITÉ SOCIALE**

| Administrations de sécurité sociale | Régimes obligatoires de base de la sécurité sociale |
|--|--|
| <p><i>Les régimes d'assurance sociale des administrations de sécurité sociale</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – le régime général de la sécurité sociale ; – les fonds spéciaux, qui versent des prestations sociales et sont financés par des ressources propres et des versements provenant des caisses de sécurité sociale, qui répartissent les recettes affectées entre les différentes caisses, ou qui gèrent les actifs de réserve et la dette du système de protection sociale (FIVA, FSV, CADES, FRR) ; – les autres régimes de base des salariés (régimes spéciaux d'entreprises et d'établissements publics, salariés agricoles, salariés des collectivités locales et fonction publique hospitalière etc. mais hors fonction publique d'État exclue du champ des ASSO) ; – les régimes de sécurité sociale des non-salariés (dont le régime des exploitants agricoles et les régimes de retraite des professionnels libéraux) ; – des régimes complémentaires d'assurance maladie spécifiques (industries électriques et gazières et Alsace-Moselle) ; – le régime d'indemnisation du chômage ; – les régimes complémentaires d'assurance vieillesse des salariés (Agirc-Arrco notamment). | <p><i>Les régimes d'assurance sociale des administrations de sécurité sociale</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – le régime général de la sécurité sociale ; – les fonds spéciaux, qui versent des prestations sociales et sont financés par des ressources propres et des versements provenant des caisses de sécurité sociale, qui répartissent les recettes affectées entre les différentes caisses, ou qui gèrent les actifs de réserve et la dette du système de protection sociale (FIVA, FSV, CADES, FRR) ; – les autres régimes de base des salariés (régimes spéciaux d'entreprises et d'établissements publics, salariés agricoles, salariés des collectivités locales et fonction publique hospitalière etc. y compris fonction publique d'État mais aussi régimes des assemblées (AN et Sénat, etc.) ; – les régimes de sécurité sociale des non-salariés (dont le régime des exploitants agricoles et les régimes de retraite des professionnels libéraux) ; – des régimes complémentaires d'assurance maladie spécifiques (industries électriques et gazières et Alsace-Moselle) ; – le régime d'indemnisation du chômage ; – les régimes complémentaires d'assurance vieillesse des salariés (Agirc-Arrco notamment)- |
| <p><i>Les organismes divers des administrations de sécurité sociale (ODASS)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – les hôpitaux publics et privés à but non lucratif, financés par la tarification à l'activité (T2A) depuis 2012, et leurs groupements de coopérations sanitaires (GCS) ; – France travail ; – l'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH) ; – les œuvres sociales intégrées aux organismes de sécurité sociale sont reclassées en ODASS et déduites du régime général. | <p><i>Les organismes divers des administrations de sécurité sociale (ODASS)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – les hôpitaux publics et privés à but non lucratif, financés par la tarification à l'activité (T2A) depuis 2012, et leurs groupements de coopérations sanitaires (GCS) ; – France travail ; – l'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH) ; – les œuvres sociales intégrées aux organismes de sécurité sociale sont reclassées en ODASS et déduites du régime général. |

Source : réponses du ministère de l'action et des comptes publics au questionnaire de la rapporteure.

iii. Une dichotomie source de confusion pour le législateur

Il résulte de ces périmètres différents une situation paradoxale : **le législateur financier social vote chaque année des tableaux d'équilibre portant sur le seul périmètre des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale tout en approuvant, par l'article liminaire, un solde qui intègre des régimes sur lesquels il ne prend, en principe, aucune décision.** L'assurance chômage et les retraites complémentaires demeurent en effet hors du périmètre de la loi de financement de la sécurité sociale, à de très rares exceptions près.

Concrètement : en 2024, les régimes obligatoires de base affichaient un déficit. Mais l'article liminaire, intégrant la Caisse d'amortissement de la dette sociale (présentant un « excédent » comptable de 15,6 milliards d'euros), l'Agirc-Arrco (excédent structurel) et l'Unédic (à l'équilibre), montrait un solde global des Asso de + 1,2 milliard d'euros. Le Parlement a donc approuvé un article liminaire en excédent tout en votant un solde déficitaire global pour les régimes obligatoires de base.

La jurisprudence du Conseil constitutionnel a d'ailleurs confirmé cette limitation tout en l'aménageant à la marge. Dans sa décision n° 2017-756 DC du 21 décembre 2017, le Conseil a par exemple jugé que les dispositions relatives aux contributions salariales d'assurance chômage étaient « *étrangères au domaine de la loi de financement de la sécurité sociale* ». Il a toutefois admis leur insertion dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 à titre exceptionnel, au motif que le législateur avait entendu procéder à une « *réforme d'ensemble* » – la réduction des cotisations salariales de sécurité sociale au profit d'une hausse de la contribution sociale généralisée et de la taxe sur la valeur ajoutée affectée aux organismes de sécurité sociale ⁽¹⁾ – et que, dans les « *circonstances particulières de l'espèce* », la disposition trouvait « *sa place* » dans une loi de financement. De la même manière, la loi de financement a pu prévoir ponctuellement une exonération de cotisations de retraite complémentaire, compensée par une affectation de taxe sur la valeur ajoutée transitant par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Ces exceptions, peu fréquentes et admises au prix d'une motivation circonstanciée, confirment la règle : le **périmètre des lois de financement de la sécurité sociale ne s'étend, en droit, ni à l'assurance chômage ni aux régimes complémentaires, fussent-ils légalement obligatoires.**

Cette exclusion **prive le Parlement de leviers directs sur des masses financières considérables.** Les seuls régimes complémentaires obligatoires engagent des dépenses de l'ordre de 122,8 milliards d'euros en 2024, et l'Agirc-Arrco, qui verse 85,3 % des prestations de ces régimes, compte à elle seule pour environ 100,6 milliards d'euros de charges nettes ⁽²⁾. S'y ajoutent les 44,9 milliards d'euros de charges de gestion technique de l'Unédic en 2024 ⁽³⁾. Ce sont donc près de 168 milliards d'euros de dépenses qui échappent au périmètre normatif des lois de financement, tout en participant pleinement de l'effort national en matière de protection sociale et en relevant de l'agrégat sur lequel la France s'engage auprès de ses partenaires européens. Il s'agit d'un véritable problème démocratique, le Parlement ne pouvant pas exercer un contrôle plein et entier sur les finances sociales. Le point suivant s'attachera à étayer cette interrogation.

À ces 168 milliards d'euros s'ajoute un autre angle mort, plus difficilement chiffrable mais d'ampleur comparable : les complémentaires santé, devenues obligatoires pour l'ensemble des salariés du secteur privé. Selon la direction de la

(1) Article 8 de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018.

(2) Rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale, octobre 2025.

(3) Rapport financier de l'Unédic pour l'exercice 2024.

recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, les organismes complémentaires (mutuelles, institutions de prévoyance, sociétés d'assurance) ont versé, en 2024, environ 33 milliards d'euros de prestations en santé, soit l'équivalent de près de 12,8 % de la consommation de soins et de biens médicaux ⁽¹⁾. Si ces dépenses ne relèvent pas du champ strict des administrations de sécurité sociale au sens du SEC 2010, elles participent pleinement de l'effort national en matière de protection sociale et leur architecture, étroitement articulée à celle de l'assurance maladie obligatoire, fait l'objet de décisions législatives régulières. Leur exclusion structurelle du débat parlementaire sur les comptes sociaux mérite, à tout le moins, d'être interrogée.

b. Des débats anciens au sujet de l'extension du périmètre des lois de financement

i. Les recommandations de la Cour des comptes

● La Cour des comptes a explicitement plaidé, depuis de nombreuses années, pour un élargissement du périmètre des lois de financement de la sécurité sociale. Dès 2012, dans son rapport sur la situation et les perspectives des finances publiques, elle préconisait une réflexion sur « *une éventuelle extension du champ des lois de financement de la sécurité sociale à l'ensemble des organismes de protection sociale obligatoire pour les transformer en "lois de financement de la protection sociale obligatoire"* » ⁽²⁾. Dans le rapport d'application des lois de financement de la sécurité sociale de 2014, les magistrats sont allés plus loin en prônant une réforme organique dont l'un des axes était de rapprocher le périmètre des lois de financement de la sécurité sociale de celui des administrations de sécurité sociale, estimant que le champ des lois de financement ne recouvrait pas l'ensemble des dépenses de protection sociale financées par des prélèvements sociaux ⁽³⁾.

La Cour a renouvelé cette recommandation avec une netteté accrue dans la synthèse de son rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale de 2021, en formulant explicitement l'objectif d'étendre « *le champ des lois de financement de la sécurité sociale aux régimes complémentaires et d'assurance chômage* » ⁽⁴⁾.

● Trois arguments principaux sous-tendent cette position :

– **renforcer la cohérence du pilotage des finances sociales** en faisant coïncider l'outil de la discussion budgétaire qu'est la loi de financement de la sécurité sociale avec l'objet d'attention de la maîtrise des comptes sociaux, autrement dit les administrations de sécurité sociale. Il est en effet peu

(1) Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, « *Les dépenses de santé en 2024, résultats des comptes de la santé* », édition 2025, p. 118.

(2) Cour des comptes, « *La situation et les perspectives des finances publiques* », juillet 2012, p. 193.

(3) Cour des comptes, « *Les lois de financement de la sécurité sociale : une ambition à élargir* », Rapport d'application des lois de financement de la sécurité sociale, septembre 2014.

(4) Cour des comptes, « *Les lois de financement de la sécurité sociale : un cadre à réformer* », Rapport d'application des lois de financement de la sécurité sociale, octobre 2021, p. 28.

compréhensible que le Parlement soit invité à se prononcer sur le solde des administrations de sécurité sociale à travers l'article liminaire sans disposer de compétences normatives sur les régimes qui composent cet agrégat ;

– **tirer les conséquences de la fiscalisation du financement de ces régimes.** Les réformes du financement de l'assurance chômage et de l'Agirc-Arrco, en particulier les baisses de cotisations sociales consécutives à la transformation du crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi en allègements pérennes de cotisations par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018, ont conduit à ce que la Cour qualifiait déjà par anticipation en 2015 de « *transformation structurelle très profonde de la logique contributive de financement qui fonde leur fonctionnement* »⁽¹⁾. Il convient de rappeler que la fiscalisation du financement des régimes obligatoires de base avait précisément été l'une des justifications de la création des lois de financement. Le même raisonnement devrait logiquement conduire à y inclure les régimes dont le financement s'est, depuis, partiellement fiscalisé ;

– **s'agissant spécifiquement de l'assurance chômage, prendre acte de l'étatisation croissante de sa gouvernance.** L'article L. 5422-20-1 du code du travail, créé par l'article 56 de la loi n° 2018-771 du 5 septembre 2018, prévoit que les négociations interprofessionnelles en matière d'assurance chômage s'inscrivent dans un document de cadrage transmis aux partenaires sociaux par le Premier ministre. En l'absence d'accord ou en cas de refus d'agrément, le Gouvernement a la possibilité de prendre un « décret de carence » en application de l'article L. 5422-20 du même code. Cette évolution du cadre de gouvernance, qui éloigne l'assurance chômage du modèle strictement paritaire, renforce la légitimité d'un contrôle parlementaire exercé lors de l'examen des lois de financement.

ii. Des préconisations convergentes du Haut Conseil du financement de la protection sociale

Les recommandations de la Cour des comptes rejoignent celles du Haut Conseil du financement de la protection sociale (HCFiPS) dans son rapport de 2019 sur les lois de financement de la sécurité sociale, intitulé « *Bilan et perspectives* ». Le Haut Conseil préconisait, au minimum, que les lois de financement conduisent le Parlement à voter les prévisions de recettes et les objectifs de dépenses du régime d'assurance chômage⁽²⁾.

Le Haut Conseil soulignait que le champ des lois de financement ne recouvrait pas toutes les dépenses de protection sociale financées par des prélèvements sociaux. Il plaidait pour un périmètre plus proche de celui des

(1) Cour des comptes, « Les cotisations sociales : une place prépondérante mais en déclin dans le financement de la sécurité sociale, une cohérence et une lisibilité à rétablir », Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, septembre 2015, p. 174.

(2) Haut Conseil du financement de la protection sociale, « Les lois de financement de la sécurité sociale : bilan et perspectives », novembre 2019, p. 217.

administrations de sécurité sociale ou, à tout le moins, pour une meilleure visibilité sur ces dépenses dans les documents annexés.

c. La réforme organique de 2022, un compromis au milieu du gué

● La question de l'extension du périmètre des lois de financement a été directement posée à l'occasion des débats sur la proposition de loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale, devenue la loi organique n° 2022-354 du 14 mars 2022.

Le texte initial, déposé par M. Thomas Mesnier, alors rapporteur général de la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, ne comportait pas d'extension du champ à l'assurance chômage. Il se bornait à deux innovations en matière d'information du Parlement : d'une part, la création de l'article liminaire présentant le solde, les prévisions de recettes et de dépenses des administrations de sécurité sociale ; d'autre part, l'ajout d'une annexe relative à la situation financière de l'assurance chômage et des régimes de retraite complémentaire.

Le Sénat, lors de l'examen de la proposition de loi en première lecture, avait pourtant adopté un amendement étendant le périmètre des lois de financement au régime d'assurance chômage. Cette extension fut supprimée en nouvelle lecture par l'Assemblée nationale, compte tenu de la forte opposition du Gouvernement et des réticences exprimées par les partenaires sociaux.

Lors de la commission mixte paritaire, le rapporteur de l'Assemblée nationale reconnaissait néanmoins la pertinence de la démarche. Il admettait que le régime d'assurance chômage, *« qui se caractérise par des prestations principalement contributives, sur une base assurantielle, et une gouvernance assurée par les partenaires sociaux, a de nombreuses ressemblances avec les branches de la sécurité sociale actuellement examinées dans le cadre des lois de financement »*. Il estimait cependant qu'il était *« trop tôt pour opérer cette extension »*, tout en concédant que les masses financières engagées *« ne peuvent plus rester des points aveugles de notre débat budgétaire »* ⁽¹⁾.

Dans une forme de consensus mou, la réforme organique de 2022 s'est donc bornée à prévoir la création d'une nouvelle **annexe 8** aux lois de financement de la sécurité sociale, présentant la situation financière du régime d'assurance chômage et des régimes complémentaires de retraite. Ces informations complémentaires ont pour finalité d'éclairer la représentation nationale, en particulier pour le vote de l'article liminaire qui recoupe le champ des administrations de sécurité sociale.

● **Force est de constater, toutefois, que la réforme organique s'est arrêtée au milieu du gué.** Le Parlement dispose désormais d'une information plus complète, mais ses pouvoirs normatifs n'ont pas été étendus à proportion. L'annexe 8 constitue un instrument d'information, non un levier d'action. La

(1) Rapport de la commission mixte paritaire sur la proposition de loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale, n° 4904, déposé le mercredi 12 janvier 2022.

dichotomie entre un article liminaire portant sur les administrations de sécurité sociale et des tableaux d'équilibre limités aux régimes obligatoires de base de la sécurité sociale demeure entière.

Au surplus, l'annexe 8, dans sa rédaction actuelle, n'atteint qu'imparfaitement l'objectif d'information poursuivi. S'agissant de l'assurance chômage, l'annexe 8 jointe à la loi de financement de la sécurité sociale pour 2026 ne mentionne ni le montant des recettes, ni celui des dépenses du régime : elle se borne à indiquer le solde et ses variations par rapport à l'exercice précédent. Le législateur se trouve ainsi dans l'impossibilité de reconstituer, à la seule lecture de cette annexe, la structure financière du régime d'assurance chômage, contrairement à ce qu'autorisent les tableaux d'équilibre pour les branches de la sécurité sociale. Cette lacune réduit la portée d'un instrument qui devait précisément compenser l'absence de pouvoir normatif du Parlement sur ces régimes par un surcroît de transparence. Il s'agit, en définitive, d'une information tronquée qui ne répond pas entièrement à la préoccupation exprimée par le législateur organique de 2022 : les masses financières en cause ne sont pas plus intelligibles pour les parlementaires qu'avant la réforme, même si leur solde apparaît formellement dans un document annexé.

● Cela étant rappelé, les positions de la Cour des comptes et du Haut conseil du financement de la protection sociale leur appartiennent. Si la rapporteure estime que cette réflexion d'un élargissement du champ des lois de financement de la sécurité sociale peut se concevoir techniquement, force est de constater qu'elle n'est pas consensuelle. En effet, l'audition des partenaires sociaux a mis en lumière leur opposition à une telle proposition.

Ainsi, selon M. Patrick Martin, président du Mouvement des entreprises de France, « *le modèle [de l'assurance chômage] a été profondément dénaturé, à la fois en termes de réalité des responsabilités et de financement. Du fait des dernières décisions de l'État et du Parlement, 12 milliards d'euros sont ponctionnés. L'Unedic, comme d'autres, fait face à des injonctions contradictoires : il lui est demandé de réduire une dette qui atteint 60 milliards d'euros et de rééquilibrer ses comptes mais, dans le même temps, ce sont bien 12 milliards d'euros cumulés qui lui sont retirés. Il en devient d'autant plus difficile, voire impossible, d'atteindre les objectifs tout à fait salutaires de désendettement et d'équilibre* »⁽¹⁾.

Dans la même veine, M. Amir Reza-Tofghi, président de la Confédération des petites et moyennes entreprises, a plaidé devant la commission d'enquête pour un paritarisme renouvelé en indiquant que « *là où les partenaires sociaux sont en situation de responsabilité, comme à l'Agirc-Arrco, les résultats sont au rendez-vous. À l'inverse, lorsque la gouvernance est centralisée, les décisions s'éloignent des réalités économiques et les déficits se creusent* »⁽²⁾.

(1) Table-ronde des organisations d'employeurs représentatives au niveau national, 26 mars 2026.

(2) *Ibid.*

Selon M. Michel Picon, président de l'Union des entreprises de proximité, « *il est impératif (...) que [l'exclusion des budgets de l'Agirc-Arrco et de l'Unedic du périmètre des lois de financement] perdure, sous peine de remettre totalement en cause le rôle et l'action des partenaires sociaux. Une dilution de ces couvertures dans le grand tout que constitue une loi de financement serait particulièrement dommageable. Nous perdrons en visibilité et en lisibilité* » ⁽¹⁾.

Les syndicats de salariés ont également fait unanimement part à la commission d'enquête de leur attachement au paritarisme et à la participation des partenaires sociaux à la gestion de la sécurité sociale. Plus précisément, la CFTC a indiqué être « *farouchement opposée à l'intégration de l'Unedic et de l'Agirc-Arrco dans le périmètre du projet de loi de financement de la sécurité sociale* » ⁽²⁾. C'est un point de vue partagé par la CFDT et la CFE-CGC dans leurs réponses au questionnaire de la rapporteure.

Toute réflexion sur l'extension du périmètre des lois de financement de la sécurité sociale devrait être menée en parallèle d'une réflexion globale sur la gouvernance paritaire et sa place dans notre modèle social. En effet, s'il apparaît nécessaire que les pouvoirs publics, et à travers eux la représentation nationale, puissent participer pleinement au pilotage de la politique sociale de la France, il convient de reconnaître que certains régimes gérés par les partenaires sociaux présentent une trajectoire financière plus avantageuse que celle des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale. L'on peut notamment penser au régime des retraites complémentaires des salariés du privé, dont la gestion est pleinement confiée aux partenaires sociaux à travers l'Agirc-Arrco dont le solde est largement excédentaire depuis de nombreuses années (+ 6,1 milliards d'euros en 2023 ; + 4,7 milliards d'euros en 2024).

Cette question ne peut donc faire l'objet d'une réponse univoque et définitive. Son traitement requiert d'apprécier branche par branche et régime par régime les avantages et inconvénients de la gouvernance paritaire et d'une intervention accrue de l'État. La présente commission d'enquête n'était pas le lieu pour trancher ce débat.

2. L'intégration de la Caisse d'amortissement de la dette sociale au périmètre des administrations de sécurité sociale, un excédent comptable qui masque la réalité du déficit social

a. Les ressources de la Caisse d'amortissement de la dette sociale, un excédent structurel par construction

● La Caisse d'amortissement de la dette sociale, créée par l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996, est dotée de ressources propres exclusivement affectées, comme son nom l'indique, à l'amortissement de la dette

(1) *Ibid.*

(2) *Table ronde des organisations de salariés représentatives au niveau national, 26 mars 2026.*

sociale qui lui a été historiquement transférée depuis cette date. En 2025, ces ressources s'élèvent à environ **18,9 milliards d'euros** ⁽¹⁾. Elles se répartissent comme suit :

– la contribution au remboursement de la dette sociale, au taux de 0,5 %, pour un montant net prévisionnel de 9,4 milliards d'euros ;

– une fraction de contribution sociale généralisée, au taux de 0,45 %, pour un montant net prévisionnel de 8 milliards d'euros ;

– un versement annuel du Fonds de réserve pour les retraites d'un montant de 1,45 milliard d'euros.

● Or, depuis 2011, en comptabilité nationale, la Caisse d'amortissement de la dette sociale est intégrée dans le secteur des administrations de sécurité sociale. Cette catégorisation a une conséquence concrète et immédiate sur la lecture du solde des administrations de sécurité sociale tel qu'il est retracé dans les articles liminaires des lois de financement de la sécurité sociale : les ressources affectées à la Caisse constituent des recettes des administrations de sécurité sociale, intégrées au solde, tandis que la quasi-totalité de ses charges, consacrées au remboursement de la dette, sont des **charges financières qui ne constituent pas une dépense** au sens de la comptabilité nationale. La Caisse dégage donc mécaniquement selon les exercices un excédent de l'ordre de **15 à 18 milliards d'euros par an**, qui vient améliorer d'autant le solde apparent des administrations de sécurité sociale.

b. Un effet massif sur la lecture du solde des administrations de sécurité sociale

● Cet effet comptable suscite chaque année des débats au Parlement à l'occasion de l'examen des projets de loi d'approbation des comptes de la sécurité sociale et des projets de loi de financement de la sécurité sociale. Le rapporteur général de la commission des affaires sociales pointait une forme de paradoxe dans son rapport sur le projet de loi d'approbation des comptes de la sécurité sociale pour 2024 en indiquant que, dans « *la triple mesure où, à l'exception du paiement des charges d'intérêt, la [Caisse d'amortissement de la dette sociale] n'enregistre que des recettes [...], où les régimes de retraite complémentaires sont, nonobstant des disparités de l'un à l'autre, en excédent et que l'assurance chômage est à l'équilibre, leur inclusion dans l'article liminaire conduit à ce qu'il affiche un équilibre ou un excédent depuis 2022, alors que les [régimes obligatoires de base de la sécurité sociale] et le [fonds de solidarité vieillesse] sont déficitaires depuis la création des [lois de financement de la sécurité sociale]* » ⁽²⁾.

La rapporteure l'a elle-même souligné à de nombreuses reprises devant la commission des affaires sociales comme en séance publique. Cette configuration

(1) Rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale, mai 2026, p. 236.

(2) M. Thibault Bazin, rapport n° 149 sur le projet de loi, après engagement de la procédure accélérée, portant approbation des comptes de la sécurité sociale de l'année 2024 (n° 1456), 4 juin 2025, p. 13.

permet à un gouvernement de se prévaloir d'un article liminaire en excédent tout en laissant les branches déficitaires se dégrader. Cette asymétrie entre l'affichage du solde consolidé et la réalité des comptes des branches constitue, de l'avis de la rapporteure, l'un des principaux obstacles à un débat parlementaire éclairé sur la situation financière de la sécurité sociale.

Cette situation avait toutefois été pointée du doigt avant même l'intégration des articles liminaires auxdits projets de loi.

En effet, le rapport Charpy-Dubertret sur les relations financières entre l'État et la sécurité sociale avait souligné cet élément avec précision dès 2018 ⁽¹⁾. D'après les données de la direction générale du Trésor, les auteurs ont montré que le solde des administrations de sécurité sociale affiché à 0,8 point de produit intérieur brut en projection pour 2019-2022 se réduisait, une fois déduit l'excédent de la Caisse d'amortissement de la dette sociale (environ 0,6 point de produit intérieur brut), à un **solde hors Caisse d'amortissement de la dette sociale** de l'ordre de seulement **0,1 à 0,2 point de produit intérieur brut**. Sur les exercices antérieurs, l'écart était encore plus frappant. En 2016, le solde des administrations de sécurité sociale était de - 0,1 point de produit intérieur brut, mais le solde hors Caisse d'amortissement de la dette sociale atteignait - 0,7 point. En 2017, un solde de + 0,2 point masquait un solde hors Caisse d'amortissement de la dette sociale de - 0,4 point.

Les données transmises à la commission d'enquête par l'Institut national de la statistique et des études économiques confirment la persistance de cet effet. Le tableau ci-dessous décompose le solde des administrations de sécurité sociale en identifiant la contribution de chacune de ses composantes.

CONTRIBUTEURS AU SOLDE DES ADMINISTRATIONS DE SÉCURITÉ SOCIALE (2017-2024)

(en milliards d'euros)

| | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 |
|---|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Régime général (Maastricht) | - 5,8 | - 1,7 | - 2,0 | - 38,9 | - 30,4 | - 18,6 | - 10,1 | - 12,2 |
| Asso hors régime général | + 9,2 | + 10,9 | + 14,1 | - 9,4 | + 10,7 | + 27,1 | + 21,6 | + 13,4 |
| <i>dont Cades</i> | + 14,3 | + 14,8 | + 15,8 | + 16,1 | + 11,2 | + 18,0 | + 17,9 | + 15,6 |
| <i>dont FRR</i> | - 1,8 | - 1,2 | - 1,9 | - 1,2 | - 1,7 | - 1,6 | - 1,5 | - 1,4 |
| <i>dont autres régimes (incluant l'assurance chômage)</i> | - 2,7 | - 3,0 | + 0,4 | - 26,4 | - 5,6 | + 10,7 | + 6,7 | + 1,6 |
| <i>dont Odass (hôpitaux...)</i> | - 0,6 | + 0,3 | - 0,2 | + 2,1 | + 6,8 | | - 1,5 | - 2,4 |
| Solde total Asso | + 3,4 | + 9,2 | + 12,1 | - 48,3 | - 19,7 | + 8,5 | + 11,5 | + 1,2 |
| Solde hors Cades | - 10,9 | - 5,6 | - 3,7 | - 64,4 | - 30,9 | - 9,5 | - 6,4 | - 14,4 |

Source : commission d'enquête à partir des données fournies par l'Institut national de la statistique et des études économiques en réponse au questionnaire de la rapporteure.

(1) Le rapport ne fut pas publié par le Gouvernement mais il est [accessible sur le site du Sénat](#) qui a auditionné MM. Christian Charpy et Julien Dubertret suite à leurs travaux.

Ce tableau est éclairant. **La contribution de la Caisse d'amortissement de la dette sociale est systématiquement positive et massive**, de l'ordre de 11 à 18 milliards d'euros par an sur la période. Or, son « excédent » ne traduit en rien une capacité de financement des régimes sociaux : il correspond exclusivement au remboursement de la dette passée. En d'autres termes, il est le reflet comptable de la mobilisation de prélèvements obligatoires, contribution au remboursement de la dette sociale et contribution sociale généralisée, pour éteindre des déficits antérieurs, et non la marque d'une situation financière saine. La Caisse est alimentée par une taxe spéciale, la contribution pour le remboursement de la dette sociale, pesant sur une assiette très large de revenus. Mais le nom de cette taxe est trompeur car elle ne suffit pas à rembourser la dette sociale. Le législateur a donc décidé d'allouer d'autres ressources à cette fin. La Caisse d'amortissement de la dette sociale se voit donc attribuer une fraction de contribution sociale généralisée depuis 2009 ⁽¹⁾, qui représente aujourd'hui 0,45 % de son rendement, et un versement annuel du fonds de réserve des retraites depuis 2011 ⁽²⁾.

● Interrogée sur ce point au cours des travaux de la commission d'enquête, la Caisse d'amortissement de la dette sociale a indiqué que les raisons de son intégration au périmètre des administrations de sécurité sociale avaient été explicitées par l'Institut national de la statistique et des études économiques dans sa note relative au passage des comptes nationaux en base 2005, entrée en vigueur en 2011 ⁽³⁾. La Caisse avait alors été reclassée du secteur des administrations publiques centrales vers celui des administrations de sécurité sociale, en raison de **l'accroissement des montants en jeu, de l'allongement de sa durée de vie et de son autonomie croissante vis-à-vis de l'État**. Cette opération a eu pour conséquence d'améliorer le solde des administrations de sécurité sociale et de détériorer à due concurrence celui des administrations publiques centrales. La Caisse a par ailleurs estimé que cette intégration n'avait « *aucun impact* » sur la perception des agences de notation et des investisseurs quant à la soutenabilité des comptes sociaux ⁽⁴⁾.

Quelles que soient les justifications statistiques de ce classement, qui relève de l'application du règlement du système européen des comptes de 2010 par l'Institut national de la statistique et des études économiques en liaison avec Eurostat, force est de constater que **l'intégration de la Caisse d'amortissement de la dette sociale au solde des administrations de sécurité sociale altère la lisibilité de la situation financière réelle de la sécurité sociale**, en particulier à la lecture de l'article liminaire des lois de financement et des projets de loi d'approbation des comptes de la sécurité sociale. En 2024, le solde total des administrations de sécurité sociale s'établissait à + 1,2 milliard d'euros. Mais une fois retranchée la

(1) En application de l'article 10 de la loi n° 2008-1330 du 17 décembre 2008 de financement de la sécurité sociale pour 2009.

(2) En application de l'article 9 de la loi n° 2010-1594 du 20 décembre 2010 de financement de la sécurité sociale pour 2011.

(3) Institut national de la statistique et des études économiques, *les comptes nationaux passent en base 2005*, annexe 7, mai 2011, p. 58.

(4) Caisse d'amortissement de la dette sociale, *réponse au questionnaire de la rapporteure*.

contribution de la Caisse (+ 15,6 milliards), le solde devenait négatif de plus de 14 milliards d'euros.

Interrogée par la rapporteure, la direction de la sécurité sociale a indiqué qu'aucun travail n'était en cours pour présenter un solde alternatif hors Caisse d'amortissement de la dette sociale dans les lois de financement de la sécurité sociale ⁽¹⁾. Elle ne s'est pas davantage prononcée sur le risque de voir une telle présentation brouiller la lecture et le diagnostic porté sur la situation financière de la sécurité sociale. Elle s'est bornée à renvoyer vers l'Institut national de la statistique et des études économiques à qui incombe le classement des organismes au sein des sous-secteurs des administrations publiques.

Recommandation n° 7 : assortir systématiquement l'article liminaire des lois de financement de la sécurité sociale d'une présentation du solde des administrations de sécurité sociale hors Caisse d'amortissement de la dette sociale, afin de distinguer la capacité de financement courante des régimes de l'excédent comptable lié à l'amortissement de la dette passée.

Si l'intégration de la Caisse d'amortissement de la dette sociale au solde des administrations de sécurité sociale nuit à la lisibilité actuelle des comptes sociaux, la perspective de son extinction, aujourd'hui prévue à l'horizon 2033, pose une autre question en termes d'incertitude budgétaire : l'avenir des quelques 20 milliards d'euros de recettes dont elle bénéficie. En effet aucune règle ne régit ce qu'il conviendra de faire de la contribution au remboursement de la dette sociale (9,4 milliards d'euros en 2025) ou de la fraction de contribution sociale généralisée actuellement affectée à la Caisse d'amortissement de la dette sociale (8 milliards d'euros en 2025). Dans l'hypothèse intermédiaire où la fraction de contribution sociale généralisée serait réaffectée aux organismes de sécurité sociale et où la contribution au remboursement de la dette sociale serait supprimée en même temps que l'ordonnance du 24 janvier 1996 serait abrogée, il en résulterait une dégradation du solde des administrations de sécurité sociale de plus de 10 milliards d'euros (en tenant compte de l'évolution prévisible du rendement de la contribution pour le remboursement de la dette sociale). Cet effet serait encore accru si le législateur décidait de réduire la contribution sociale généralisée à hauteur de la fraction affectée à la Caisse d'amortissement de la dette sociale.

Cette perspective renforce la nécessité d'une présentation distinguant, dès aujourd'hui, le solde courant des régimes du solde lié à l'amortissement de la dette : faute d'avoir préparé le Parlement à cette transition, le pays risque de découvrir brutalement, à l'horizon 2033, l'ampleur réelle du déséquilibre des comptes sociaux. Les réformes seront alors d'autant plus brutales pour les Français.

(1) Direction de la sécurité sociale, réponse au questionnaire de la rapporteure.

c. Le modèle de la Caisse d'amortissement de la dette sociale comme corde de rappel vers l'équilibre budgétaire est-il réellement soutenable ?

● Au-delà de la seule question de l'intégration comptable de la Caisse d'amortissement de la dette sociale au solde des administrations de sécurité sociale qui biaise la lecture que l'on peut faire de l'ampleur de leur déficit, la rapporteure tire des auditions la conviction que le modèle issu des ordonnances « Juppé » de 1996 doit être réinterrogé.

Les raisons ayant conduit à la création de la Caisse d'amortissement de la dette sociale ont été largement abordées dans des travaux parlementaires récents ⁽¹⁾. Comme l'a rappelé son président, M. Pierre Ricordeau, avant 1996, l'équilibre de la sécurité sociale était assuré sur une base annuelle grâce à des plans de redressement réguliers de la sécurité sociale ⁽²⁾. Ainsi, entre 1976 et 1993, une vingtaine de plans *ad hoc* destinés à rétablir l'équilibre des comptes de la sécurité sociale ont été mis en œuvre ⁽³⁾. Dès 1993, la crise économique fut si forte qu'un retour rapide à l'équilibre devenait impossible. Le législateur décida donc d'étaler le redressement budgétaire de la sécurité sociale sur plusieurs années tout en garantissant un remboursement de sa dette à court-terme. Il fut décidé de confier la mission d'amortissement de la dette sociale à un organisme extérieur aux régimes obligatoires de base, la Caisse d'amortissement de la dette sociale.

Le système imaginé en 1996 reposait donc sur deux jambes : une exigence de retour à l'équilibre durable par la résorption des déficits courants des régimes de base d'une part, une solution temporaire de lissage du remboursement de la dette accumulée antérieurement par ces mêmes régimes au moyen de la Caisse d'amortissement de la dette sociale d'autre part.

Force est de constater que ce système est boiteux puisque les organismes de sécurité sociale n'ont jamais été à l'équilibre depuis 1996, même en période de croissance économique.

Les déficits courants ont donc continué à s'accumuler rendant le caractère temporaire de la Caisse d'amortissement de la dette sociale de plus en plus virtuel. La loi organique prévoit désormais que la Caisse doit finir d'amortir la dette en 2033. Les déficits se sont renouvelés de telle sorte qu'il a fallu prolonger quatre fois la durée de vie de la Caisse (en 1998 ⁽⁴⁾, en 2004 ⁽⁵⁾, en 2011 ⁽⁶⁾, puis en 2020 ⁽⁷⁾) et qu'un nouvel allongement est probable à court-terme. Autrement dit, même s'il

(1) Voir notamment le rapport d'information de Mme Stéphanie Rist et M. Hadrien Clouet fait en application de l'article 145 du règlement, par la commission des affaires sociales, en conclusion des travaux d'une mission d'information sur la gestion de la dette sociale, n° 302, 2 octobre 2024.

(2) Audition de M. Pierre Ricordeau, président de la Caisse d'amortissement de la dette sociale, 25 février 2026.

(3) Rapport d'information de Mme Stéphanie Rist et M. Hadrien Clouet, *op. cit.*, p. 28.

(4) Article 10 de la loi n° 97-1164 du 19 décembre 1997 de financement de la sécurité sociale pour 1998 et II de l'article 4 de l'ordonnance du 24 janvier 1996 précitée.

(5) Article 76 de la loi du 17 août 2004 relative à l'assurance maladie.

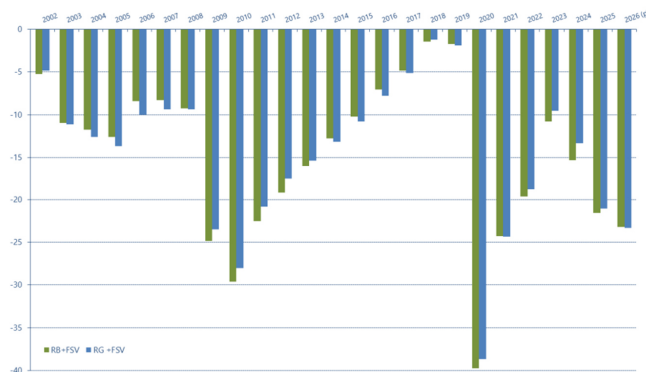
(6) Article 9 de la loi n° 2010-1594 du 20 décembre 2010 de financement de la sécurité sociale pour 2011.

(7) Article 1^{er} de la loi organique n° 2020-992 du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie.

faut en passer par une loi organique pour prolonger la durée de vie de la Caisse d'amortissement de la dette sociale afin de lui faire reprendre de nouveaux déficits, les décideurs publics semblent avoir intégré le fait que son existence n'est pas un obstacle sérieux à la poursuite de l'endettement social.

ÉVOLUTION DU DÉFICIT DES RÉGIMES DE BASE DE SÉCURITÉ SOCIALE (2002-2026)

(en milliards d'euros)

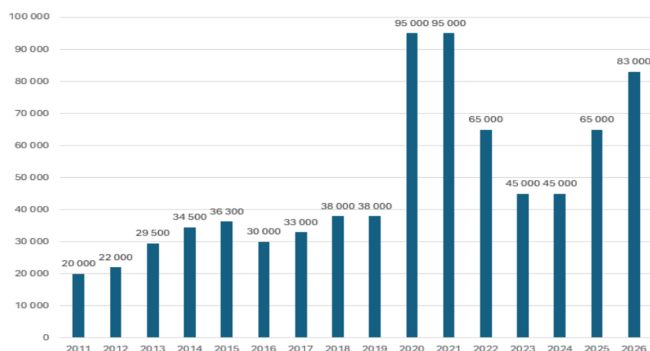


Source : Commission des comptes de la sécurité sociale.

● Cette situation conduit légitimement à se demander si ce système n'a pas fait long feu, interrogation qui revêt un caractère d'urgence lorsque l'on s'intéresse particulièrement à la période récente. En mettant de côté la situation exceptionnelle des années 2020 à 2022 liée à la crise sanitaire, il est édifiant de constater que, depuis 2023, le solde de la sécurité sociale n'a cessé de se dégrader : – 15,3 milliards d'euros en 2024 et – 21,6 milliards d'euros en 2025.

ÉVOLUTION DU PLAFOND D'EMPRUNT DE L'AGENCE CENTRALE DES ORGANISMES DE SÉCURITÉ SOCIALE

(en millions d'euros)

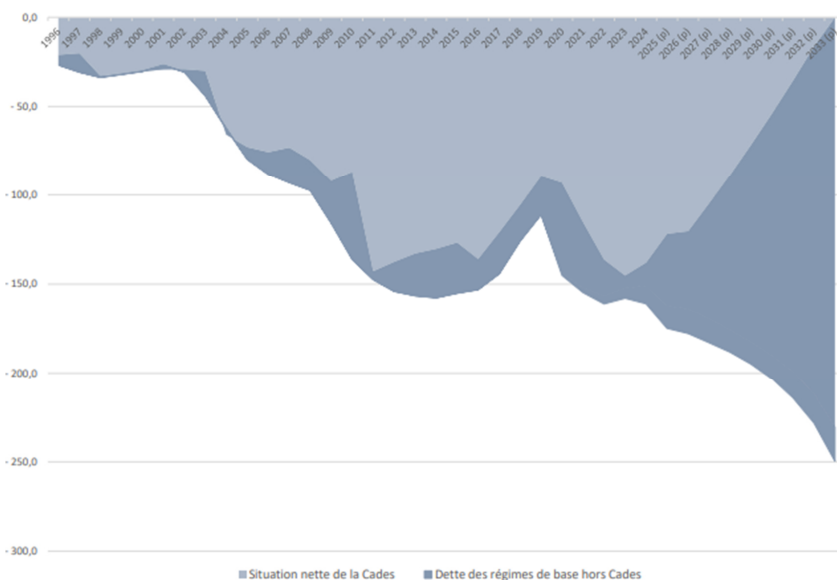


Source : Haut Conseil du financement de la protection sociale, état des lieux du financement de la sécurité sociale, janvier 2026.

Cela fait peser sur l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale une charge de refinancement de la dette qui atteint des niveaux de plus en plus insoutenables : **le Parlement a dû accroître son plafond de recours à l'endettement à 83 milliards d'euros dans la dernière loi de financement, un niveau jamais égalé hors période de crise** ⁽¹⁾.

Comme en témoigne le choix fait par le Parlement dans la dernière loi de financement de la sécurité sociale de transférer 15 milliards d'euros de dette portée par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale à la Caisse d'amortissement de la dette sociale ⁽²⁾, il apparaît que cette dernière soit devenue une forme de « garantie », une solution de facilité pour des pouvoirs publics incapables de déterminer une trajectoire réaliste de retour à l'équilibre des comptes sociaux et encore moins de la tenir.

ÉVOLUTION DE LA SITUATION NETTE DE LA CAISSE D'AMORTISSEMENT DE LA DETTE SOCIALE ET DE LA DETTE DES RÉGIMES DE BASE AU 31 DÉCEMBRE



Source : Haut Conseil du financement de la protection sociale, état des lieux du financement de la sécurité sociale, janvier 2026.

La question d'un nouveau recours à la Caisse d'amortissement de la dette sociale pour financer les déficits de la sécurité sociale, et donc les interrogations liées à l'allongement de sa durée de vie, se posent avec une acuité renouvelée, d'autant plus que le niveau des déficits actuels excède depuis 2023 la capacité

(1) Le plafond d'emprunt de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale correspond à l'encours maximal d'endettement auquel elle peut recourir pour assurer le financement de ses besoins de trésorerie.

(2) Article 48 de la loi n° 2025-1403 du 30 décembre 2025 de financement de la sécurité sociale pour 2026.

annuelle d'amortissement de la dette sociale. Dit en des termes plus triviaux, la Caisse amortit moins de dette sociale chaque année qu'il ne s'en reconstitue. Ainsi, et malgré l'efficacité dont la Caisse fait preuve dans la mission de remboursement de la dette qui lui a été confiée, la dette sociale ne cesse de s'accroître en valeur absolue comme l'illustre le graphique ci-après.

Or, comme l'a très clairement indiqué son président lors de son audition, « *la gestion de la dette sociale et son transfert à la Caisse n'ont pas de sens en soi, mais uniquement dans une perspective de retour à l'équilibre. Reprendre la dette sans s'accorder sur cette trajectoire ferait naître la tentation de ne pas revenir à l'équilibre et de se contenter de transférer la dette. Dans ce cas, il n'y aurait plus d'intérêt à une gestion spécifique par la Caisse d'amortissement de la dette sociale* »⁽¹⁾.

Nous sommes donc à un moment crucial de l'histoire de la gestion budgétaire de la sécurité sociale, un « *moment où l'on pourrait basculer vers un autre système* »⁽²⁾ et l'abandon d'une forme de « *règle d'or* » qui ne porte pas son nom, mais qui devait permettre d'assurer que le financement des déficits sociaux actuels ne soit pas reporté sur les générations futures.

Recommandation n° 8 : conditionner toute reprise de dette par la Caisse d'amortissement de la dette sociale à une trajectoire de retour à l'équilibre courant de la sécurité sociale.

Recommandation n° 9 : entamer une réflexion sur la pertinence du système issu des « ordonnances Juppé » de 1996 et ses évolutions envisageables pour garantir un réel équilibre budgétaire, prévenir tout risque de roulement de la dette sociale et envisager la clôture de la Caisse d'amortissement de la dette sociale.

Autre élément à prendre en compte, la mission de la Caisse d'amortissement de la dette sociale se cantonne à la reprise des déficits des régimes obligatoires de base et en particulier ceux du régime général. Ainsi les déficits de l'assurance chômage ne sont pas concernés. De même, les dépenses sociales de l'État – retraites des fonctionnaires, crédits budgétaires et taxes affectées à la compensation des exonérations et réductions de cotisations sociales, subventions aux régimes spéciaux, ainsi que les prestations sociales telles que l'allocation aux adultes handicapés, les aides personnelles au logement, et le revenu de solidarité active centralisé – alimentent le déficit de ce dernier sans reprise par la Caisse d'amortissement de la dette sociale. Il est très contestable que la branche autonomie puisse bénéficier en théorie des interventions de la Caisse, mais que le financement de l'allocation aux adultes handicapés alimente le déficit de l'État.

(1) Audition de M. Pierre Ricordeau, président de la Caisse d'amortissement de la dette sociale, 25 février 2026.

(2) Ibid.

B. UN SCHEMA DE RECETTES DEvenu OPAQUE, COMPLIQUE PAR DES TRANSFERTS INTERNES ET EXTERNES ILLISIBLES

Le financement de la sécurité sociale a connu, en l'espace de trois décennies, une transformation profonde qui l'a obscurci au point de rendre son architecture difficilement intelligible, y compris pour le législateur appelé à l'approuver chaque année. Cette opacité procède d'un double mouvement : une diversification et une fiscalisation croissantes des ressources, dont la répartition entre branches est modifiée à chaque loi de financement, et un enchevêtrement de transferts financiers internes et externes qui faussent la lecture des soldes de chaque branche. Il en résulte que la présentation des soldes dans la loi de financement de la sécurité sociale ne permet pas une vision claire des ressources propres de la sécurité sociale, donc de sa situation financière avant transferts.

1. Un schéma de recettes d'une infinie complexité, dont la répartition est modifiée chaque année et qui fait perdre le sens des cotisations sociales

a. Une diversification progressive des ressources qui a bouleversé l'architecture bismarckienne originelle

• La sécurité sociale reposait historiquement sur un modèle bismarckien dans lequel les cotisations sociales, assises sur les revenus du travail, constituaient la quasi-totalité des ressources ⁽¹⁾. En 1990, elles représentaient environ 90 % des recettes du régime général ⁽²⁾. Ce schéma comportait une cohérence intrinsèque : la cotisation établissait un lien direct entre le travailleur et le droit à une prestation sociale, qu'il s'agisse d'assurance maladie, de retraite, d'accidents du travail ou de prestations familiales. La recette portait en elle la justification de la dépense.

Modèles bismarckien et beveridgien, et typologie d'Esping-Andersen

La distinction entre les modèles bismarckien et beveridgien de protection sociale est un lieu commun de l'analyse des systèmes de sécurité sociale. Le premier, né dans l'Allemagne des années 1880, repose sur une logique d'assurance professionnelle : les prestations sont contributives, proportionnelles aux revenus antérieurs, financées par des cotisations assises sur les salaires, et ouvertes aux seuls travailleurs affiliés. Le second, inspiré d'un rapport du Britannique William Beveridge en 1942, fonctionne selon une logique de solidarité nationale : les prestations sont universelles, forfaitaires, financées par l'impôt et ouvertes à l'ensemble des résidents.

Le sociologue danois Gøsta Esping-Andersen a enrichi cette dichotomie dans son ouvrage *Les trois mondes de l'État-providence : Essai sur le capitalisme moderne* (1990). Il a proposé une typologie en trois « régimes d'État-providence » fondée sur deux critères principaux : le degré de « démarchandisation » (*decommodification*), c'est-à-dire la capacité du système à garantir un niveau de vie indépendamment de la participation au marché du travail, et le mode de stratification sociale qu'il produit.

(1) Benjamin Ferras, « Le financement de la Sécurité sociale et de la protection sociale : entre autonomie et indépendance, une gouvernance particulière, des innovations constantes », *Regards* n° 52, 2017, pp. 59-75.

(2) *Rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale de juin 1991*, p. 33.

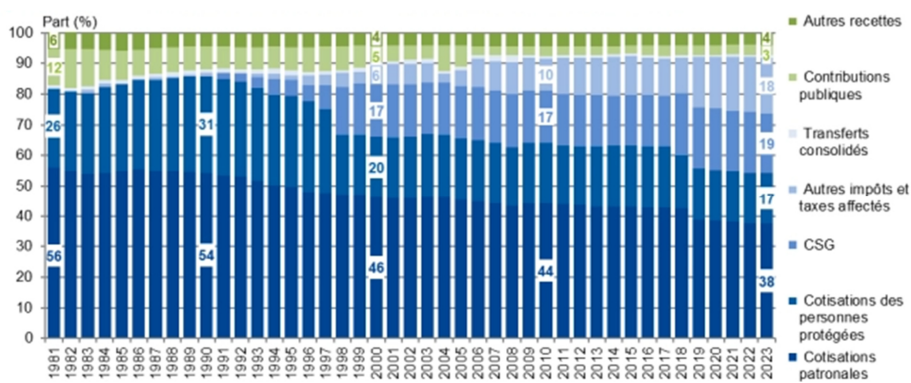
Le **régime libéral** (Royaume-Uni, États-Unis, Australie) offre des prestations faibles et ciblées sur les plus démunis, sous conditions de ressources, et s'appuie largement sur le marché pour la couverture des risques sociaux. Le **régime conservateur-corporatiste** (Allemagne, France, Autriche), héritier direct du modèle bismarckien, maintient des prestations contributives liées au statut professionnel, reproduisant de la sorte les différences de revenus et de catégories socioprofessionnelles ; l'État y joue un rôle de régulateur et de garant sans viser l'égalité des prestations. Le **régime social-démocrate** (Suède, Danemark, Norvège) pousse la logique beveridgienne le plus loin en offrant des prestations universelles et généreuses, financées par l'impôt, avec un fort degré de démarchandisation.

La France se rattache au régime conservateur-corporatiste. Mais la transformation de son mode de financement, qui sera décrite dans les développements qui suivent, avec fiscalisation croissante et universalisation de certaines prestations, l'a progressivement rapprochée du modèle beveridgien, sans qu'ait jamais été remise en cause la logique contributive qui structure les prestations en espèces (retraite, indemnités journalières).

En l'espace de trois décennies, cette part des cotisations sociales a chuté à environ 56 % en 2017. Elle se situe aux alentours de 48 % en 2024 ⁽¹⁾. En conséquence, la sécurité sociale est désormais financée pour plus de la moitié de ses ressources par des recettes qui ne sont pas des cotisations sociales.

Si cette évolution a d'abord concerné les régimes obligatoires de base et, en leur sein, le régime général en particulier, elle est désormais notable dans l'ensemble des administrations de sécurité sociale comme en témoignent les graphiques suivants.

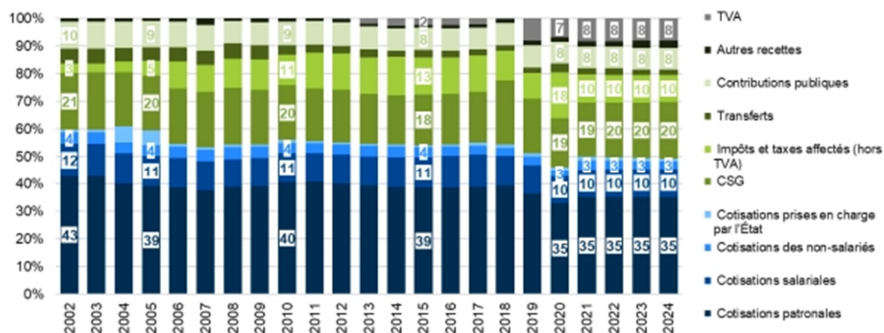
STRUCTURE DES RECETTES DES ADMINISTRATIONS DE SÉCURITÉ SOCIALE (ASSO)



Source : rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale annexé au projet de loi d'approbation des comptes de la sécurité sociale pour 2025.

(1) Rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale de juin 2018, p. 35, et rapport d'évaluation des lois de financement de la sécurité sociale annexé au projet de loi d'approbation des comptes de la sécurité sociale pour 2024.

STRUCTURE DES RECETTES BRUTES DES RÉGIMES DE BASE ET DU FONDS DE SOLIDARITÉ VIEILLESSE

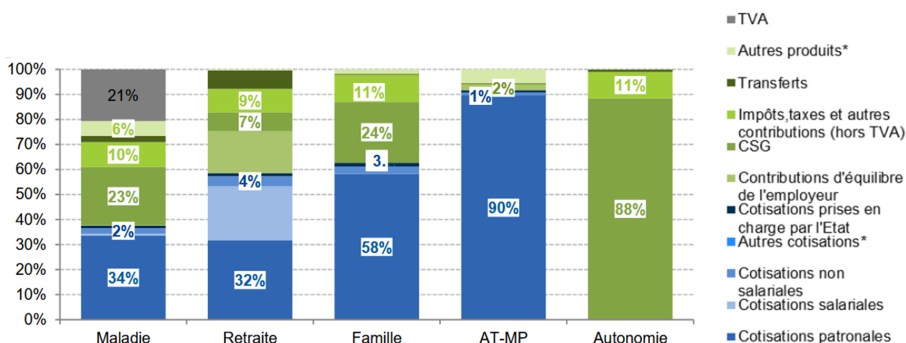


Source : rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale annexé au projet de loi d'approbation des comptes de la sécurité sociale pour 2025.

L'examen de la situation des différentes branches montre qu'elles font l'objet d'une diversification à des degrés variables. La part des cotisations reste majoritaire dans les branches famille comme accidents du travail et maladies professionnelles. Elles ne représentent plus qu'environ un tiers des ressources de la branche maladie, qui se voit affecter une grande part de taxes et d'impôts, en particulier de taxe sur la valeur ajoutée. La branche autonomie, quant à elle, se singularise par le fait que l'ensemble de ses ressources est constitué de prélèvements fiscaux puisqu'elle ne perçoit aucune cotisation.

Quant à la branche retraite, le graphique ci-dessous suggère que la part des cotisations représente à peine plus de la moitié de ses ressources. La classification des différentes ressources de la branche vieillesse fait toutefois l'objet de débats qui seront développés dans la suite du présent rapport.

STRUCTURE DES RECETTES BRUTES PAR NATURE DES BRANCHES DES RÉGIMES DE BASE EN 2024



Source : rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale (financement), annexé au projet de loi d'approbation des comptes pour 2024.

• Cette transformation du mode de financement est le fruit de deux mouvements concomitants :

– d’une part, la **réduction du coût du travail**, qui a pris la forme d’une politique d’exonérations de cotisations sociales patronales débutée au 1^{er} janvier 1993 avec l’allègement des cotisations d’allocations familiales pour les salariés rémunérés jusqu’à 1,2 fois le salaire minimum interprofessionnel de croissance (Smic)⁽¹⁾. Cette orientation s’est poursuivie de façon quasi linéaire jusqu’en 2019, année de la transformation du crédit d’impôt pour la compétitivité et l’emploi en réduction pérenne de cotisations patronales à travers l’instauration du « bandeau maladie », une réduction forfaitaire de cotisations d’assurance maladie de 6 points sur les rémunérations inférieures à 2,5 fois le Smic⁽²⁾. Cette politique a rendu nécessaire une compensation par des recettes fiscales ;

– d’autre part, la **diversification de l’assiette de financement, en accompagnement de l’universalisation progressive des prestations**. Les allocations familiales ont cessé d’être réservées aux salariés dès 1978⁽³⁾. L’assurance maladie a été universalisée avec la création de la couverture maladie universelle (CMU) en 2000⁽⁴⁾, puis étendue lors de la transformation de cette dernière en protection universelle maladie (PUMA) en 2016⁽⁵⁾. Dès lors que les prestations n’étaient plus liées à l’exercice d’une activité professionnelle, il devenait logique d’en assoier le financement sur des assiettes plus larges que les seuls revenus du travail.

b. Une fiscalisation croissante organisée en strates successives

• La diversification s’est opérée par le biais d’une fiscalisation croissante des ressources de la sécurité sociale, déployée par strates successives sans obéir à un plan d’ensemble cohérent.

La création de la contribution sociale généralisée par la loi de finances pour 1991 constitue la première et la plus importante de ces étapes⁽⁶⁾. La contribution sociale généralisée occupe une place singulière dans le paysage des prélèvements sociaux : l’intégralité de son rendement, de l’ordre de 131 milliards d’euros en 2025, est affectée à des organismes de protection sociale, en particulier les branches maladie, vieillesse, famille et autonomie du régime général, la Caisse d’amortissement de la dette sociale, mais aussi l’Unédic⁽⁷⁾. Les ordonnances du 24 janvier 1996, dites « ordonnances Juppé », en ont organisé la montée en

(1) Loi n° 92-675 du 17 juillet 1992 portant diverses dispositions relatives à l’apprentissage, à la formation professionnelle et modifiant le code du travail.

(2) Par l’article 9 de la loi n° 217-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018.

(3) La loi n° 75-574 du 4 juillet 1975 tendant à la généralisation de la sécurité sociale supprima toute condition d’exercice d’une activité professionnelle pour l’ouverture du droit aux prestations familiales.

(4) Loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d’une couverture maladie universelle.

(5) Article 59 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016.

(6) Articles 127 et suivants de la loi n° 90-1168 du 29 décembre 1990 de finances pour 1991.

(7) Annexe 3 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2026.

puissance concomitamment à la création des lois de financement de la sécurité sociale. La contribution sociale généralisée n'a depuis lors cessé de voir ses taux augmenter tout en atteignant un degré de sophistication que la rapporteure qualifiera pudiquement d'élévé s'agissant de sa répartition.

TAUX DE CONTRIBUTION SOCIALE GÉNÉRALISÉE PAR RISQUE ET PAR ASSIETTE (2025)

| | Taux en % | | | |
|--|-----------|------|----------|----------|
| | 2023 | 2024 | 2025 (p) | 2026 (p) |
| Maladie | | | | |
| Sur les revenus d'activité | 4,25 | 4,25 | 4,25 | 4,25 |
| Sur les allocations chômage et les IJ | 2,72 | 2,72 | 2,72 | 2,72 |
| Sur les retraites et l'invalidité (taux plein) | 1,88 | 1,88 | 1,88 | 1,88 |
| Sur les retraites et l'invalidité (taux médian) | 0,18 | 0,18 | 0,18 | 0,18 |
| Sur les retraites et l'invalidité (taux réduit) | 1,27 | 1,27 | 1,27 | 1,27 |
| Sur les jeux | 5,30 | 5,30 | 6,15 * | 6,15 |
| Famille | | | | |
| Sur les revenus d'activité | 0,95 | 0,95 | 0,95 | 0,95 |
| Sur les retraites et l'invalidité (taux plein, médian) | 0,95 | 0,95 | 0,95 | 0,95 |
| Sur le chômage et les IJ | 0,95 | 0,95 | 0,95 | 0,95 |
| Sur les jeux | 0,68 | 0,68 | 0,79 * | 0,79 |
| FSV | | | | |
| Sur les retraites et l'invalidité (taux plein, médian) | 2,94 | 2,94 | 2,94 | 0,00 |
| Sur les revenus du capital | 6,67 | 6,67 | 6,67 | 0,00 |
| Vielliesse | | | | |
| Sur les retraites et l'invalidité (taux plein, médian) | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 2,94 |
| Sur les revenus du capital | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 6,67 |
| CNSA | | | | |
| Sur tous les revenus sauf les jeux | 1,93 | 2,08 | 2,08 | 2,08 |
| Unédic | | | | |
| Sur les revenus d'activité | 1,47 | 1,47 | 1,47 | 1,47 |
| CADES | | | | |
| Sur tous les revenus sauf les jeux | 0,60 | 0,45 | 0,45 | 0,45 |
| Sur les jeux | 0,22 | 0,22 | 0,26 * | 0,26 |
| Total | | | | |
| Sur revenus d'activité | 9,20 | 9,20 | 9,20 | 9,20 |
| Sur revenus de retraites et d'invalidité (taux plein) | 8,30 | 8,30 | 8,30 | 8,30 |
| Sur les allocations chômage et les IJ | 6,20 | 6,20 | 6,20 | 6,20 |
| Sur revenus du capital | 9,20 | 9,20 | 9,20 | 9,20 |
| Sur les jeux | 6,20 | 6,20 | 7,20 * | 7,20 |

* à partir du 1^{er} juillet 2025

Source : DSS/SDEPF/6A

Source : rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale, octobre 2025, p. 53.

Note de lecture : Sur les 9,2 % de taux de contribution sociale généralisée sur les revenus d'activité, 4,25 % sont affectés à la branche maladie, soit environ 46,2 %.

● À la contribution sociale généralisée se sont ajoutées, au fil des années, des recettes fiscales de nature disparate. Trois catégories principales se distinguent :

– les **prélèvements sociaux assis sur les revenus**, qui visent à assujettir des revenus totalement ou partiellement exclus de l'assiette des cotisations (forfait social créé en 2009, prélèvements sur les revenus du patrimoine et les produits de placement, contributions sur les stock-options et les indemnités de mise à la retraite etc.). De par leur assiette portant sur les revenus, ces prélèvements sont les plus proches des cotisations ;

– les **impôts et taxes affectés (Itaf) assis sur d'autres assiettes que les revenus**. Cet ensemble hétérogène comprend les taxes comportementales présentant un lien avec les objectifs de santé publique (droits sur les tabacs, les alcools, les boissons sucrées et édulcorées, etc.), les contributions dues par les entreprises (contribution sociale de solidarité des sociétés, taxe sur les salaires, contributions de l'industrie pharmaceutique etc.) et des taxes diverses dont l'assiette

ne présente aucun lien immédiat avec la sécurité sociale (prélèvements sur les jeux, taxes sur les assurances, taxe sur les véhicules de société) ;

– la **taxe sur la valeur ajoutée constitue une catégorie à part tant son poids est devenu essentiel dans le financement de la sécurité sociale**. Son affectation s’est déroulée en trois temps. En 2006 d’abord, il y eut l’attribution de taxe sur la valeur ajoutée brute sectorielle lors de la mise en place du panier de recettes compensant les allègements généraux ⁽¹⁾, en particulier la taxe sur la valeur ajoutée portant sur les commerçants de gros en produits pharmaceutiques et celle portant sur les fournisseurs de tabac. Puis à compter de 2012, ce fut l’affectation d’une fraction de taxe sur la valeur ajoutée nette ⁽²⁾, fraction dont le *quantum* a été modifié à de multiples reprises. Enfin, en 2018, une fraction de taxe sur la valeur ajoutée a été attribuée, afin de compenser les pertes de recettes résultant de l’extension des allègements généraux aux cotisations d’assurance chômage et de retraite complémentaire, à l’Agence centrale des organismes de sécurité sociale qui n’agit alors que comme intermédiaire entre l’État, l’Unédic et l’Agirc-Arrco ⁽³⁾.

Au regard des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale, les recettes fiscales brutes affectées, hors contribution sociale généralisée, s’élevaient à 118,6 milliards d’euros en 2025, dont 49,6 milliards d’euros pour la seule taxe sur la valeur ajoutée.

CONTRIBUTIONS SOCIALES, TAXES ET IMPÔTS BRUTS AFFECTÉS AUX ORGANISMES DE SÉCURITÉ SOCIALE

| | 2024 | % | 2025 | % | 2026 (p) | % |
|---|----------------|------------|----------------|------------|----------------|-------------|
| Contributions sociales et recettes fiscales brutes - Tous affectataires (hors UCN) | 115 678 | 3,2 | 118 603 | 2,5 | 114 952 | -3,1 |
| TVA nette | 49 435 | 2,1 | 49 588 | 0,3 | 44 978 | -9,3 |
| Taxe sur les salaires | 17 445 | 3,6 | 17 772 | 1,9 | 18 282 | 2,9 |
| Taxes sur les tabacs | 13 163 | -3,8 | 13 060 | -0,8 | 11 985 | -8,2 |
| Taxe de solidarité additionnelle (TSA) | 6 169 | 8,7 | 6 558 | 6,3 | 6 820 | 4,0 |
| Forfait social | 6 300 | -0,9 | 6 552 | 4,0 | 6 758 | 3,1 |
| Contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S) | 5 228 | 8,7 | 5 337 | 2,1 | 5 454 | 2,2 |
| Taxes alcools, boissons non alcoolisées, sucrées et édulcorées | 4 726 | 0,0 | 5 080 | 7,5 | 5 154 | 1,4 |
| Contribution solidarité autonomie sur les revenus d’activité (CSA) | 2 468 | 4,2 | 2 522 | 2,2 | 2 362 | -6,3 |
| Contribution tarifaire d’acheminement (CTA) | 1 911 | 8,8 | 2 164 | 13,2 | 1 665 | -23,1 |
| Majorations et pénalités sur cotisations et contributions sociales | 1 320 | 10,2 | 1 745 | 32,2 | 1 243 | -28,8 |
| Prélèvements sur stock-options et attributions gratuites d’actions | 1 099 | 6,6 | 1 534 | 39,6 | 1 623 | 5,8 |
| Taxe spéciale sur les conventions d’assurance (TSCA) | 1 255 | 6,9 | 1 457 | 16,1 | 1 661 | 14,0 |
| Contributions sur avantages de retraite et de préretraite | 1 069 | ++ | 1 144 | 7,1 | 1 443 | 26,1 |
| Taxes médicaments | 1 174 | 7,7 | 1 032 | -12,2 | 1 175 | 13,9 |
| Taxe émissions dioxydes de carbone et polluants atmosphériques (ex.TVS) | 990 | ++ | 1 028 | 3,8 | 1 174 | 14,2 |
| Contribution add. de solidarité autonomie sur les revenus de remplacement (CASA) | 913 | 4,5 | 938 | 2,8 | 955 | 1,8 |
| Contribution sur les jeux et les paris | 381 | 7,7 | 450 | 18,0 | 557 | 23,7 |
| Contribution des OC au financement forfaitaire des médecins traitants | 385 | 14,4 | 395 | 2,7 | 1 411 | ++ |
| Droits de plaidoirie | 115 | 1,8 | 118 | 2,7 | 129 | 8,6 |
| Autres contributions, impôts et taxes | 131 | 18,7 | 129 | -1,9 | 124 | -3,4 |

Source : rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale, mai 2026, p. 59.

(1) Article 56 de la loi n° 2005-1719 du 30 décembre 2005 de finances pour 2006. Auparavant, le financement de la perte de recettes résultant des allègements généraux de cotisations sociales patronales était opéré au moyen d’une dotation budgétaire inscrite sur le budget de l’État. La montée en charge de ces allègements généraux au fil des ans a conduit à ce que cette modalité de compensation devienne de moins en moins soutenable. La loi de finances pour 2006 a donc substitué à ces crédits budgétaires l’affectation de neuf taxes ou fractions de taxes recouvrées par l’État.

(2) Article 2 de la loi n° 2012-354 du 14 mars 2012 de finances rectificative pour 2012.

(3) Article 55 de la loi n° 2017-1837 du 30 décembre 2017 de finances pour 2018.

c. Un jeu d'affectations modifié chaque année au détriment du contrôle parlementaire et de la cohérence des prélèvements

• L'article L. 131-8 du code de la sécurité sociale détermine la liste des recettes affectées à la sécurité sociale et détaille leur répartition entre les différentes branches. Cette disposition, dont la longueur et la densité n'ont cessé de croître au fil des exercices, constitue en quelque sorte la clef de voûte du schéma de financement. Elle est modifiée chaque année⁽¹⁾, dans un jeu de coordination d'une grande complexité entre la loi de finances, qui détient le monopole de l'affectation des recettes de l'État à des tiers⁽²⁾, et la loi de financement de la sécurité sociale, seule à même de répartir des recettes fiscales entre branches et entre régimes obligatoires de base en vertu de la loi organique du 14 mars 2022⁽³⁾.

Certes, ces affectations sont retracées à l'annexe 3 du projet de loi de financement de la sécurité sociale, qui présente un schéma détaillé des impositions et taxes affectées dont la lecture suffit à attester de l'impressionnante complexité de la tuyauterie financière de la sécurité sociale.

Toutefois, cette annexe souffre de plusieurs limites. La principale d'entre elles est de ne refléter que l'état du projet à son adoption en Conseil des ministres. Elle n'intègre aucune des modifications apportées au cours de son examen par les parlementaires, qui peuvent pourtant s'avérer considérables en fonction des votes intervenus à l'Assemblée nationale et au Sénat.

Seule une lecture assidue des amendements traditionnellement déposés par le Gouvernement à l'article du projet de loi de financement de la sécurité sociale relatif aux transferts financiers au sein de la sécurité sociale, dont l'appellation apocryphe d'article « tuyau » ne pourrait être plus explicite, permet de suivre les transferts décidés en cours de discussion.

Or, l'exposé sommaire de ces amendements, qui se bornent en principe à tirer les conséquences des votes intervenus en cours de discussion, est toujours succinct et, surtout, ceux-ci sont déposés quelques heures voire quelques minutes avant leur examen, délais qui interdisent leur analyse approfondie par les parlementaires.

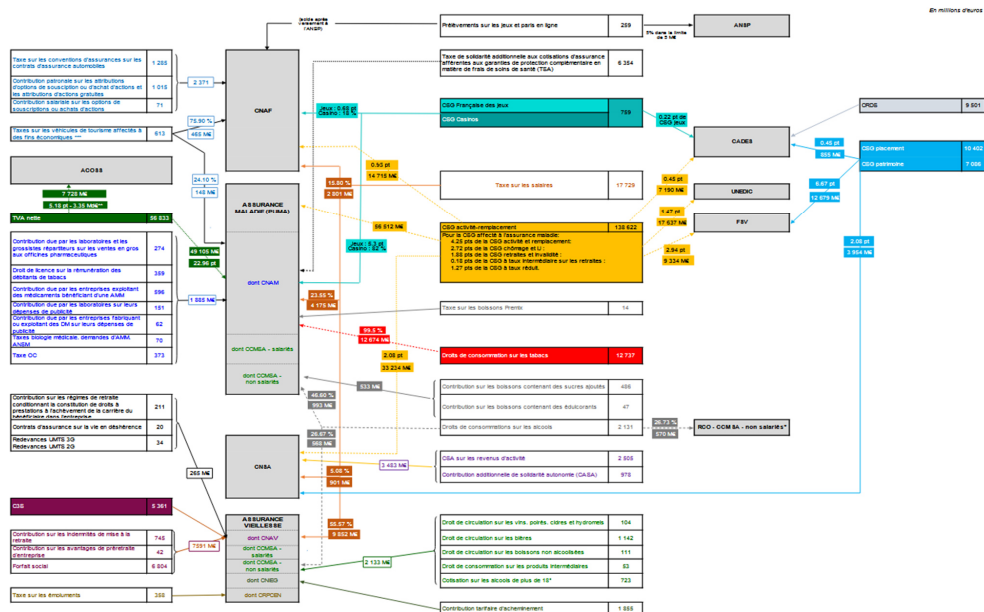
Recommandation n° 10 : pour que les parlementaires aient le temps d'analyser les amendements de modification des tableaux d'équilibre et de l'article « tuyau » avec les votes intervenus, garantir un délai de vingt-quatre heures entre leur dépôt et leur examen pour la bonne tenue des débats et un choix éclairé.

(1) Le site Légifrance dénombre 23 versions différentes de cet article depuis le 1^{er} janvier 2018.

(2) III de l'article 2 de la loi organique n° 2001-692 du 1^{er} août 2001 relative aux lois de finances.

(3) Article L. O. 111-3-15 du code de la sécurité sociale.

SCHEMA DE REPARTITION DES IMPOSITIONS AFFECTEES A LA SECURITE SOCIALE EN 2025



Source : annexe 3 au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2026.

● Le rapport précité de MM. Charpy et Dubertret sur les relations financières entre l'État et la sécurité sociale soulignait déjà, en 2018, la « faible lisibilité » des évolutions des recettes de la sécurité sociale. Il proposait une grille de lecture fondée sur trois principes :

- favoriser l'affectation d'une recette à un seul régime ou une seule branche pour plus de simplicité et de lisibilité ;
- choisir l'affectataire en rapport avec l'objet ou l'assiette de la taxe ;
- faire la chasse aux « petites taxes » à faible rendement.

Force est toutefois de constater que ces recommandations n'ont été que partiellement suivies.

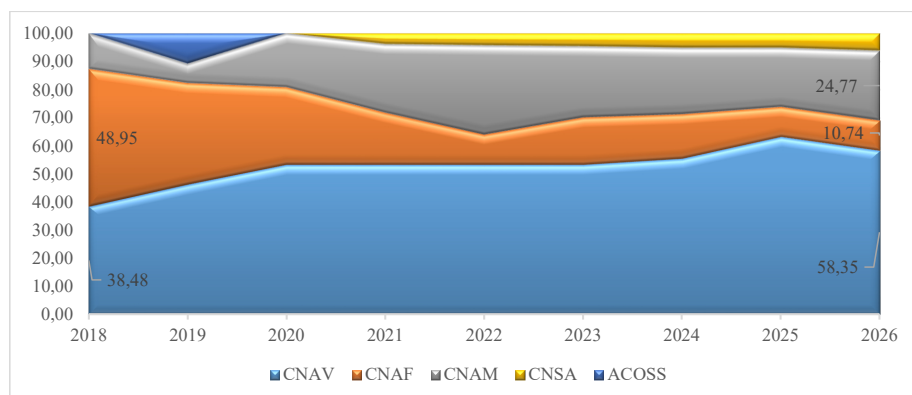
Sur le premier point, **certaines taxes restent affectées à plusieurs attributaires**. Cela peut se justifier pour certains impôts au rendement important afin d'assurer un financement équitablement réparti entre branches de la sécurité sociale. Toutefois, l'attribution à des affectataires multiples a parfois perdu le sens de la répartition initiale. C'est en particulier le cas de la taxe sur les salaires, dont la logique de répartition n'a d'autre finalité aujourd'hui que d'assurer une forme de solidarité financière entre branches de la sécurité sociale. **La clef de répartition est ainsi modifiée chaque année dans la loi de financement de la sécurité sociale** pour ajuster les ressources des branches sans que ces modifications ne répondent

réellement à un objectif de politique publique cohérent avec celui poursuivi par lesdites branches.

Depuis 2018⁽¹⁾, la part de la taxe sur les salaires affectée à la Caisse nationale d'assurance vieillesse a oscillé entre 38,48 % en 2018 et 63,25 % en 2025 avant de retomber à 58,35 % en 2026. La part affectée à la Caisse nationale des allocations familiales a drastiquement chuté quant à elle, passant de 48,95 % en 2018 à 10,74 % en 2026.

Au cours de cette même période, l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale a, pour sa part, été attributaire de la taxe sur les salaires uniquement en 2019.

ÉVOLUTION DE LA RÉPARTITION DE LA TAXE SUR LES SALAIRES ENTRE LES BRANCHES DU RÉGIME GÉNÉRAL (2018-2026)



Source : commission d'enquête sur la base des évolutions successives de l'article L. 131-8 du code de la sécurité sociale.

En ce qui concerne la recommandation d'un choix de l'affectataire en rapport avec l'objet ou l'assiette de la taxe, l'exemple de la taxe sur les salaires est tout aussi édifiant. Mais l'on peut également et légitimement s'interroger sur la raison conduisant à affecter à la branche famille le rendement de la taxe sur les conventions d'assurances sur les contrats d'assurance automobiles (1,3 milliard d'euros de rendement prévu en 2026) ou à orienter vers le régime des non-salariés agricoles le produit des droits de consommation sur les alcools (2,1 milliards d'euros la même année).

Enfin, le maintien de certaines taxes à très faibles rendements montre que le troisième principe évoqué par MM. Charpy et Dubertret n'est pas encore atteint. Ainsi, selon l'annexe 3 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2026, quinze taxes présentaient un rendement inférieur à 100 millions d'euros, représentant donc chacune moins de 0,1 % du montant total des recettes fiscales

(1) Exercice le plus ancien à figurer dans l'annexe 3 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2026.

affectées à la sécurité sociale. L'estimation relative à la taxe sur les « prémix » affichait même un montant nul ⁽¹⁾.

TAXES ET IMPOSITIONS AFFECTÉES À LA SÉCURITÉ SOCIALE DONT LE RENDEMENT EST INFÉRIEUR À 100 MILLIONS D'EUROS

| Nature de l'imposition | Organisme de recouvrement | Montant prévisionnel 2026 (M€) | Répartition du rendement 2026 |
|--|---------------------------|--------------------------------|--|
| Fiscalité comportementale | | | |
| Boissons non alcoolisées | DGFIP | 92 | CCMSA non salariés – vieillesse non salariés – CCMSA maladie |
| Droit de consommation sur les produits intermédiaires | DGDDI | 54 | CCMSA non salariés – vieillesse non salariés – CCMSA maladie |
| Contribution sur les boissons contenant des édulcorants | DGFIP | 70 | Cnam |
| Taxe « Premix » | DGDDI/DGFIP | 0 | Cnam |
| Impôts, taxes et contributions sur les salaires et les accessoires de rémunération | | | |
| Contribution sur les avantages de préretraite d'entreprise | Acoss | 34 | Cnav |
| Contribution salariale sur les attributions d'options de souscription ou d'achat des actions | DGFIP | 77 | Cnav: 93,98 % Cnam: 6,02 % |
| Impôts, taxes et contributions sur l'industrie pharmaceutique | | | |
| Contribution due par les entreprises fabriquant ou exploitant des dispositifs médicaux sur leurs dépenses de publicité | Acoss | 48 | Cnam |
| Droit perçu au titre des demandes d'autorisation de mise sur le marché, d'enregistrement et d'avis de publicité | DGFIP | 72 | Cnam |
| Taxe annuelle sur les inscriptions de dispositifs médicaux | DGFIP | | Cnam |
| Taxe annuelle sur les inscriptions de médicaments | DGFIP | | Cnam |
| Taxe annuelle sur les inscriptions de produits de santé | DGFIP | | Cnam |
| Droit perçu au titre des analyses, inspections, fournitures de substance à la pharmacopée et délivrances réalisées par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé | DGFIP | | Cnam |

(1) Prévus à l'article 1613 bis du code général des impôts.

| Impôts, taxes et contributions sur les contrats d'assurance | | | |
|---|-------|----|---------------------------|
| Contrats d'assurance sur la vie en déshérence | DGFIP | 36 | Cnav |
| Autres impôts, taxes et contributions | | | |
| Redevances sur le système cellulaire numérique de communication entre mobiles « UMTS » 2G | Arcep | 35 | Cnav : 35 % ; État : 65 % |
| Autre | | | |
| CRDS sur les bijoux et métaux précieux | DGFIP | 8 | Cades |

Source : annexe 3 au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2026.

Note : Acoss : Agence centrale des organismes de sécurité sociale ; Arcep : Autorité de régulation des communications électroniques, des postes et de la distribution de la presse ; Cades : Caisse d'amortissement de la dette sociale ; CCMSA : Caisse centrale de la mutualité sociale agricole ; Cnam : Caisse nationale de l'assurance maladie ; Cnav : Caisse nationale d'assurance vieillesse ; DGDDI : direction générale des douanes et des droits indirects ; DGFIP : direction générale des finances publiques.

M. Jean-Pascal Beaufret, inspecteur général des finances et ancien directeur général des impôts, a résumé le problème en ces termes : « *les transferts financiers entre administrations tierces et sécurité sociale, ainsi qu'à l'intérieur du champ de la sécurité sociale, sont absolument trompeurs et faussent les comptes. En 2020, il y a eu 20 milliards d'euros de transfert en dépenses de la sécurité sociale, avec 18 milliards d'euros nets, hors subventions de l'État, de transferts vers des administrations externes* »⁽¹⁾. Il ajoute que sur la question corollaire du périmètre effectivement retracé par les lois de financement de la sécurité sociale, « *le cadre comptable actuel de la sécurité sociale, en excluant les régimes complémentaires, ne permet de voir que 70 % des retraites, ce qui n'est pas satisfaisant* »⁽²⁾. Ces constats éclairent les limites du schéma actuel de présentation des comptes sociaux : d'une part, des transferts d'une ampleur considérable circulent entre la sécurité sociale et les autres administrations publiques sans que le solde de la sécurité sociale les reflète clairement ; d'autre part, près de 30 % des dépenses de retraites qui échappent au champ des lois de financement.

d. L'enjeu du sens, ou quand le financement fait perdre la logique de la cotisation sociale

- Outre son caractère illisible, le schéma de financement pose une question de fond sur le sens même des cotisations sociales. Dans un système bismarckien, la cotisation est le corollaire d'un droit contributif : en cotisant, le travailleur ouvre ou consolide un droit à une prestation future. Ce n'est donc pas un impôt mais la contrepartie d'un droit individuel, fût-il assis sur un mécanisme de solidarité collective.

(1) Audition de M. Jean-Pascal Beaufret, 12 février 2026.

2) *Ibid.*

Dès lors que moins de la moitié des recettes de la sécurité sociale provient des cotisations sociales, il en résulte, là encore, une forme d'ambiguïté dans laquelle la sécurité sociale n'est plus tout à fait bismarckienne, puisque ses ressources sont de plus en plus fiscales, sans être devenue pleinement beveridgienne, puisqu'une part importante de ses prestations demeurent liées à l'activité professionnelle et calculées en fonction des revenus antérieurs.

Cette hybridation a des conséquences politiques concrètes. Le salarié éprouve des difficultés à lire et à comprendre son bulletin de salaire. Comme la rapporteure s'est attachée à le souligner durant les auditions, cette incompréhension peut nourrir un sentiment d'injustice. Cet enchevêtrement rend le débat parlementaire plus difficile, car les mesures d'économie ne peuvent plus être argumentées dans le cadre d'une logique unique (ni purement assurantielle, ni purement universelle). Il crée une dépendance structurelle des comptes sociaux aux affectations de recettes fiscales, dont on a vu qu'elles sont modifiées chaque année, rendant le pilotage pluriannuel particulièrement hasardeux.

Recommandation n° 11 : à défaut de mise à jour des annexes au projet de loi de financement de la sécurité sociale en cours d'examen, intégrer à l'article relatif aux transferts financiers entre administrations de sécurité sociale une annexe amendable qui retracerait précisément les affectations de recettes entre branches et les évolutions intervenues au cours de la navette parlementaire.

Recommandation n° 12 : poursuivre la simplification du schéma de financement de la sécurité sociale en supprimant les taxes à très faible rendement et en mettant en cohérence l'objet des prélèvements avec les politiques publiques menées par l'organisme attributaire.

En conclusion, votre rapporteure souhaite insister sur l'incidence très directe de ces hésitations sur l'équilibre général des comptes sociaux.

En effet, l'absence de décision claire quant au financement du modèle social par la cotisation ou par l'impôt a amené à une situation, particulièrement dangereuse pour l'équilibre général de la sécurité sociale, d'absence de financement des mesures nouvelles dans la période post-covid (mesures dites du « Ségur de la santé »), conduisant à l'aggravation actuelle du déficit des organismes.

2. La dualité des circuits de recouvrement, conséquence de la diversification des ressources et de la fiscalisation de la sécurité sociale, et source de complexité et d'incertitude comptable

- La diversification des ressources de la sécurité sociale ne s'est pas seulement traduite par une modification de la structure des recettes. Elle a aussi fait converger vers le financement de la sécurité sociale deux sphères de recouvrement historiquement distinctes : celle des unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (Urssaf), compétentes pour les prélèvements sociaux, et celle de l'administration fiscale – direction générale des

finances publiques (DGFIP) et direction générale des douanes et droits indirects (DGDDI) –, en charge des taxes et impôts prélevés par l'État.

a. Une répartition du recouvrement liée à la nature des prélèvements

La naissance des Urssaf

Le réseau des Urssaf a pour objectif d'unifier le recouvrement des cotisations sociales afin d'éviter la multiplication des guichets et de simplifier la relation avec les cotisants. Dès 1960, un premier jalon est posé, rendant obligatoire la création d'unions de recouvrement se substituant aux caisses primaires et aux caisses d'allocations familiales pour la seule mission de recouvrement. En 1967, « l'ordonnance Jeanneney » crée l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale et structure une branche du recouvrement, les Urssaf étant placées sous sa tutelle. Cette structuration est ensuite renforcée en 1994 par la désignation de l'Agence comme caisse nationale du réseau.

L'unification s'est poursuivie par vague : intégration du recouvrement de la contribution sociale généralisée en 1991, transfert des contributions d'assurance chômage et des cotisations d'assurance garantie des salaires en 2011, rattachement des travailleurs indépendants au régime général en 2018-2020.

L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale exerce aujourd'hui trois missions principales : pilotage du recouvrement, gestion commune de la trésorerie des branches du régime général, et centralisation-répartition des sommes collectées entre attributaires.

- Le réseau des Urssaf, placé sous la tutelle de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ou Urssaf Caisse nationale), assure le recouvrement direct des prélèvements assis sur les revenus d'activité et déclarés par les employeurs au moyen de la déclaration sociale nominative. Ce périmètre, qui représentait environ 380 milliards d'euros de prélèvements en 2023 pour les seuls employeurs de salariés, comprend les cotisations sociales patronales et salariales, la contribution sociale généralisée sur les revenus d'activité et de remplacement, ainsi qu'un ensemble croissant de contributions.

- En parallèle, les services précités du ministère de l'économie et des finances assurent le recouvrement des contributions, taxes et impôts affectés à la sécurité sociale pour un montant de 110,1 milliards d'euros en 2024 ⁽¹⁾. Ces recettes sont reversées à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, qui en assure la répartition entre les organismes attributaires.

D'après les données de la Commission des comptes de la sécurité sociale ⁽²⁾, les principaux prélèvements concernés sont la taxe sur la valeur ajoutée (environ 49 milliards d'euros affectés aux organismes de sécurité sociale en 2024), la taxe sur les salaires (17 milliards d'euros), les droits de consommation sur les tabacs (13 milliards d'euros), la contribution sociale de solidarité des sociétés (5 milliards d'euros), la taxe de solidarité additionnelle (6 milliards d'euros), le forfait social

(1) *Cour des comptes, rapport de certification des comptes du régime général de sécurité sociale pour 2024, mai 2025, opinion sur les comptes de l'activité de recouvrement, p. 14.*

(2) *Rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale, octobre 2025, fiche 1.4.*

(6 milliards d'euros) et les taxes sur les alcools et boissons non alcoolisées (5 milliards d'euros).

L'on notera qu'à compter du 1^{er} janvier 2024, le recouvrement des accises sur les tabacs et les alcools, auparavant de la compétence de la direction générale des douanes et droits indirects, a été transféré à la direction générale des finances publiques, de sorte que la part résiduelle du recouvrement douanier au profit de la sécurité sociale est désormais réduite.

Cette répartition découle de la nature même des prélèvements. Les cotisations et contributions sociales, assises sur les revenus d'activité, sont logiquement recouvrées par l'organisme qui gère la relation avec les cotisants, les Urssaf. Les taxes et impôts, relevant de la compétence de l'administration fiscale, sont recouverts par cette dernière avant d'être reversés à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. La dualité est donc la conséquence directe de l'affectation à la sécurité sociale de prélèvements fiscaux.

b. Un mouvement de rationalisation relancé dans les années 2010, mais demeuré inachevé

Comme l'ont montré les développements précédents, l'intervention de la direction générale des finances publiques et de la direction générale des douanes et des droits indirects dans le recouvrement des impôts affectés à la sécurité sociale est à l'origine de certaines anomalies comptables relevées par la Cour des comptes.

Indépendamment de ce sujet, la question de la simplification des circuits de recouvrement est un objectif en soi, un objectif ancien et même consubstantiel à l'existence du réseau des Urssaf⁽¹⁾.

La modernisation du recouvrement social a été relancée il y a une quinzaine d'années. Elle a connu une phase d'accélération marquée à compter de 2020 dans le prolongement du rapport remis au Premier ministre par M. Alexandre Gardette en juillet 2019⁽²⁾.

En 2011, le recouvrement des contributions d'assurance chômage et des cotisations de l'Association pour la gestion du régime de garantie des créances des salariés a été transféré de Pôle Emploi vers les Urssaf⁽³⁾. Huit ans plus tard, l'article 18 de la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020 a décidé un vaste mouvement d'unification du

(1) *Rappelons que les Unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (Urssaf) sont nées de la volonté exprimée dès 1945 par les pères fondateurs de la sécurité sociale d'unifier le circuit de recouvrement des cotisations de sécurité sociale, entendues comme les cotisations maladies et vieillesse, et des cotisations familiales alors directement recouvrées par les caisses d'allocations familiales. La première des quatre ordonnances « Jeanneney » de 1967, l'ordonnance n° 67-607 du 21 août 1967, a constitué un jalon décisif en instituant une véritable branche du recouvrement placée sous la direction et le contrôle de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, créée par cette même ordonnance.*

(2) *Alexandre Gardette, rapport au Premier ministre de la mission interministérielle relative à la simplification du recouvrement fiscal et social, 31 juillet 2019.*

(3) *Article 5 de la loi n° 2008-126 du 13 février 2008 relative à la réforme de l'organisation du service public de l'emploi.*

recouvrement social ⁽¹⁾. Cette initiative s'est concrétisée entre autres par le transfert progressif aux Urssaf du recouvrement des contributions à la formation professionnelle et de la taxe d'apprentissage, des cotisations de la Caisse nationale des industries électriques et gazières, des cotisations de la Caisse de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaires et des cotisations de la Caisse interprofessionnelle de prévoyance et d'assurance vieillesse des professionnels libéraux.

Le rapport « Gardette » sur la réforme du recouvrement fiscal et social

Remis le 31 juillet 2019 aux ministres chargés de la santé et des comptes publics par M. Alexandre Gardette, ces travaux répondaient au constat selon lequel le recouvrement des prélèvements obligatoires en France était excessivement fragmenté. Le rapport du comité d'action publique 2022 avait recensé quelque 250 entités intervenant dans la collecte de plus de 600 prélèvements différents ⁽¹⁾. Si deux pôles principaux, que sont la direction générale des finances publiques dans la sphère fiscale et les Urssaf dans la sphère sociale, assuraient l'essentiel du recouvrement, la direction générale des douanes et des droits indirects conservait un portefeuille significatif de taxes et 53 autres organismes collectaient des recettes affectées pour leur propre compte. Cette dispersion engendrait des coûts de gestion élevés, une complexité pour les usagers et des inefficiences dans le recouvrement forcé, où l'existence de « *défaillants communs* », c'est-à-dire d'entreprises ou travailleurs indépendants simultanément débiteurs au titre de leurs obligations fiscales et sociales, plaidait pour une coordination accrue.

Le rapport préconisait un scénario « socle » reposant sur trois piliers : l'unification du recouvrement au sein de chaque sphère (transfert échelonné de onze prélèvements sur quatorze de la direction générale des douanes et droits indirects vers la direction générale des finances publiques à l'horizon 2024 pour un montant brut de 36 milliards d'euros et poursuite de la concentration du recouvrement social autour des Urssaf) ; le développement des coopérations et des coordinations entre les deux sphères, dont la réalisation la plus emblématique devait être un portail informatique commun offrant aux entreprises un point d'entrée unique pour leurs déclarations et paiements fiscaux et sociaux ; enfin l'harmonisation progressive des procédures de recouvrement. S'agissant du recouvrement forcé commun, le rapport proposait que la direction générale des finances publiques expérimente d'abord un recouvrement forcé des créances multiples au moyen d'un outil informatique dédié (Recouvrement des créances de toute nature du secteur public), en y associant l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale et la direction générale des douanes et droits indirects dans un comité de pilotage. L'unification organique complète des deux sphères, qui aurait supposé de rapprocher des agents de droit privé (Urssaf) et des fonctionnaires (direction générale des finances publiques), était en revanche explicitement écartée à moyen terme où ses inconvénients étaient jugés supérieurs à ses avantages, tout en étant maintenue comme « *potentialité à long terme* » à l'horizon 2030.

(1) Comité Action publique 2022, « *Service public : se réinventer pour mieux servir. Nos 22 propositions pour changer de modèle* », juin 2018.

(1) Article L. 213-1 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction issue de l'article 18 de la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020.

• Un rapport du Sénat avait dressé un bilan contrasté du mouvement d'unification du recouvrement social en juin 2022 ⁽¹⁾. Ses auteurs soulignaient la nécessité de sécuriser les conditions de chaque transfert avant d'y procéder.

Ce bilan est d'autant plus nuancé que les transferts déjà réalisés ne sont pas exempts de difficultés. Comme l'a relevé la Cour des comptes dans ses rapports de certification successifs, les contrôles automatisés des Urssaf ne permettaient pas encore de détecter de façon satisfaisante les erreurs déclaratives relatives aux cotisations de la Caisse nationale des industries électriques et gazières et aux contributions de formation professionnelle et d'apprentissage dont le recouvrement leur a été transféré en 2022 ⁽²⁾.

Le transfert du recouvrement des cotisations de retraite complémentaire à l'Agirc-Arrco, qui devait constituer l'aboutissement du mouvement d'unification, a finalement été abandonné ⁽³⁾. En effet, les partenaires sociaux ont fait valoir, en se basant notamment sur le refus de certification des comptes de la branche recouvrement pour les années 2020 et 2021, que les Urssaf ne disposaient pas de la capacité de fiabilisation des données individuelles nécessaire à la préservation des droits à retraite complémentaire des assurés. La mobilisation d'un tel argument a d'ailleurs été relevée devant la commission d'enquête par M. Franck von Lenep, ancien directeur de la sécurité sociale, comme une illustration de la nécessité de « *faire preuve de prudence dans l'interprétation d'une non-certification* » : en l'espèce, celle-ci trouvait son origine dans une divergence d'appréciation entre la Cour des comptes et l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale sur l'exercice auquel devaient être rattachées les cotisations des travailleurs indépendants suspendues en 2020 à cause de la pandémie. La Cour estimait qu'elles devaient l'être au titre de 2020 tandis que l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale les avait imputées sur l'exercice 2021 ⁽⁴⁾.

Dans un rapport publié en juin 2023 ⁽⁵⁾, la Cour des comptes a formulé plusieurs recommandations visant à approfondir les coopérations entre les deux sphères du recouvrement : développement d'un portail commun, mise en place d'un recouvrement forcé coordonné, passage au recouvrement des prélèvements sociaux par les Urssaf à « la maille individuelle » (c'est-à-dire à partir des données individuelles de chaque salarié et non plus agrégées par établissement), et amélioration des modalités de notification des impôts et taxes affectées par la

(1) Rapport d'information n° 725 des sénateurs René-Paul Savary et Cathy Apurceau-Poly au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale et de la commission des affaires sociales, « Unification du recouvrement social : un bilan contrasté, des perspectives à sécuriser », 21 juin 2022.

(2) Cour des comptes, rapport de certification des comptes du régime général de sécurité sociale pour 2023, mai 2024, p. 23. Le même constat est répété dans les rapports de certification des exercices 2022 et 2024, même si ce dernier fait état de « progrès ».

(3) Le transfert était initialement prévu à l'article 18 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020. Il fut reporté successivement à 2023 puis 2024 avant d'être abandonné à l'article 6 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2024.

(4) M. Franck Von Lenep, audition du jeudi 12 février 2026.

(5) Cour des comptes, « La collecte des prélèvements versés par les entreprises », rapport public thématique, juin 2023.

direction générale des finances publiques à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale.

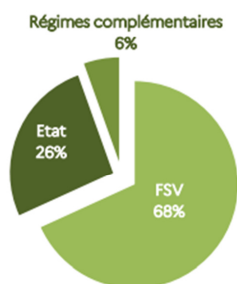
L'approfondissement de la rationalisation des circuits de recouvrement constitue ainsi un chantier qui, s'il dépasse le cadre strict de la présente commission d'enquête, n'en conditionne pas moins la capacité du Parlement à disposer d'une information fiable et complète sur les ressources de la sécurité sociale. Des travaux ultérieurs pourraient utilement se saisir de cette question en examinant en particulier les conditions d'une amélioration des notifications entre l'administration fiscale et l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, ainsi que les perspectives ouvertes par le passage à un recouvrement à la maille individuelle.

3. Des transferts internes et externes qui compliquent la lecture du solde des branches, en particulier pour les retraites et la famille

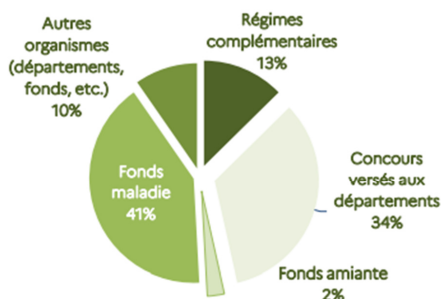
a. Les relations financières entre l'État et la sécurité sociale et entre les administrations de sécurité sociale elles-mêmes ne se limitent pas aux affectations de recettes

• Au-delà du schéma d'affectation des recettes, les relations financières entre les organismes de sécurité sociale et avec l'État et les départements empruntent des canaux multiples qui compliquent encore la lecture des comptes de chaque branche.

TRANSFERTS REÇUS (À GAUCHE) ET VERSÉS (À DROITE)
PAR LES RÉGIMES DE BASE EN 2025



Source : DSS/SDEPF/GA.



Source : DSS/SDEPF/GA.

Source : rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale d'octobre 2025.

Note de lecture : 6 % des transferts reçus par les régimes de base proviennent des régimes complémentaires obligatoires (RCO) et 13 % des transferts versés par les régimes de base le sont auxdits régimes complémentaires obligatoires.

Le rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale d'octobre 2025 fournit un panorama détaillé de ces mouvements croisés. Les régimes obligatoires de base verseraient 59,5 milliards d'euros de transferts, dont 20 milliards d'euros en interne et 39,5 milliards d'euros vers des organismes

externes. Ils recevraient 71,3 milliards d’euros, dont 20 milliards d’euros en interne et 51,3 milliards d’euros en provenance d’entités externes ⁽¹⁾.

Ces montants se décomposent en trois catégories :

i) les **prises en charge de cotisations et de prestations** par lesquelles une branche finance des charges assumées par un autre organisme ou inversement (27,2 milliards d’euros de recettes pour les régimes obligatoires de base en 2025). Cette hypothèse trouve notamment à s’appliquer pour la prise en charge par le Fonds de solidarité vieillesse de cotisations au titre des périodes de chômage. Au total, le Fonds de solidarité vieillesse versait en 2025 près de 16 milliards d’euros de prise en charge de cotisations auxquels s’ajoutaient 5,2 milliards d’euros de prise en charge de prestations au titre de l’allocation de solidarité aux personnes âgées.

L’on observera que l’intégration du Fonds de solidarité vieillesse à la Caisse nationale d’assurance vieillesse, à compter du 1^{er} janvier 2026 ⁽²⁾, fera fortement diminuer le montant des transferts reçus par les régimes obligatoires de base en provenance de sources externes puisque 68 % desdits transferts provenaient dudit Fonds. Le montant des transferts internes, de 20 milliards d’euros, augmentera mécaniquement.

Ces changements de périmètre représentent des montants très importants, de l’ordre de 21,4 milliards d’euros. Ils devront faire l’objet d’une décomposition et d’une explication claire dans les prochaines annexes du projet de loi de financement de la sécurité sociale, comme ce fut le cas dans le dernier rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale ⁽³⁾.

La **branche famille contribue également en grande partie au financement de la branche vieillesse** à travers les prises en charge des cotisations versées au titre des bénéficiaires de l’assurance vieillesse des parents au foyer, à hauteur de 5,3 milliards d’euros en 2025, et du coût des majorations de pension de 10 % pour les assurés ayant eu au moins trois enfants, pour 5,4 milliards d’euros.

(1) Ces chiffres correspondent au prévisionnel établi par la Commission des comptes de la sécurité sociale dans son rapport d’octobre 2025. Les comptes définitifs ne sont pas disponibles au moment de la rédaction du présent rapport.

(2) En application de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2025, le Fonds de solidarité vieillesse a été intégré au 1^{er} septembre 2026 à la Caisse nationale d’assurance vieillesse, qui a récupéré l’intégralité de ses ressources et de ses missions.

(3) Les comptes de la Caisse nationale d’assurance vieillesse y étant présenté à la fois à périmètre constant et pro forma, c’est-à-dire compte tenu des changements de périmètre. Voir notamment p. 163.

L'assurance vieillesse des parents au foyer (AVPF)

L'assurance vieillesse des parents au foyer a pour but de maintenir des droits à la retraite de base aux personnes qui cessent ou réduisent leur activité professionnelle pour s'occuper d'un enfant à travers leur affiliation au régime général. Créée en 1972 pour les mères de famille assumant la charge de jeunes enfants, son accès a été progressivement étendu à d'autres populations, notamment aux pères à compter de 1979.

Les caisses d'allocations familiales ou les caisses de mutualité sociale agricole se substituent aux bénéficiaires pour le paiement de leurs cotisations d'assurance vieillesse, calculées sur la base d'un salaire forfaitaire correspondant à 169 fois le Smic en vigueur au 1^{er} juillet de l'année civile précédente. Pour les bénéficiaires de la prestation partagée d'éducation de l'enfant qui ont réduit leur activité, cette assiette forfaitaire de cotisations peut être limitée à 20 % ou 50 % en fonction du taux de la prestation servie. L'assuré valide des trimestres et bénéficie d'une prise en compte d'un « salaire virtuel » égal à l'assiette forfaitaire dans son revenu annuel moyen.

Le bénéfice de l'assurance vieillesse des parents au foyer requiert trois conditions cumulatives :

- percevoir une prestation familiale parmi l'allocation de base, le complément familial ou la prestation partagée d'éducation de l'enfant ;
- justifier de ressources inférieures à un plafond qui varie selon le motif d'affiliation ;
- cesser ou réduire son activité professionnelle.

L'affiliation est automatique pour les personnes éligibles. Elle dure aussi longtemps que l'assuré en remplit les conditions. Elle ne peut toutefois intervenir lorsque, au titre du ou des enfants considérés et de la même période, la personne bénéficie de la majoration de durée d'assurance prévue au titre de son congé parental.

ii) les **mécanismes d'équilibrage** par lesquels l'État et les caisses du régime général versent des subventions à certains régimes spéciaux structurellement déficitaires. Les flux financiers correspondants représenteraient **62,3 milliards d'euros en 2025, contre 60,5 milliards d'euros en 2024 et 56,9 milliards d'euros en 2023** ⁽¹⁾.

La rapporteure regrette que les **éléments fournis dans les rapports à la Commission des comptes de la sécurité sociale**, notamment dans la fiche consacrée aux mécanismes d'équilibrage, **ne détaillent pas la répartition par branche desdits mécanismes**. S'ils affectent essentiellement la branche vieillesse, ils jouent également pour les risques maladie, notamment avec l'instauration de la protection universelle maladie, et accidents du travail et maladies professionnelles. Or, les informations actuelles ne permettent pas d'isoler avec précision leur incidence sur chaque branche.

(1) *Ibid.*, p. 217.

Recommandation n° 13 : compléter la fiche consacrée aux mécanismes d'équilibre dans le rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale par une ventilation des flux financiers par branche concernée, par type de mécanisme et par régime bénéficiaire pour que le Parlement puisse en apprécier l'incidence réelle sur le solde de chaque branche.

En outre, l'ingénierie financière de ces mécanismes est très diverse et particulièrement complexe, ce qui affaiblit encore la lisibilité des transferts.

Un certain nombre de régimes sont **intégrés financièrement au régime général**. Autrement dit, leur compte est retracé dans les comptes de l'entité intégratrice qui assure leur équilibre lorsqu'ils ont un besoin de financement ou qui reçoit comme produit leur capacité de financement lorsqu'ils sont en excédent. Cette intégration peut être totale, pour l'ensemble des risques couverts et des prestations, ou partielle, ne concernant alors pas l'intégralité des risques couverts ou seulement les prestations équivalentes à celles versées par l'entité intégratrice indépendamment des prestations spécifiques versée par le régime intégré.

S'agissant de la branche vieillesse, c'est le cas en particulier du régime des salariés agricoles intégré à la Caisse nationale d'assurance vieillesse, de même que les régimes des cultes, de la SNCF, de la Régie autonome des transports parisiens, des mines, de la Société nationale d'exploitation industrielle des tabacs et allumettes (Seita), des régies ferroviaires d'outre-mer, de l'Office de radiodiffusion-télévision française, des chemins de fer d'Afrique du Nord et d'outre-mer. S'agissant de la branche maladie, l'instauration de la protection universelle maladie en 2016 a conduit à intégrer financièrement à la Caisse nationale de l'assurance maladie les comptes des régimes des salariés agricoles, des exploitants agricoles (sauf pour ce qui concerne les indemnités journalières), des militaires (mais pas des fonctionnaires civils ni des fonctionnaires territoriaux et hospitaliers), des mines, de la SNCF, de la Régie autonome des transports parisiens, des marins, des clercs de notaires, des cultes et d'autres régimes spéciaux de moindre ampleur.

Fait notable : les comptes des régimes de retraite intégrés financièrement à la Caisse nationale d'assurance vieillesse sont retracés dans les rapports à la Commission des comptes de la sécurité sociale, quoiqu'avec un degré de précision moindre que celui retenu pour les autres régimes de sécurité sociale. En revanche, ces rapports présentent les comptes de la Caisse nationale de l'assurance maladie sur le champ élargi de la protection universelle maladie sans donner d'informations précises sur les régimes qui lui sont financièrement intégrés.

Certains régimes spéciaux font l'objet d'une **subvention de l'État** tels que le Fonds spécial de pensions des ouvriers des établissements industriels de l'État ou le régime de retraite des marins géré par l'Établissement national des invalides de la marine. Concrètement, l'État verse au régime déficitaire une **subvention votée dans la loi de finances, et non dans la loi de financement de la sécurité sociale**, calculée de façon prévisionnelle et faisant l'objet d'une régularisation l'année suivante.

MOSAÏQUE DES DIFFÉRENTS RÉGIMES DE SÉCURITÉ SOCIALE (2025)

| Régime | Population couverte | Maladie-Invalidité | AT/MP | Vielliesse | | |
|--|---|--------------------|---------------|------------|---|---|
| Régime général | Salarisés du secteur privé | • | | | | |
| | Employés de maison (EPM) | | | | | |
| | Agents non titulaires des fonctions publiques d'État, territoriale et hospitalières | | | | • | • |
| | Artistes auteurs | | | | | |
| | Professions artisanales, industrielles et commerciales | | | | | |
| | Fonctionnaires civils, ouvriers de l'État et fonctionnaires de la Poste et France Télécom | | | | | |
| | Agents titulaires des collectivités locales et hospitalières | | | | | |
| | Professions libérales (y compris PAM, hors artistes auteurs et avocats) | | | | | |
| | Étudiants | | | | | |
| | Agents titulaires des industries électriques et gazières | | | | | |
| | Frontaliers suisses | | | | | |
| | Rentiers | | | | | |
| Autres * | | | | | | |
| Régime des salariés agricoles | Salarisés des exploitations agricoles et activités connexes | • | • | • | | |
| Régime des exploitants agricoles | Exploitants agricoles | • | • | • | | |
| Sous total régimes agricoles | 2 régimes | 2 | 2 | 2 | | |
| Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales (CNAVPL) | Professions libérales (y compris PAM, hors artistes auteurs et avocats) | | | • | | |
| Caisse nationale du barreau français (CNBF) | Avocats | | | • | | |
| Sous total régimes de non salariée - non agricoles | 2 régimes | 0 | 0 | 2 | | |
| Régime des fonctionnaires civils et militaires de l'État | Fonctionnaires civils et militaires, fonctionnaires de la Poste et France Télécom | • | • | • | | |
| Caisse nationale militaire de sécurité sociale (CNMSS) | Fonctionnaires militaires | • | | | | |
| Fonds spécial des pensions des ouvriers des établissements industriels de l'État (FSPOEIE) | Ouvriers de l'État | • | | • | | |
| Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL) | Agents titulaires des collectivités locales et hospitalières | • | | • | | |
| Fonds d'allocation temporaire d'invalidité des agents des collectivités locales (FATIACL) | Agents titulaires des collectivités locales et hospitalières | | • | | | |
| Caisse autonome nationale de sécurité sociale dans les mines (CANSSEM) | Travailleurs des mines et ardoisiers | • | • | • | | |
| Régime spécial des industries électriques et gazières (RIEG) | Personnel des industries électriques et gazières | • | • | • | | |
| Régime spécial des agents de la SNCF | Agents de la SNCF | • | • | • | | |
| Régime spécial des agents de la RATP | Agents de la RATP | • | • | • | | |
| Établissement national des invalides de la marine (ENIM) | Marins professionnels du commerce, de la pêche maritime et de la plaisance | • | • | • | | |
| Caisse de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaires (CRPCEN) | Clercs et employés de notaires | • | | • | | |
| Sous total régimes spéciaux et assimilés | 11 régimes | 6 / 4 | 6 / 1 | 9 | | |
| Caisse d'assurance vieillesse, invalidité et maladie des cultes (CAVIMAC) | Ministres des cultes et membres des congrégations et collectivités religieuses | • | | • | | |
| Assemblée Nationale | Députés et personnel de l'Assemblée Nationale | • | | • | | |
| Sénat | Sénateurs et personnel du Sénat | • | | • | | |
| Banque de France | Personnel titulaire de la Banque de France | | • | • | | |
| Service de l'allocation spéciale aux personnes âgées (SASPA) | Français résidents de 65 ans et plus, non affiliés à un régime de base | | | • | | |
| SEITA | Employés de l'industrie des tabacs et allumettes | | | • | | |
| Opéra de Paris | Personnel de l'Opéra de Paris | | | • | | |
| Comédie Française | Personnel de la Comédie Française | | | • | | |
| RSP | Sapeurs pompiers volontaires | | | • | | |
| RATOCEM | Ouvriers civils des établissements militaires | | • | | | |
| Mairie de Paris | | | • | | | |
| Département de Paris | | | • | | | |
| Assistance publique de Paris | | | • | | | |
| Préfecture du Haut-Rhin | Retraités bénéficiant d'anciens statuts spécifiques | | | • | | |
| CRCFE (agents des chemins de fer d'éthiopie) | | | | • | | |
| CRFOF (agents des chemins de fer d'outre-mer) | | | | • | | |
| Sous total autres régimes spéciaux * | 10 régimes | 3 | 1 / 4 | 12 | | |
| Total régimes de base | 32 régimes | 12 / 4 | 10 / 5 | 28 | | |

Source : rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale, octobre 2025, p. 37.

L'architecture des régimes de retraite obligatoires de base en France

Le système de retraite français demeure profondément fragmenté. Il s'organise autour de régimes obligatoires de base, auxquels s'ajoutent, pour la majorité des actifs, un ou plusieurs régimes complémentaires obligatoires. L'on recense, à ce jour, vingt-six régimes de base, seize régimes complémentaires et trois régimes additionnels, soit l'ensemble couvert par le tableau ci-dessus.

Trois ensembles structurent la branche vieillesse au sens des lois de financement. Le régime général, géré par la Caisse nationale d'assurance vieillesse, couvre les salariés du secteur privé et, depuis l'intégration du régime social des indépendants en 2020, les travailleurs indépendants non agricoles ; il a vocation à intégrer progressivement de nouveaux publics au fil des fermetures de régimes spéciaux décidés par le législateur. Le régime agricole, piloté par la Caisse centrale de la Mutualité sociale agricole, distingue salariés et non-salariés agricoles. Les professions libérales relèvent de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales et de ses dix sections, tandis que les avocats demeurent affiliés à la Caisse nationale des barreaux français.

L'article L. 711-1 du code de la sécurité sociale énumère par ailleurs une douzaine de régimes spéciaux couvrant des branches ou des entreprises historiquement dotées de règles propres : fonction publique d'État (gérée par le service des retraites de l'État à travers le compte d'affectation spéciale *Pensions*), fonctions publiques territoriale et hospitalière, militaires, ouvriers de l'État, marins, mines, industries électriques et gazières, SNCF, Régie autonome des transports parisiens, Banque de France, Opéra de Paris, Comédie-Française, clercs et employés de notaires ou encore ministres des cultes (caisse juridiquement rattachée au régime général).

Cette cartographie est cependant en cours de recomposition. La loi de financement rectificative de la sécurité sociale du 14 avril 2023 a fermé aux nouveaux entrants, à compter du 1^{er} septembre 2023, cinq régimes spéciaux – Régie autonome des transports parisiens, industries électriques et gazières, clercs et employés de notaires, Banque de France et personnels du Conseil économique, social et environnemental – qui s'ajoutent aux autres régimes fermés tels que celui de la SNCF depuis 2020. En application de la « *clause du grand-père* », ces régimes continuent à servir des prestations à leurs affiliés antérieurs.

Cette dynamique d'extinction ne supprime ni la complexité de gestion héritée, puisque chaque régime fermé conserve son historique propre, ni les transferts d'équilibrage qui pèsent sur le diagnostic financier d'ensemble de la branche vieillesse même si ceux-ci peuvent changer de forme au gré des choix du législateur. Elle réduit néanmoins, à terme, le nombre de régimes véritablement autonomes et traduit une convergence progressive vers le régime général comme régime de droit commun des nouveaux actifs.

S'agissant du risque vieillesse, le recours à des subventions directes de l'État à ces régimes tend toutefois à être remplacé par une **contribution d'équilibre versée par la Caisse nationale d'assurance vieillesse**, qui perçoit en compensation des crédits de l'État au titre de la mission *Régimes sociaux et de retraite* de la loi de finances ⁽¹⁾. À la suite de cette réforme du schéma de financement du système de retraite, consécutive à la fermeture d'un certain nombre de régimes spéciaux

(1) Ce nouveau schéma de financement des régimes spéciaux fermés, qui transfère le rôle d'équilibrage financier des régimes spéciaux fermés de l'État vers le régime général de la sécurité sociale, est inscrit à l'article 15 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2024.

résultant de la loi de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2023 ⁽¹⁾, les subventions d'équilibre de l'État ont drastiquement chuté, de 7,8 milliards d'euros en 2024 à 2,6 milliards d'euros prévus en 2025 ⁽²⁾. Dans un jeu de vases communicants, les transferts d'équilibrage de la Caisse nationale d'assurance vieillesse ont bondi de 0,5 milliard d'euros en 2024 à 6,2 milliards d'euros prévus en 2025.

La réforme du schéma de financement du système de retraites

Tirant les conséquences de la fermeture de plusieurs régimes spéciaux consécutive à la réforme des retraites d'avril 2023, l'article 15 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2024 a procédé à l'intégration financière, au sein de la Caisse nationale d'assurance vieillesse, de l'ensemble des régimes spéciaux en cours d'extinction en même temps qu'il lui a confié un rôle « d'équilibreur en dernier ressort » desdits régimes.

Comme le précisait l'annexe 9 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2024, le schéma de financement retenu pour ces régimes spéciaux prévoit une mobilisation des ressources selon l'ordre de priorité suivant :

- en premier lieu, seront affectées prioritairement au financement du régime spécial intégré les cotisations et contributions sociales dont il bénéficie ;
- en deuxième lieu, et si cette première source de financement ne suffit pas à assurer l'équilibre du régime, ses réserves financières seront mobilisées ;
- en dernier lieu, le régime intégré bénéficiera d'une dotation d'équilibre de la Caisse nationale d'assurance vieillesse en application de l'article L. 134-3 du code de la sécurité sociale.

Depuis le 1^{er} janvier 2025, la Caisse nationale d'assurance vieillesse a donc la responsabilité d'équilibrer les régimes spéciaux de retraite des agents de la SNCF, de la Régie autonome des transports parisiens, des mines et de la Société nationale d'exploitation industrielle des tabacs et allumettes dans la mesure où les réserves de ces régimes ne suffisent pas à assurer leur équilibre financier. **En 2025, l'ensemble des subventions d'équilibre ainsi versées s'élèverait à 6,2 milliards d'euros.**

S'ajouteront à ces régimes spéciaux ceux des industries électriques et gazières, ceux des clercs et employés de notaires et de la Banque de France lorsque leurs ressources propres ne leur permettront plus d'équilibrer leur solde.

Le principal mécanisme d'équilibrage en masses financières réside toutefois dans la « **contribution d'équilibre de l'employeur** ». Ce terme recouvre le montant que verse l'employeur principal d'un régime pour assurer son équilibre financier. Il est défini mécaniquement par l'application de la différence entre les dépenses du régime et les ressources propres dont il dispose.

En 2025, le montant de ces contributions s'élèverait à **52,1 milliards d'euros, dont 50,1 milliards d'euros correspondent au montant versé par l'État** à travers le compte d'affectation spéciale *Pensions* au titre des pensions de retraite

(1) Article 1^{er} de la loi n° 2023-270 du 14 avril 2023 de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2023.

(2) Rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale d'octobre 2025.

des fonctionnaires civils et militaires. Dans les comptes présentés dans le rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale, la contribution d'équilibre de l'employeur est clairement distinguée des autres ressources principales du régime que sont les cotisations des agents (à hauteur de 7,5 milliards d'euros en 2025) et les « cotisations patronales » qui correspondent aux cotisations acquittées par les établissements publics, les collectivités locales et certaines entreprises dont la Poste et Orange (7,1 milliards d'euros). L'ensemble des « cotisations » versées par l'État en tant que personne morale au titre de ses agents intègre donc cette catégorie de « contribution d'équilibre » qui constitue les trois quarts des ressources nettes du régime.

Comme nous le verrons, la classification de certains transferts en tant que contribution d'équilibre de l'employeur suscite de nombreux débats sur le déficit réel du système de retraites que la commission d'enquête a souhaité investir.

iii) les **transferts au titre de la solidarité et de la compensation démographique entre régimes**, qui visent à corriger les déséquilibres résultant de l'évolution du ratio entre cotisants et retraités propre à chaque régime.

Certains de ces transferts peuvent se justifier au regard de leur finalité, par exemple l'imputation à la branche famille du coût de la politique familiale sur les dépenses de retraites. Ils n'en contribuent pas moins à masquer la contribution réelle de chaque branche aux déficits sociaux. À titre d'exemple, la branche famille verse des transferts de l'ordre de 14,2 milliards d'euros en 2025 quand elle n'en reçoit que pour 208 millions d'euros⁽¹⁾. Hors transfert, son solde serait donc amélioré d'environ 14 milliards d'euros.

À l'inverse, en 2025, la Caisse nationale d'assurance vieillesse transférerait 14,7 milliards d'euros, essentiellement vers d'autres régimes de retraite, mais elle percevait en retour près de 37,9 milliards d'euros, dont la majeure partie provenait du Fonds de solidarité vieillesse. Compte tenu de la suppression de ce dernier à compter du 1^{er} janvier 2026, l'ampleur des transferts financiers en provenance et à destination de la Caisse nationale d'assurance vieillesse sera sensiblement modifiée à l'avenir.

● Indépendamment des transferts financiers, les organismes de sécurité sociale assurent également la gestion, pour le compte de l'État ou des départements, de prestations dont ils ne sont pas les financeurs. C'est notamment le cas de la prime d'activité, des aides personnalisées au logement et du revenu de solidarité active versés par le réseau des caisses d'allocations familiales. Ces prestations recouvrent des masses financières considérables qui ne sont pas retracées dans les comptes de la sécurité sociale puisqu'elles sont définies chaque année en loi de finances, en particulier dans la mission *Solidarités, insertion et égalité des chances*.

(1) Rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale, octobre 2025, p. 167.

Or, alors même qu’elles ne relèvent pas des dépenses de sécurité sociale, ces prestations servies pour le compte de tiers sont examinées au titre de la certification des comptes du régime général. Elles sont même à l’origine des principales difficultés de certification relevées par la Cour des comptes pour la branche famille précédemment décrites ⁽¹⁾.

● L’État compense par ailleurs le coût des exonérations ciblées de cotisations sociales par l’affectation de crédits budgétaires votés chaque année en loi de finances et dont le montant total est retracé dans un article de la loi de financement de la sécurité sociale, conformément à l’article L.O. 111-3-4 du code de la sécurité sociale. Le détail du coût et de la compensation financière de ces exonérations ciblées est inscrit à l’annexe 4 des projets de loi de financement de la sécurité sociale et à l’annexe 2 des projets de loi d’approbation des comptes de la sécurité sociale ⁽²⁾.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2026 a fixé le montant de cette compensation financière à 9,1 milliards d’euros ⁽³⁾, en forte hausse par rapport à 2025 du fait du choix du Parlement, à l’initiative du rapporteur général de la commission des affaires sociales de l’Assemblée, de supprimer un certain nombre de mesures de non compensation d’exonérations ciblées, en particulier celles portant sur les cotisations salariales sur les heures supplémentaires ⁽⁴⁾. Cette mesure représente 2,5 milliards d’euros de transferts supplémentaires au bénéfice de la sécurité sociale.

Le principe de compensation des exonérations de cotisations sociales

La création des allègements généraux sur les bas salaires à l’initiative du gouvernement d’Édouard Balladur, au début des années 1990, s’est rapidement accompagnée d’une obligation de compensation par l’État des pertes de recettes induites pour la sécurité sociale.

Depuis la loi n° 94-637 du 25 juillet 1994 relative à la sécurité sociale, dite « loi Veil », les exonérations et réductions de cotisations sociales font l’objet d’une obligation de compensation intégrale par l’État. Cette règle, inscrite à l’article L. 131-7 du code de la sécurité sociale, a depuis été régulièrement affirmée. Elle s’applique aux exemptions d’assiette depuis 2004 ⁽¹⁾. Matériellement, la règle instaurée par la « loi Veil » se traduit par une compensation à la sécurité sociale « à l’euro près » par l’affectation de crédits budgétaires votés chaque année en loi de finances.

Toutefois, le législateur financier social peut déroger à cette règle de compensation des exonérations de cotisations sociales par affectation de crédits budgétaires, soit qu’il choisisse de renoncer à toute compensation, soit qu’il décide de compenser la perte de recettes pour la sécurité sociale d’une autre manière ⁽²⁾.

(1) Le cas des aides personnelles au logement et des problèmes consécutifs à la mise en œuvre de leur contemporanéisation en constitue un exemple qui est évoqué au C de la présente deuxième partie.

(2) En application, respectivement, du 4° de l’article L.O. 111-4-1 et 3° de l’article L.O. 111-4-1 du code de la sécurité sociale.

(3) Article 46 de la loi n° 2025-1403 du 30 décembre 2025 de financement de la sécurité sociale pour 2026.

(4) Article 43 de la loi n° 2025-1403 précitée.

D'après l'annexe 4 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2026, quarante-huit mesures de réduction ou d'exonération ont fait l'objet d'une disposition expresse de non-compensation, la dernière ayant été instituée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2023. C'est ainsi que, depuis la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015, l'article L. 131-7 précité précise les dérogations au principe qu'il pose. Il dispose aujourd'hui, au 1° du II, que l'obligation de compensation ne s'applique pas aux allègements généraux de cotisations.

Compte tenu de ce mouvement, l'obligation de compensation « juridique », qui emporte inclusion de ces dispositifs dans le périmètre du présent article, ne concerne guère plus que les exonérations ciblées, dont le montant s'élève à 9,1 milliards d'euros en 2026 ⁽³⁾.

Pour autant, il convient de relever que l'existence d'une disposition juridique expresse de non-compensation en application de l'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale ne signifie pas nécessairement l'absence de compensation financière.

Depuis 2006, les allègements généraux font l'objet d'une compensation par l'affectation de recettes fiscales. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 ⁽⁴⁾ a par ailleurs rationalisé les transferts de compensation des allègements généraux par l'instauration d'un mécanisme de compensation « pour solde de tout compte ». Les dernières extensions de périmètre des allègements généraux, notamment aux cotisations de retraite complémentaire et aux contributions d'assurance chômage, n'ont pas fait exception à ce cadre juridique dérogatoire. Elles se sont logiquement accompagnées d'une augmentation des recettes de taxe sur la valeur ajoutée affectées par l'État à la sécurité sociale.

Aussi convient-il de distinguer les exonérations compensées en application du principe de la « loi Veil » de celles qui, par dérogation à l'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale, reçoivent une contrepartie financière par d'autres mécanismes.

(1) Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.

(2) L'article L.O. 111-3-16 du code de la sécurité sociale confié à la loi de financement le monopole des dérogations au principe général de compensation.

(3) Article 46 de la loi n° 2025-1403 du 30 décembre 2025 de financement de la sécurité sociale pour 2026.

(4) Loi n° 2010-1594 du 20 décembre 2010 de financement de la sécurité sociale pour 2011.

b. Un effort de transparence noyé dans une masse d'informations et insuffisamment lié au vote des textes financiers

● Le schéma de financement de la sécurité sociale se caractérise par des flux financiers d'une extrême subtilité qui aboutissent à le rendre totalement illisible.

Or, les tableaux d'équilibre votés chaque année dans les lois de financement et les projets de loi d'approbation des comptes résultent d'opérations complexes de combinaison des comptes qui impliquent de neutraliser les transferts entre régimes d'une même branche et entre les branches elles-mêmes.

Le solde de chaque branche est présenté après transferts, de sorte que ceux-ci ne sont pas directement visibles, tandis que le solde « toutes branches » est présenté hors transferts entre branches.

Comme l'a justement relevé la présidente de la commission d'enquête lors de l'audition de la mission comptable permanente de la direction de la sécurité sociale, il en résulte que « *les totaux pour les dépenses et les recettes, présentés hors*

transferts entre branches, ne correspondent pas à l'addition des sommes pour chaque régime. Pour la dernière loi de financement de la sécurité sociale, par exemple, il y avait plus de 17 milliards d'euros d'écart » ⁽¹⁾.

Ainsi que l'a précisé Mme Anne Fichen, sous-directrice des études et des prévisions financières à la direction de la sécurité sociale, les retraitements opérés lors de la construction des tableaux d'équilibre ont pour but d'éviter les doubles comptes. Les éléments des rapports à la Commission des comptes de la sécurité sociale permettent de détailler les transferts « *en toute transparence* » ⁽²⁾.

● La rapporteure prend acte de cette justification. Mais elle relève que cette transparence demeure insuffisante à deux égards.

En premier lieu, le Parlement ne vote ni sur les annexes ni sur le rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale, qui ne constitue pas une annexe du projet de loi de financement de la sécurité sociale à proprement parler. Les tableaux d'équilibre, sur lesquels les parlementaires se prononcent formellement, présentent des soldes par branche après transferts, sans qu'un solde avant transferts ne soit simultanément soumis à la représentation nationale.

Or, une telle présentation aurait l'indéniable avantage de mettre en lumière l'ampleur des transferts entre branches, dont on a pu mesurer l'impact sur les soldes de chacune des branches.

En second lieu, les documents qui détaillent les transferts présentent des limites temporelles significatives. Le rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale recense les transferts **hors mesures nouvelles prévues dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale**.

Quant à l'annexe 3 du projet de loi de financement, les limites afférentes aux affectations de recettes fiscales aux organismes de sécurité sociale sont pleinement transposables aux transferts financiers entre branches : **l'annexe ne présente que la situation au dépôt du projet de loi et ne fait pas l'objet d'une actualisation en cours d'examen**, tant et si bien que, lorsque les parlementaires sont amenés à voter les tableaux d'équilibre, il peut exister un écart important entre les dispositions du texte et les données présentées en annexe.

Recommandation n° 14 : compléter les tableaux d'équilibre des lois de financement par une présentation des soldes de chaque branche avant transferts, en sus de la présentation actuelle après transferts, afin de permettre au Parlement d'apprécier la situation financière intrinsèque de chaque branche et sa contribution réelle au solde d'ensemble des administrations publiques.

(1) *Audition de la mission comptable permanente de la direction de la sécurité sociale, 22 janvier 2026.*

(2) *Ibid.*

Recommandation n° 15 : dans l'annexe prévue à la recommandation n° 5 (annexe à l'article relatif aux transferts financiers entre administrations de sécurité sociale), reprendre les éléments publiés dans le rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale détaillant l'ensemble des transferts financiers entre branches, d'une part, et entre la sécurité sociale et les autres administrations publiques, d'autre part, en distinguant les prises en charge de cotisations et de prestations, les mécanismes d'équilibrage et les transferts au titre de la solidarité et de la compensation démographique.

4. Le cas particulier des retraites de l'État, des conventions comptables qui compliquent le diagnostic du problème de financement des retraites

• Les travaux de la commission d'enquête ont mis en lumière combien les conventions comptables, pour technique qu'elles puissent paraître, peuvent avoir des conséquences majeures sur la lecture des comptes et sur le diagnostic apporté aux problèmes de financement de la sécurité sociale.

Le débat sur la situation financière du système de retraite illustre, de manière particulièrement frappante, les difficultés de lisibilité du schéma de recettes de la sécurité sociale. Derrière un apparent consensus sur les données que sont le volume des dépenses de pensions, le nombre de cotisants et la population des retraités, des divergences profondes apparaissent dès lors qu'il s'agit de qualifier les ressources affectées au système, et en particulier la contribution de l'État employeur.

À titre liminaire, il convient de rappeler les ordres de grandeur en jeu. Selon le rapport annuel 2025 du Conseil d'orientation des retraites, les dépenses de retraite ont atteint 407 milliards d'euros en 2024, soit 13,9 % du produit intérieur brut et 24,4 % de l'ensemble des dépenses publiques. Les ressources du système de retraite, hors produits financiers, s'élevaient à 405 milliards d'euros en 2024, dont 269 milliards d'euros provenaient des cotisations des acteurs du secteur privé et des cotisations salariales des agents publics. Le reste, soit plus de 130 milliards d'euros, provenait de transferts de l'État ou d'autres contributeurs publics (Caisse nationale d'allocations familiales, Unédic) affectés au système par décisions législatives et réglementaires ⁽¹⁾.

a. Le régime des pensions civiles et militaires, un équilibre assuré par construction

• **Le régime de la fonction publique de l'État se distingue structurellement des régimes de droit commun.** À la différence des régimes où l'équilibre financier résulte de la confrontation entre recettes et dépenses ayant chacune leur dynamique propre, le régime de la fonction publique de l'État est, par construction, équilibré chaque année. Le compte d'affectation spéciale *Pensions*,

(1) Conseil d'orientation des retraites, rapport annuel de 2025.

support budgétaire de ce régime, doit en effet présenter un solde cumulé positif⁽¹⁾. Pour satisfaire cette contrainte, le taux de la contribution versée par l'État employeur est ajusté de sorte que les recettes du compte d'affectation spéciale égalent ses dépenses.

Il en résulte des taux de contribution sans commune mesure avec ceux du secteur privé. En 2025, le taux de contribution employeur de l'État s'élevait à 78,28 % du traitement indiciaire pour les fonctionnaires civils et à 126,07 % pour les militaires⁽²⁾, à comparer avec un taux de cotisation employeur de 16,58 % dans le secteur privé⁽³⁾. Au 1^{er} janvier 2026, le taux de la contribution de l'État a encore augmenté de quatre points pour atteindre 82,28 %⁽⁴⁾. Pour rappel, il était de 49,9 % en 2006⁽⁵⁾. Cet écart reflète la situation démographique dégradée du régime : fin 2023, le rapport entre cotisants et pensionnés de droit direct était de 0,9 pour la fonction publique civile de l'État⁽⁶⁾, alors qu'il était encore de 1,6 en 2006.

Comme évoqué précédemment, la **contribution d'équilibre versée par l'État au titre du seul régime des pensions civiles et militaires s'élèverait à 50,1 milliards d'euros en 2025**, soit environ 75 % des ressources du régime. La Cour des comptes estime que cette contribution devrait rester stable dans les années à venir⁽⁷⁾.

C'est la *nature* de cette contribution d'équilibre, véritable cotisation d'employeur ou « subvention déguisée », qui se trouve au cœur des débats relatifs au déficit du système de retraites.

b. Une surcotisation qui masque un besoin de financement considérable selon le Haut-Commissariat au Plan et M. Jean-Pascal Beaufret

● Le Haut-Commissariat au Plan a mis en évidence, dès décembre 2022, le poids des concours financiers publics dans l'équilibre apparent du système. Dans une note intitulée « *Retraites : une base objective pour le débat civique* »⁽⁸⁾, le Haut-Commissariat, alors sous l'autorité de M. François Bayrou, avait estimé

(1) En application de l'article 21 de la loi organique n° 2001-692 du 1^{er} août 2001 relative aux lois de finances qui dispose qu'en « cours d'année, le total des dépenses engagées ou ordonnancées au titre d'un compte d'affectation spéciale ne peut excéder le total des recettes constatées ».

(2) Article 1^{er} du décret n° 2012-1507 du 27 décembre 2012 portant fixation du taux de la contribution employeur due pour la couverture des charges de pension des fonctionnaires de l'État, des militaires et des magistrats ainsi que du taux de la contribution employeur versée au titre du financement des allocations temporaires d'invalidité des fonctionnaires de l'État et des magistrats.

(3) Dont 2,02 % de cotisations déplaçonnées et 8,55 % de cotisations plaçonnées pour le régime de base et 6,01 % de cotisations de retraite complémentaire. L'on rappellera en effet que le régime de retraite de la fonction publique est dit « intégré » en ce sens qu'il ne distingue pas les étages de base et complémentaires.

(4) En application de l'article 2 du décret n° 2025-1341 du 26 décembre 2025.

(5) Article 1^{er} du décret n° 2006-23 du 5 janvier 2006 portant fixation du taux de la contribution aux charges de pension des fonctionnaires civils et des militaires ainsi que du taux de la contribution relative aux allocations temporaires d'invalidité des fonctionnaires de l'État.

(6) Rapport sur les pensions de retraite de la fonction publique, annexe au projet de loi de finances pour 2026.

(7) Cour des comptes, Situation financière et perspectives du système de retraites, février 2025.

(8) Haut-Commissariat au Plan, Retraites : une base objective pour le débat civique, 8 décembre 2022.

l'équilibre du système de retraite assuré par des concours publics de l'ordre de 30 milliards d'euros en 2021. Selon cette note, les surcotisations de l'État, c'est-à-dire la fraction de la contribution d'équilibre qui excède le taux de cotisation appliqué dans le secteur privé, s'élevaient à 46 milliards d'euros, ce qui conduisait à ramener la part des cotisations dans les ressources du système de 79 % à 66 %.

En retenant des taux de cotisation employeurs différents pour le secteur privé calculés par l'Institut des politiques publiques (34,7 %) ⁽¹⁾, une note du Conseil d'analyse économique estimait que les cotisations employeurs de l'État se seraient élevées à 21,5 milliards d'euros en 2023, laissant ainsi 28,9 milliards d'euros de « transfert » abondant le compte d'affectation spéciale *Pensions* ⁽²⁾.

• M. Jean-Pascal Beaufret a développé une analyse convergente sur un périmètre plus large. Dans sa réponse au questionnaire de la rapporteure, il a présenté une reconstitution du besoin de financement réel du système de retraite, c'est-à-dire la contribution des retraites au déficit d'ensemble des administrations publiques, tous transferts et subventions déduits. Selon cette reconstitution, ce besoin de financement se serait élevé à environ 81 milliards d'euros en 2023 et 86 milliards d'euros en 2025, soit près de 48 % du déficit d'ensemble des administrations publiques ⁽³⁾ :

M. Jean-Pascal Beaufret a précisé son analyse lors de son audition devant la commission d'enquête : « *Je prends l'exemple du régime général des salariés et des régimes des pensions civiles et militaires de retraite de l'État. Le régime de l'État compte environ 1 cotisant pour 1 retraité, contre 1,5 cotisant pour 1 retraité dans le régime général des salariés. L'État a transformé en sociétés privées deux administrations, France Télécom et La Poste, perdant ainsi plus de 400 000 cotisants à son régime, remplacés par un nombre peut-être un peu plus faible de salariés privés ayant cotisé à la Caisse nationale d'assurance vieillesse et à l'Agirc-Arrco. Mais l'État n'a pas demandé à ces organismes de lui restituer les cotisations qu'ils touchaient sur les salariés de statuts privés pour financer les retraites, qu'il a continué de payer. Parmi les 44 milliards d'euros de subventions de l'État au régime des pensions civiles et militaires de retraite, une large partie est due au fait que les régimes des fonctionnaires et la subvention d'État paient le déficit démographique du régime général estimé à une vingtaine de milliards d'euros, beaucoup plus que France Télécom et La Poste réunis. Ces informations simples peuvent être reconstituées de l'extérieur.* » ⁽⁴⁾

(1) Patrick Aubert, Maïlys Pedrono, Maxime Tô & Todor Tochev, « Retraites des fonctionnaires d'État : faut-il changer la convention comptable ? », Perspectives budgétaires, Institut des politiques publiques, juin 2025, pp. 53-74.

(2) Hélène Paris, « Retraite des fonctionnaires d'État : pas de déficit caché mais un coût salarial évalué », Conseil d'analyse économique, Focus n° 121, 19 septembre 2025.

(3) Jean-Pascal Beaufret, réponse au questionnaire de la rapporteure.

(4) Audition de M. Jean-Pascal Beaufret, 12 février 2026.

Il convient de souligner que ces estimations résultent de calculs propres à M. Beaufret, effectués à partir de données publiques selon une méthodologie qui lui appartient. Elles n'ont pas été validées en tant que telles par une institution publique et elles ne constituent pas des chiffres officiels.

Le raisonnement repose sur l'identification de plusieurs catégories de concours financiers, que M. Beaufret qualifie de « subventions » quelle que soit leur dénomination dans les comptes publics. Il distingue :

- les surcotisations de l'État au titre de la contribution d'équilibre du régime des pensions civiles et militaires (44 milliards d'euros en 2024) ;
- les surcotisations des opérateurs de l'État (5 milliards d'euros) ;
- les subventions d'équilibre aux régimes spéciaux (8 milliards d'euros) ;
- les subventions compensatoires des allègements ciblés de cotisation (5 milliards d'euros) ;
- les transferts des autres administrations de sécurité sociale vers les caisses de retraite (17 milliards d'euros) ⁽¹⁾.

M. Beaufret soutient que le classement intégral de la contribution d'équilibre en « cotisation » dans les comptes de la nation a pour effet de masquer l'ampleur des mécanismes d'équilibrage des régimes de fonctionnaires. En comptabilité nationale, conformément au règlement européen SEC 2010, la contribution d'équilibre est traitée comme une cotisation imputée, c'est-à-dire comme une rémunération du fonctionnaire incluse dans la masse salariale de l'administration qui l'emploie ⁽²⁾.

M. Beaufret ne conteste certes pas l'existence de cette règle comptable. Néanmoins, il relève qu'elle aménage des options s'agissant de la façon d'estimer les cotisations imputées lorsque les calculs actuariels ne sont pas suffisamment fiables ⁽³⁾ : sur la base d'un pourcentage raisonnable des salaires versés au personnel en activité, ou comme étant égales à la différence entre les prestations courantes à payer et les cotisations effectives à payer.

(1) *Ibid.*

(2) *En application de la norme D. 122 du système européen des comptes* : « Les cotisations sociales imputées à la charge des employeurs (D. 122) représentent la contrepartie des autres prestations d'assurance sociale (D. 622) fournies directement par les employeurs à leurs salariés, ex-salariés et autres ayants droit (diminuée, le cas échéant, des cotisations sociales à la charge des salariés), sans qu'il y ait, à cet effet, recours à une société d'assurance ou à un fonds de pension autonome ou constitution d'un fonds spécifique ou d'une réserve distincte. »

(3) *Paragraphe 17.139 du système européen des comptes de 2010. Les calculs actuariels visent à évaluer la situation financière d'un régime de retraite sur l'ensemble de la période de projection et pas uniquement à un instant donné comme le solde technique.*

Quelle référence pour le taux de cotisation employeur de l'État ?

La question du taux de cotisation employeur de référence à retenir pour l'État constitue un enjeu technique central dans le débat sur la contribution des retraites aux déficits publics. Trois approches sont possibles conduisant à des résultats sensiblement différents.

La première approche, retenue par le Haut-Commissariat au Plan, consiste à appliquer le taux de cotisation employeur légal de droit commun du secteur privé, de 16,46 % en 2023 (régime de base et régime complémentaire Agirc-Arrco, part employeur). Cette référence peut sembler naturelle. Comme l'a montré, en 2022, une étude de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, les règles de calcul des pensions dans le secteur public, bien que très différentes de celles du secteur privé, aboutissent à des montants de pension très proches à rémunération brute égale pour les fonctionnaires sédentaires.

Le Conseil d'analyse économique formule deux réserves à l'égard de cette approche. La première porte sur la différence d'assiette entre les deux secteurs : dans le secteur privé, l'assiette de cotisation recouvre l'essentiel du salaire brut ; dans la fonction publique, seuls les traitements indiciaires bruts, hors primes, y sont soumis. Or, les primes et accessoires de traitement représentent environ 24 % de la rémunération brute des fonctionnaires. En corrigeant le taux global employeur et salarié de droit commun (27,77 % en 2023) pour tenir compte de cette différence d'assiette, le Conseil d'analyse économique obtient un taux global de 36,54 %, soit, après déduction de la retenue salariale dans la fonction publique (11,1 %), un taux employeur corrigé de 25,44 %. La seconde réserve porte sur l'insuffisance des transferts de compensation démographique entre régimes : le taux du secteur privé serait « sous-estimé » car il bénéficie implicitement d'une situation démographique favorable, sans que le régime de la fonction publique soit compensé à due concurrence.

La troisième approche, proposée par l'Institut des politiques publiques, corrige ces deux biais en intégrant, d'une part, les dispositifs de solidarité financés dans le privé par des impôts affectés et non par des cotisations et, d'autre part, les transferts de compensation démographique qui seraient nécessaires pour ramener la démographie de la fonction publique de l'État à la moyenne de la population. Le taux de cotisation employeur obtenu est alors de 34,7 %, soit moins de la moitié du taux de 78,28 % applicable en 2023 pour les fonctionnaires civils. Le Conseil d'analyse économique considère cette estimation une « borne haute » : le calcul prend en compte les effectifs physiques et non les écarts de rémunération, et n'exclut pas des dispositifs de solidarité en voie d'extinction.

Le « juste » taux de cotisation employeur se situerait donc, selon le Conseil d'analyse économique, dans une fourchette comprise entre 25,44 % et 34,7 %. À titre illustratif, en appliquant les options de l'Institut des politiques publiques (34,7 %) aux données d'exécution budgétaire de 2023, les cotisations employeur de l'État au compte d'affectation spéciale *Pensions* auraient atteint 21,5 milliards d'euros (civils et militaires), soit 28,9 milliards d'euros de moins que la contribution d'équilibre versée effectivement (50,4 milliards d'euros). L'écart correspond au transfert implicite, dispositifs de solidarité et subvention d'équilibre confondus, qui serait consolidé au niveau de l'ensemble des administrations publiques et, en conséquence, diminuerait d'autant le niveau affiché des dépenses publiques et, symétriquement, celui des recettes publiques, sans impact sur le solde public.

Sources : Conseil d'analyse économique, Focus n° 121, « Retraites des fonctionnaires d'État : pas de déficit caché mais un coût salarial surévalué », septembre 2025 ; Institut des politiques publiques, « Retraites des fonctionnaires d'État : faut-il changer la convention comptable ? », Perspectives budgétaires, juin 2025.

Le choix de recourir à la seconde option conduit, selon lui, à une majoration artificielle de la masse salariale publique et du produit intérieur brut, sans que le besoin de financement des retraites publiques n'apparaisse dans les comptes. M. Beaufret est amené ainsi à émettre des critiques sur le Conseil d'orientation des retraites.

Selon lui, la convention comptable actuelle fausse non seulement le diagnostic interne mais aussi les comparaisons internationales. Ainsi, « *si l'on présentait des comptes combinés transparents [l'on montrerait] que la totalité des régimes sociaux dépense 15 % de plus que les prélèvements obligatoires, déjà élevés* »⁽¹⁾. Par ailleurs, « *en opérant le bon calcul on découvre que les dépenses sont plutôt moins élevées en France qu'ailleurs* » lorsque l'on retranche la contribution des différents ministères au compte d'affectation spéciale *Pensions*, ce qui est par exemple le cas dans les domaines de la défense ou de l'éducation⁽²⁾.

Dans sa note d'exécution budgétaire du compte d'affectation spéciale *Pensions* de la loi de finances pour 2025, parue en avril 2026, la Cour des comptes ouvre le débat en posant le même diagnostic⁽³⁾.

« *Tout d'abord, les avantages non contributifs, c'est-à-dire la solidarité, pourraient représenter jusqu'à 78 milliards d'euros, soit 20 % des dépenses de retraite. Malheureusement, ces dépenses ne sont pas comptabilisées dans les comptes des régimes. Les dépenses non contributives, telles que les dispositifs familiaux, de retraite anticipée ou de minimum de retraite, sont instituées par le Parlement. Or, ces avantages non contributifs n'étant ni comptabilisés ni publiés, ils ne sont pas représentés aux parlementaires. Il existe un sous-budget dans les retraites, évalué une fois tous les cinq ans. Il est possible que, parmi ces avantages non contributifs, on trouve, par exemple, que le dispositif des carrières longues coûterait environ 5 milliards d'euros. Des économies pourraient peut-être être trouvées. Mais les parlementaires n'ont pas connaissance de ces dépenses, car elles ne sont pas publiées et comptabilisées* ». ⁽⁴⁾

c. Les critiques de cette approche émises par le Conseil d'orientation des retraites et la Cour des comptes

Plusieurs objections de fond ont été opposées à la lecture défendue par le Haut-Commissariat au Plan et par M. Beaufret, notamment par la Cour des comptes et le Conseil d'orientation des retraites.

● Le Conseil d'orientation des retraites conteste la pertinence du taux de cotisation du secteur privé comme référence. Dans ses réponses au questionnaire de la rapporteure, il fait valoir que **le taux implicite élevé de contribution employeur**

(1) *Audition de M. Jean-Pascal Beaufret, 12 février 2026.*

(2) *Ibid.*

(3) *Cour des comptes, analyse de l'exécution budgétaire 2025, compte d'affectation spéciale Pensions, avril 2026.*

(4) *Ibid.*

dans la fonction publique n'est pas lié à une générosité plus grande des régimes publics. Il invoque une étude de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, en 2022, selon laquelle, en appliquant les règles du privé au public, les pensions des fonctionnaires sédentaires nés en 1958 auraient été en moyenne de 1,5 % plus élevées ⁽¹⁾. Il indique que « *notre système de retraite est aussi financé par des impôts affectés et des contributions et subventions de l'État destinées à assurer l'équilibre financier du régime de la fonction publique de l'État et de certains régimes spéciaux (...). Ainsi, sur les 382 milliards d'euros qui composent en 2023 les ressources du système de retraite hors produits financiers, seuls 257 milliards sont financés par des cotisations sur les acteurs du secteur privé et les cotisations salariales des agents publics. Le reste provient de transferts de l'État ou d'autres contributeurs publics* » ⁽²⁾

L'écart de taux s'explique, selon le Conseil d'orientation des retraites, par une **faible dynamique de l'assiette cotisante**, liée à la maîtrise des effectifs publics, au gel prolongé du point d'indice et à la part croissante dans la rémunération de primes qui n'ouvrent pas de droits à retraite dans le régime. Ce que **certaines présentent comme une indigence résulterait en réalité d'une gestion rigoureuse de la masse salariale publique.**

Il oppose également l'argument selon lequel **la modification des conventions comptables n'aurait aucun effet sur le déficit de l'ensemble des administrations publiques.** En effet, quel que soit le choix retenu pour l'évaluation des ressources du système de retraite et leur affectation, celui-ci reste sans effet sur le solde global des finances publiques. Le Conseil d'orientation des retraites souligne que la comptabilité nationale fait l'objet d'audits réguliers de la part d'Eurostat, de sorte qu'il ne peut y avoir « *en aucune sorte des "déficits cachés" dans les comptes présentés par la France dans le cadre européen* » ⁽³⁾. Il ajoute que les mesures de maîtrise de la masse salariale publique ont un impact favorable sur les finances publiques globalement considérées, même si elles pèsent négativement sur la dynamique des recettes de cotisation du système de retraite.

Le Conseil d'orientation des retraites admet toutefois que **d'autres approches pour évaluer les recettes sont « évidemment » possibles**, ajoutant que « *si les parlementaires le souhaitent, ils peuvent décider de réviser la manière dont les comptes retraite sont présentés* » et qu'il lui reviendrait alors de se « *caler sur cette autre présentation* » si celle-ci était retenue par les lois de financement de la sécurité sociale ⁽⁴⁾.

• La Cour des comptes a adopté une position intermédiaire, **rejetant la thèse d'un « déficit caché » tout en reconnaissant un problème de lisibilité.**

(1) Martin Chopard, Romain Guirriec, Serge Herbillon-Leprince, Anthony Marino & Clément Rousset, « Une analyse micro-simulée à l'aide du modèle Trajectoire », dossier Drees n° 103, document n° 8 de la séance plénière du Conseil d'orientation des retraites du 24 novembre 2022.

(2) Conseil d'orientation des retraites, réponses au questionnaire de la rapporteure.

(3) Conseil d'orientation des retraites, réponse au questionnaire de la rapporteure.

(4) *Ibid.*

Dans un rapport sur la situation financière et les perspectives du système de retraites, remis au Premier ministre le 20 février 2025⁽¹⁾, la Cour a retenu la convention comptable du Conseil d'orientation des retraites tout en convenant que la contribution de l'État « *mêle à la fois une cotisation similaire à celle des employeurs dans le régime général, le financement de dépenses non contributives [...] et une subvention permettant d'équilibrer le régime, sans qu'il soit possible de distinguer ces trois éléments* »⁽²⁾.

Il faut relever que les magistrats, dans le même rapport, ont chiffré à 42 milliards d'euros l'« apport supplémentaire » des employeurs publics au système de retraite au-delà de leurs cotisations (35 milliards d'euros à la charge de l'État et 7 milliards d'euros à celle des collectivités et des établissements hospitaliers)⁽³⁾.

Ce chiffrage, d'un ordre de grandeur cohérent avec l'estimation du Conseil d'orientation des retraites lui-même⁽⁴⁾, porte cependant sur un périmètre plus restreint que celui retenu par M. Beaufret. Ce dernier intègre à sa reconstitution les transferts interbranches et les compensations d'allègements, ce qui explique l'écart.

Ce manque de lisibilité a été reconnu, en avril 2026, dans la note d'exécution budgétaire que la Cour des comptes a consacré au compte d'affectation spéciale *Pensions* de la loi de finances pour 2025. La Cour reconnaît explicitement que les cotisations employeurs sont une « *simple convention comptable* », les contributions-employeurs de l'État n'étant pas de véritables cotisations de retraite. Ainsi, « *en l'absence de caisse de retraites distincte pour le régime des fonctionnaires d'État, (...), les versements de tiers au titre du financement des pensions de fonctionnaires d'État, étant tout à fait marginaux, celles-ci restent payées par des ressources du budget de l'État, et implicitement, pour partie, par le recours à l'emprunt eu égard au déficit de ce dernier* »⁽⁵⁾.

d. Ces incertitudes relatives au financement du régime des fonctionnaires appellent une clarification et une transparence accrue

● **La rapporteure mesure toute la complexité s'attachant au traitement de l'effort réel de l'État employeur pour le financement de la retraite de ses agents.** Si le présent rapport n'est pas le lieu de trancher ce nœud gordien, elle doit constater que les conventions retenues par le Conseil d'orientation des retraites et la Cour des comptes, d'une part, et celles défendues par le Haut-Commissariat au

(1) *Cour des comptes, Situation financière et perspectives du système de retraites, communication au Premier ministre, 20 février 2025.*

(2) *Ibid.*, p. 37.

(3) *Ibid.*, p. 35.

(4) *Le Conseil d'orientation des retraites a indiqué à la rapporteure qu'en retenant le taux de cotisation du privé (27,9 %) pour le régime de la fonction publique de l'État, le solde du système de retraite serait dégradé d'environ 35 milliards d'euros en 2023 (42 milliards d'euros en prenant en compte la Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales).*

(5) *Cour des comptes, analyse de l'exécution budgétaire 2025, compte d'affectation spéciale Pensions, avril 2026, p. 41.*

Plan et M. Jean-Pascal Beaufret, d'autre part, conduisent à une lecture **radicalement différente** de la situation financière du système de retraites.

Selon le point de vue du Conseil d'orientation des retraites et de la Cour des comptes, le système de retraite était excédentaire de 8,5 milliards d'euros en 2023 et il serait déficitaire d'environ 6,6 milliards d'euros en 2025 ⁽¹⁾. Selon l'approche de M. Beaufret, le besoin de financement réel du système se situait aux alentours de 81 milliards d'euros en 2023.

Or, et bien que nul ne conteste le fait que le choix entre l'une ou l'autre n'aurait aucune conséquence sur le déficit global de la France, **ces deux visions appellent des diagnostics divergents et des réponses politiques différentes**. Dans la première, le système de retraite connaît un déséquilibre significatif mais contenu, qui nécessite des ajustements paramétriques. Dans la seconde, les retraites comptent pour plus de la moitié du déficit d'ensemble des administrations publiques et leur réforme nécessite des décisions d'une ampleur sans équivalent.

Les deux approches convergent néanmoins sur un constat factuel : l'État verse chaque année au système de retraite de ses fonctionnaires des montants qui dépassent de beaucoup les sommes dont s'acquitterait un employeur de droit commun. Le désaccord ne porte pas sur l'existence de ces flux, mais sur leur qualification : cotisation d'employeur à intégrer dans le calcul du solde du système, ou subvention d'équilibre à exclure pour révéler un besoin sous-jacent de financement.

• **La rapporteure constate que cette indétermination constitue un obstacle à la transparence du débat public sur les retraites et un grave facteur d'incertitude budgétaire.** Faute d'un cadre comptable distinguant, au sein de la contribution de l'État, ce qui relève d'une cotisation d'employeur, du financement de dépenses non contributives et d'une subvention d'équilibre liée à la démographie du régime, le débat parlementaire repose sur des chiffres dont l'interprétation varie du simple au décuple selon les conventions adoptées.

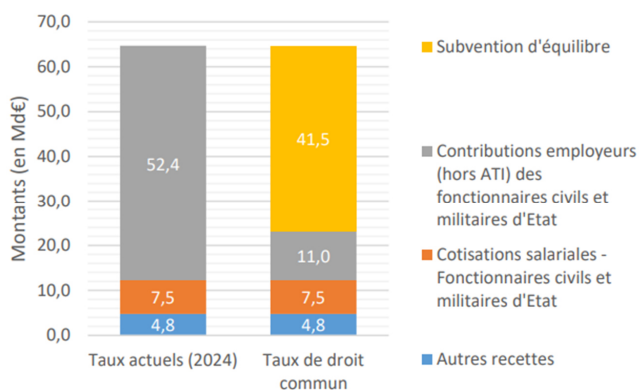
La rapporteure relève avec satisfaction que, pour la première fois, le « jaune budgétaire » sur les pensions de retraite de la fonction publique annexé au projet de loi de finances pour 2026 a reconnu que la présentation du compte d'affectation spéciale *Pensions* « peut nuire à la lisibilité des finances publiques en ne distinguant pas clairement la part correspondant à une contribution employeur comparable à celle des régimes de droit commun de celle constituant une subvention d'équilibre » ⁽²⁾. En retenant un taux de 16,58 %, correspondant au taux du régime de droit commun applicable en 2024, le montant des cotisations employeurs de l'État ne s'élèverait qu'à 11 milliards d'euros tandis que la part de « subvention »

(1) *Cour des comptes, op. cit., février 2025. Chiffres confirmés par la Cour des comptes dans son rapport de certification des comptes de la sécurité sociale pour l'exercice 2025, mai 2026, p. 77.*

(2) *Rapport sur les pensions de retraite de la fonction publique annexé au projet de loi de finances pour 2026, p. 13.*

serait de 41,5 milliards d’euros, un ordre de grandeur proche de celui évoqué par la Cour des comptes.

STRUCTURATION DES RECETTES 2024 DU COMPTE D’AFFECTATION SPÉCIALE *PENSIONS* EN FONCTION DU TAUX DE CONTRIBUTION EMPLOYEUR RETENU, EN VOLUME



Source : rapport sur les pensions de retraite de la fonction publique annexé au projet de loi de finances pour 2026.

La rapporteure regrette toutefois profondément que cette présentation ait été publiée dans ce seul document sans harmonisation dans le projet annuel de performance relatif au compte d’affectation spéciale *Pensions* ni dans les documents annexés au projet de loi de financement de la sécurité sociale.

Recommandation n° 16 : assurer la transparence du financement du régime de retraites de la fonction publique de l’État en modifiant la convention de présentation de la contribution de l’État au compte d’affectation spéciale *Pensions* pour la décomposer en trois éléments distincts :

- i) la cotisation employeur calculée à un taux comparable à celui du secteur privé, corrigé le cas échéant des différences d’assiettes ;
- ii) le financement des dépenses non contributives (minima de pension, avantages familiaux, périodes non cotisées) ;
- iii) la subvention d’équilibre liée au déséquilibre démographique du régime.

En tirer les conséquences sur la présentation des comptes du régime de la fonction publique de l’État dans les rapports à la Commission des comptes de la sécurité sociale et dans les tableaux d’équilibre figurant dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale.

Recommandation n° 17 : fournir, en annexe aux projets de loi de financement de la sécurité sociale et aux projets de loi d’approbation des comptes de la sécurité sociale, une présentation des comptes de chaque branche avant refinancement entre administrations (État, sécurité sociale, collectivités territoriales). Cette présentation permettrait d’apprécier la situation financière intrinsèque de chaque branche avant la neutralisation des flux croisés qui brouillent aujourd’hui la lecture des déficits par branche.

La rapporteure tient à souligner que la présente commission d'enquête n'a pas vocation à trancher le débat opposant les partisans de l'approche institutionnelle et celle de M. Beaufret. Ce débat, portant sur des conventions comptables internationales (SEC 2010) et sur des choix méthodologiques défendus par des institutions, dépasse le cadre de ses travaux. En revanche, elle constate que le choix d'une convention plutôt qu'une autre a des conséquences politiques et budgétaires considérables. C'est pourquoi elle formule la recommandation n° 16. Le Parlement doit pouvoir prendre connaissance, pour chaque exercice, de la part respective de chaque catégorie, indépendamment de toute prise de position sur la « juste » convention à retenir.

La rapporteure tient également à souligner qu'il n'existe pas de déficit caché. La situation particulière des agents d'État, sans caisse de retraite spécifique, a engendré une dette, et donc un emprunt. Elle s'est peu à peu visibilisée suite à son augmentation. Elle a toutefois été noyée dans les comptes globaux.

De manière plus générale, l'extrême complexité de notre modèle social conduit à un affaïssement du consentement à l'impôt. Une simplification est nécessaire comme nous allons le voir.

C. LES DÉFAUTS D'UNE LÉGISLATION DE LA PROTECTION SOCIALE COMPLEXE ET EN CONSTANTE ÉVOLUTION

Les incertitudes que la commission d'enquête s'est attachée à documenter et à clarifier sont grandement liées à la complexité de la législation et de la réglementation applicables aux prestations sociales ainsi qu'aux cotisations et contributions qui les financent. Cette complexité s'analyse d'un point de vue tant *statique*, au vu de la grande diversité des prestations et le raffinement des règles qui les régissent à un instant donné, que *dynamique*, en raison de l'évolution rapide et quasi constante des normes au rythme des lois de financement de la sécurité sociale, des textes réglementaires et des circulaires qui en font application.

À ce titre, si la réforme de la « solidarité à la source » est prometteuse puisqu'elle permet le préremplissage par les organismes de sécurité sociale des données déclaratives nécessaires au bénéfice de certaines prestations sous conditions de ressources, elle ne saurait être une fin en soi. En effet, il apparaît urgent de simplifier le maquis des aides sociales.

1. L'extrême subtilité du schéma de prestations sociales limite la possibilité d'un contrôle interne efficace

a. Une complexité reconnue de longue date et qui n'a cessé de grandir

- Un point de consensus a émergé des auditions de la commission d'enquête : il existe un arbitrage fondamental entre, d'une part, la sophistication de la règle de droit résultant notamment de la volonté d'adapter les prestations à la diversité des situations individuelles et, d'autre part, la capacité des organismes de

sécurité sociale à verser le juste droit et à contrôler ce versement à bon droit. Plus les règles de calcul et d'attribution s'affinent et se personnalisent, plus les risques d'erreur augmentent, plus s'avère délicate la détection des indus et, finalement, la dissipation des incertitudes ⁽¹⁾.

Or, le paysage des prestations sociales tient du maquis impénétrable. Comme l'a rappelé devant la commission d'enquête M. Thomas Audigé, chef de l'Inspection générale des affaires sociales, « *les caisses ont en effet à gérer une complexité normative qui rend leur tâche difficile (...), la complexité se crée au quotidien, au gré de l'évolution des besoins des assurés et de la traduction qu'en font les élus de la République et le Gouvernement. C'est une dialectique permanente entre faciliter les processus et mieux prendre en compte les situations particulières* » ⁽²⁾.

Cette complexité peut être objectivée par quelques ordres de grandeur. Le seul code de la sécurité sociale, régulièrement enrichi par les lois de financement annuelles, comprend aujourd'hui plusieurs milliers d'articles législatifs et réglementaires répartis en neuf livres. À cela, s'ajoutent les dispositions pertinentes du code de l'action sociale et des familles, du code du travail, du code de la construction et de l'habitation et du code général des impôts. Le droit des prestations sociales mobilise ainsi plusieurs milliers de règles substantielles, dont la connaissance exhaustive échappe non seulement aux allocataires mais, bien souvent, aux agents chargés de leur application.

Ce constat est ancien et sa réforme, appelée de longue date, un véritable serpent de mer. L'année 2026 marque le dixième anniversaire du rapport remis au Premier ministre par M. Christophe Sirugue. Intitulé *Repenser les minima sociaux : vers une couverture socle commune*, il plaidait déjà en faveur d'une rationalisation profonde de l'architecture des dix minima sociaux alors existants, en proposant leur remplacement par une « couverture socle commune » unique et individualisée ⁽³⁾.

Dix ans après la remise de ce rapport, le bilan est sévère. Sur les dix minima sociaux recensés en 2016, la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques en compte neuf aujourd'hui (la prime transitoire de solidarité n'étant plus attribuée depuis le 31 décembre 2017) ⁽⁴⁾. Cependant, une autre a été créée : la prime d'activité. Aucun des trois scénarios évoqués n'a été mis en œuvre dans son intégralité.

(1) *Audition de la Cour des comptes, 22 janvier 2026. M. Bernard Lejeune, président de la sixième chambre a souligné que « les systèmes d'information des organismes sont extrêmement monolithiques, difficiles à manier et rigides » et « s'adaptent mal aux modifications régulières des prestations ».*

(2) *Audition de l'Inspection générale des affaires sociales, 23 février 2026.*

(3) *Christophe Sirugue, Repenser les minima sociaux : vers une couverture socle commune, rapport au Premier ministre, avril 2016. Le rapport identifiait trois scénarios. Le troisième, une « couverture socle commune » se substituant à l'ensemble des minima sociaux, avait la préférence de l'auteur.*

(4) *Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, Minima sociaux et prestations sociales : ménages aux revenus modestes et redistribution, édition 2025.*

Le rapport Sirugue (2016) **Repenser les minima sociaux, vers une couverture socle commune**

Remis au Premier ministre en avril 2016, le rapport du député de Saône-et-Loire Christophe Sirugue, assisté d'un inspecteur des affaires sociales et d'un administrateur de l'Institut national de la statistique et des études économiques, dressait le constat d'un système de minima sociaux d'un raffinement sans équivalent en Europe. La France comptait alors dix dispositifs distincts auxquels s'ajoutait la prime d'activité, précisément créée en 2016 sur les recommandations du même auteur par la fusion du revenu de solidarité active et de la prime pour l'emploi. Le rapport relevait que cette architecture « stratifiée » générait des ruptures de droits lors des transitions entre statuts, des inégalités de traitement difficilement justifiables entre allocataires confrontés à des situations comparables, et un taux de non-recours élevé qui était estimé à 34 % pour le seul revenu de solidarité active.

Le rapport identifiait trois scénarios de réforme, d'ambition croissante. Le premier scénario, applicable dès le 1^{er} janvier 2017, reposait sur douze mesures de simplification à droit constant : harmonisation des dates de revalorisation, alignement de certaines conditions d'éligibilité, meilleure articulation entre les dispositifs. Le deuxième scénario, à horizon 2020 et seul générateur d'économies quantifiables, réduisait de moitié le nombre de minima sociaux en les regroupant en cinq dispositifs thématiques avec, notamment, l'intégration de l'allocation temporaire d'attente et de l'allocation de veuvage dans le revenu de solidarité active, et un rapprochement de l'allocation supplémentaire d'invalidité et de l'allocation aux adultes handicapés. Le troisième scénario, qui avait la préférence explicite de l'auteur, recommandait la création d'une « couverture socle commune » unique et individualisée, se substituant à l'ensemble des minima existants. Ce socle aurait été accessible dès 18 ans sous condition de ressources du ménage et, à terme, versé de manière automatique. Il lui aurait été adjoint un « complément d'insertion » pour les actifs de 18 à 65 ans ainsi qu'un « complément de soutien » pour les personnes âgées ou en situation de handicap.

• L'excessive subtilité du système social est toutefois identifiée de plus longue date encore. Dès l'an 2000, un rapport du Commissariat général du Plan en faisait le constat dans ces termes : *« le système français de protection sociale a été initialement conçu en fonction de la figure du salarié à temps plein bénéficiant d'un contrat à durée indéterminée. Celle-ci ne concerne plus aujourd'hui que 56 % de la population active. Dans ces conditions, il a fallu, par de multiples initiatives, tenter de prendre en compte la diversité croissante des situations au regard de l'emploi. L'augmentation du chômage, les contrats à durée déterminée, l'intérim, les stages rémunérés, les contrats aidés, le développement du temps partiel, la mobilité sont venus bousculer les dispositifs existants et susciter des besoins nouveaux. Il en résulte aujourd'hui une stratification complexe de dispositifs, quelquefois peu cohérents, qui est la source d'effets pervers dans leur application dynamique aux trajectoires professionnelles ou familiales »* ⁽¹⁾. Ces propos, vieux d'un quart de siècle, pourraient être tenus aujourd'hui sans paraître anachroniques.

(1) Jean-Michel Belorgey, Minima sociaux, revenus d'activité, précarité, rapport du Commissariat général du Plan, La Documentation française, janvier 2000, p. 3.

La comparaison avec certains partenaires européens met en évidence le caractère non fatal de cette complexité. Le Royaume-Uni a engagé dès 2012, par la loi sur la réforme de l'aide sociale, le « *Welfare Reform Act* », la fusion progressive de six prestations préexistantes au sein d'un « crédit universel unique », le *'Universal Credit'* ⁽¹⁾, aujourd'hui en voie de déploiement complet. De même, l'Allemagne a opéré en 2023 une refonte d'ampleur de son système de minima sociaux avec la création d'une « allocation citoyenne », le *Bürgergeld*, qui a substantiellement simplifié le dispositif antérieur issu des lois dites « Hartz » ⁽²⁾. Nos voisins européens démontrent qu'une rationalisation de l'architecture est envisageable sans renoncer à la protection sociale.

b. Des prestations sous conditions de ressources particulièrement concernées

● Si la multiplicité des prestations, notamment des minima sociaux, est en cause, la difficulté provient surtout des règles qui les régissent et qui sont parfois très différentes, même lorsqu'elles poursuivent des logiques similaires. L'exemple le plus patent consiste dans les modalités de prise en compte des ressources.

L'étude du Conseil d'État de 2021, diligentée à la demande du Premier ministre et intitulée *Les conditions de ressources dans les politiques sociales : plus de simplicité, plus de cohérence*, a dressé un état des lieux édifiant. Le Conseil constatait qu'il existait « *autant de manières de définir les ressources des allocataires, et donc autant de “bases ressources”, que de prestations* » et que « *la notion même de “ressources” [était] ambiguë* » ⁽³⁾. Il identifiait quatre grandes « familles » de bases ressources :

– la **base de l'aide sociale**, recouvrant notamment les aides au maintien à domicile des personnes âgées, l'aide sociale à l'enfance ou l'aide sociale à domicile, pour laquelle les ressources à prendre en compte sont laissées à l'appréciation des départements, sous le contrôle du juge ;

– la **base du revenu de solidarité active et des prestations assimilées** comme la prime d'activité, la complémentaire santé solidaire et l'aide médicale de l'État, pour laquelle la réglementation définit les ressources à prendre en compte avec un grand degré de finesse ;

– la **base du minimum vieillesse**, regroupant les anciennes allocations du minimum vieillesse et l'allocation de solidarité aux personnes âgées, pour laquelle les salaires retenus sont les salaires bruts tandis que le patrimoine non productif de revenus fait l'objet d'une reconstitution d'un revenu fictif ;

(1) *Welfare Reform Act 2012*, adopté le 8 mars 2012. L'*Universal Credit* fusionne six prestations préexistantes (*Income-based Jobseeker's Allowance*, *Income-related Employment and Support Allowance*, *Income Support*, *Child Tax Credit*, *Working Tax Credit* et *Housing Benefit*).

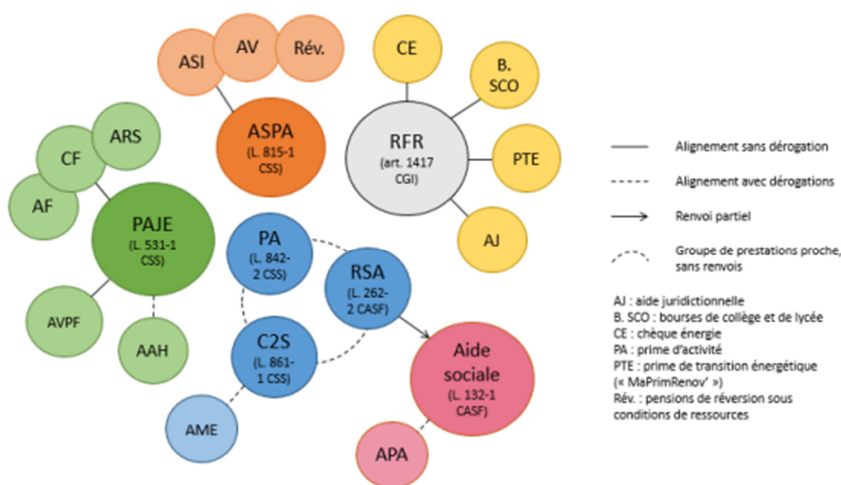
(2) *Bürgergeld-Gesetz*, entré en vigueur le 1^{er} janvier 2023, qui remplace l'*Arbeitslosengeld II*.

(3) *Conseil d'État*, *Les conditions de ressources dans les politiques sociales : plus de simplicité, plus de cohérence*, étude adoptée en assemblée générale le 8 juillet 2021, synthèse, p. 6.

– la **base des prestations fondées sur les ressources fiscales** telles que les prestations familiales sous condition de ressources, l'allocation aux adultes handicapés, l'allocation spéciale de solidarité, le chèque énergie, l'aide juridictionnelle, les bourses, etc.

Le Conseil d'État soulignait que « *cette complexité et cette hétérogénéité [avaient] des conséquences très concrètes : difficultés à faire valoir leurs droits pour les bénéficiaires, qui sont le plus souvent des personnes fragiles en situation de précarité, pouvant déboucher sur le non-recours à l'exercice de ces droits ; difficultés, aussi, pour les services gestionnaires* » ⁽¹⁾.

PRINCIPALES BASES RESSOURCES COMMUNES À PLUSIEURS PRESTATIONS



Source : Conseil d'État, Les conditions de ressources dans les politiques sociales : plus de simplicité, plus de cohérence, p. 42.

La Cour des comptes a confirmé ces constats dans un chapitre dédié de son rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2022 ⁽²⁾.

L'ampleur du non-recours mérite d'être soulignée car elle constitue une incertitude budgétaire inverse, souvent négligée dans les débats sur la sincérité des comptes sociaux. Selon les travaux de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, en 2018, le non-recours caractériserait 34 % des foyers éligibles au revenu de solidarité active chaque trimestre, quand 20 % le seraient de façon prolongée au cours de l'année, représentant un montant estimé à 750 millions

(1) *Idem*, p. 6. Le Conseil d'État relève que « les erreurs, fréquemment commises de bonne foi, dans la déclaration des ressources atteignent des proportions considérables ; elles se traduisent par des versements indus de prestations, en cas d'omission, mais aussi par des surévaluations de leurs revenus par les allocataires ».

(2) Cour des comptes, « Les prestations sociales versées en fonction des ressources des bénéficiaires », chapitre IX du rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2022, octobre 2022.

d'euros par trimestre de prestations non versées, soit environ 3 milliards d'euros par an ⁽¹⁾. La sophistication normative, conçue à l'origine pour affiner le ciblage des aides, pourrait aboutir à priver de leur bénéficiaire une partie substantielle des ayants droit théoriques.

• Cette sophistication normative est source d'incertitudes budgétaires car elle favorise les erreurs. Celles-ci se répartissent en **deux grandes catégories** :

– **les erreurs déclaratives**, commises par des assurés maîtrisant mal la législation applicable. Comme l'a indiqué la Caisse nationale des allocations familiales, « *six déclarations trimestrielles de ressources sur dix comportaient une erreur* » en 2024. Il est patent que les trois prestations les plus risquées – prime d'activité, revenu de solidarité active et aides au logement – ont toutes en commun « *une part importante de données déclaratives de la part des allocataires nécessaires à leur calcul, des recalculs trimestriels des droits et une forte interdépendance entre elles et avec les autres prestations* » ⁽²⁾.

– **les erreurs « métier »**, commises par les agents de la sécurité sociale qui mettent en œuvre une réglementation foisonnante et en constante évolution. Le président de la sixième chambre de la Cour des comptes a souligné les efforts mis en œuvre par les caisses tout en constatant qu'elles devaient « *appliquer des évolutions législatives très fréquentes* » et que « *certaines nouvelles prestations ou règles [dépasseaient] tellement le cadre prévu par les outils qu'elles [demandaient] presque un traitement manuel, [ce qui entraînait] inévitablement des erreurs et des indus* » ⁽³⁾. S'agissant des personnels de la branche famille, « *les réformes se succèdent et leur outil informatique est très rigide, qui ne permet pas de traiter les évolutions : ils finissent par ouvrir des tableurs Excel où ils effectuent des calculs pour les ressaisir ensuite dans l'outil* » ⁽⁴⁾. Ainsi, des calculs sont effectués hors des systèmes certifiés, sans traçabilité garantie, ressaisis manuellement dans des outils qui ne les contrôlent pas. Bien que difficilement quantifiable, il s'agit d'une source d'incertitude.

De surcroît, la puissance publique demande aux caisses de « payer vite », exigence bien légitime aux fins d'améliorer la célérité des procédures et de garantir les droits des assurés, mais qui n'est pas sans poser des difficultés de gestion. La précipitation génère mécaniquement des indus et nécessite un contrôle ultérieur, lui-même rendu laborieux par le raffinement des règles à vérifier ⁽⁵⁾.

L'impossibilité de certifier les comptes de la branche famille est la manifestation la plus emblématique des effets du foisonnement sur les incertitudes budgétaires. Le président de la sixième chambre a été explicite : « *on peut craindre*

(1) C. Hannafi, R. Le Gall, L. Omalek et C. Marc, « Mesurer régulièrement le non-recours au RSA et à la prime d'activité : méthode et résultat », Les dossiers de la Drees, n° 92, février 2022.

(2) Caisse nationale des allocations familiales, réponses au questionnaire de la rapporteure.

(3) Audition de la Cour des comptes, 22 janvier 2026.

(4) Ibid.

(5) Ibid.

que l'impossibilité de certifier les comptes de la branche famille soit, en quelque sorte, structurelle ». Et d'ajouter : « *il faut avoir conscience que la Caisse nationale des allocations familiales n'arrive plus à encaisser certains éléments exogènes. Nous constatons qu'à chaque fois qu'ils ont fait un effort, un nouveau dispositif apparaît, qui peut conduire à une détérioration des données* » ⁽¹⁾.

Ce constat d'une complexification croissante a également été évoqué par la ministre de l'action et des comptes publics, quoiqu'avec un certain sens de l'euphémisme : « *nos règles sont subtiles, avec pour chaque prestation sociale des modalités d'attribution et de calcul différentes. Il est difficile de ne pas commettre d'erreur lors du calcul de leur montant* » ⁽²⁾.

Cet aveu, formulé avec le détachement d'une évidence, mérite d'être pris au mot. Lorsque la ministre de l'action et des comptes publics, en exercice au moment de l'audition, concède cette difficulté, elle justifie de fait les incertitudes. Comme l'a souligné à juste titre M. Philippe Vincent, président de la Compagnie nationale des commissaires aux comptes, « *faire bouger une organisation est une question de volonté* » ⁽³⁾.

La rapporteure considère que cette complexité normative n'est pas une fatalité. Elle résulte de choix législatifs et réglementaires accumulés, qui ont privilégié la finesse du ciblage des prestations au détriment de la capacité des organismes à les servir correctement. La simplification du droit des prestations sociales n'est donc pas seulement un enjeu de gestion : c'est un impératif de sincérité des comptes sociaux et, au-delà, de confiance des citoyens dans un modèle de protection sociale qu'ils peinent de plus en plus à comprendre.

2. Des réformes technocratiques menées dans un environnement insuffisamment sécurisé

Conclure à une complexité excessive appelle naturellement à la simplification. Toutefois, la « simplification » mise en œuvre depuis une dizaine d'années procède davantage d'une logique gestionnaire, voire technocratique, que d'une véritable volonté politique de clarification de notre système social. La solidarité à la source, dont les mérites sont réels, est présentée par les gestionnaires et les ministres comme l'alpha et l'oméga de la lutte contre les indus et pour un versement à juste droit. Mais l'automatisation absolue du versement des prestations, dont certains rapports font parfois un objectif ⁽⁴⁾, est un horizon inatteignable. Ce rêve de gestionnaire ne saurait se substituer à l'impératif de repenser le droit lui-même, ce qui nécessite une décision proprement politique.

(1) *Ibid.*

(2) *Audition de Mme Amélie de Montchalin, ministre de l'action et des comptes publics, 24 février 2026.*

(3) *Audition de M. Philippe Vincent, président de la Compagnie nationale des commissaires aux comptes, 27 janvier 2026.*

(4) *Voir notamment le rapport précité de M. Christophe Sirugue.*

a. La contemporanéisation des aides personnelles au logement, une réforme au pas de charge qui a bousculé la Caisse nationale des allocations familiales, généré des erreurs et contribué à la non-certification des comptes de la branche

● La réforme des aides personnelles au logement, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2021, est un cas d'école d'une réforme insuffisamment préparée. Elle illustre parfaitement la dialectique entre la sophistication des règles de service des prestations d'une part et leur versement à bon droit d'autre part.

**La déclaration sociale nominative (DSN)
et le dispositif de ressources mensuelles (DRM)**

La déclaration sociale nominative, généralisée en 2017 pour le secteur privé puis étendue progressivement au secteur public, est une révolution dans la collecte des données sociales. Sa genèse remonte à la loi n° 2012-387 du 22 mars 2012 relative à la simplification du droit et à l'allègement des démarches administratives, dite « loi Warsmann ». Elle remplace l'ensemble des déclarations sociales antérieures (déclaration annuelle de données sociales, déclaration unifiée des cotisations sociales, attestations employeur, etc.) par une déclaration unique, mensuelle et dématérialisée, transmise par les employeurs aux Unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (Urssaf). Ce flux alimente directement les systèmes d'information des organismes de protection sociale (Urssaf, Caisse nationale d'assurance vieillesse, Caisse nationale des allocations familiales, caisses primaires d'assurance maladie, France Travail ou encore régimes complémentaires). Il permet, en théorie, une alimentation fiable et contemporaine des bases de données nécessaires au calcul des droits et des cotisations.

Le dispositif de ressources mensuelles est un dispositif de traitement de données à caractère personnel créé par le décret n° 2019-969 du 18 septembre 2019 et autorisé à l'article 78 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019. Il agrège les données recueillies par le biais des flux de la déclaration sociale nominative et du « prélèvement à la source revenus autres » (Pasrau). La base de données de la déclaration sociale nominative est régie par l'article L. 133-5-3 du code de la sécurité sociale ; elle est alimentée par les déclarations mensuelles de salaires effectuées par les employeurs de salariés du secteur privé et, depuis 2019, du secteur public.

Avant la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019, les informations recueillies par la déclaration sociale nominative ne comportaient pas les données relatives aux revenus de remplacement et aux prestations sociales, lesquelles étaient transmises, à des fins de prélèvement de l'impôt, au moyen de Pasrau. L'article 78 de ladite loi de financement a donc créé une déclaration sociale nominative complémentaire, remplie mensuellement par les organismes de protection sociale et adossée techniquement au flux Pasrau. Le II *bis* de l'article L. 133-5-3 précité prévoit que les données du dispositif de ressources mensuelles servent « à l'ouverture et au calcul des droits des assurés en matière de prestations sociales ». Les opérateurs y ayant accès récupèrent ainsi les informations sur les revenus des personnes à travers leur numéro d'inscription au répertoire des personnes physiques.

La réforme consiste en deux changements majeurs ⁽¹⁾. D'une part, le montant des aides au logement fait dorénavant l'objet d'une actualisation trimestrielle quand elle était auparavant annuelle ⁽²⁾. D'autre part, la période de référence des revenus pris en compte a été « contemporanéisée » : alors que la condition de ressources était préalablement appréciée au regard des revenus de l'année N-2, la réforme prévoit désormais que sont retenus les revenus perçus sur douze mois glissants ⁽³⁾.

La modification de la période de référence a été rendue possible grâce au dispositif de ressources mensuelles (DRM) qui permettait aux caisses d'allocations familiales de recevoir les informations sur une grande partie des ressources des allocataires telles qu'elles étaient transmises dans les déclarations sociales nominatives (DSN). L'objectif était de rendre « *les aides au logement versées plus réactives lorsque les ressources des foyers varient et donc plus cohérentes avec leur situation économique* » ⁽⁴⁾. S'y ajoutait un objectif affiché d'économies budgétaires.

D'un point de vue budgétaire, la réforme a été judicieuse : elle a généré des économies substantielles de 1,11 milliard d'euros en rapprochant les aides versées de la situation réelle des ménages. D'un point de vue technique, elle a constitué une innovation majeure en adossant le calcul des prestations à des données issues de la déclaration sociale nominative (DSN), qui sont actualisées mensuellement.

● Pour autant, les effets sur la qualité de la gestion par les caisses d'allocations familiales ont été considérables. Selon la Caisse nationale des allocations familiales, la réforme des aides personnelles au logement est l'une des principales explications de la dégradation des indicateurs de risque résiduel évaluant la masse financière des erreurs rapportée aux montants globaux des prestations concernées. L'innovation ayant reposé sur un **transfert de la charge déclarative vers les allocataires**, elle « *a obligé l'ensemble des bénéficiaires à déclarer eux-mêmes leurs revenus quatre fois par an, alors que le calcul reposait auparavant sur les ressources fiscales de l'avant-dernière année, générant des risques d'erreurs et des réexamens plus fréquents des droits* » ⁽⁵⁾.

Ce bilan est corroboré par la Cour des comptes qui distingue des conséquences sans équivoque sur la **hausse des erreurs résiduelles imputables à des données déclaratives non corrigées après contrôle interne** : l'incidence financière des erreurs relatives aux aides au logement a bondi de plus de quatre

(1) La réforme est issue du décret n° 2019-1574 du 30 décembre 2019 relatif aux ressources prises en compte pour le calcul des aides personnelles au logement.

(2) Premier alinéa de l'article R. 822-3 du code de la construction et de l'habitation.

(3) Ou plus précisément comme le prévoit le 1° de l'article R. 822-3 précité, « sur une période de référence courant du treizième au deuxième mois précédant la date d'ouverture ou de réexamen du droit à l'aide personnelle au logement ».

(4) Caisse nationale des allocations familiales, « Bilan économique et social de la réforme des aides au logement de 2021 », L'e-essentiel n° 210, 2022, p. 1.

(5) Caisse nationale des allocations familiales, réponses au questionnaire de la rapporteure.

points, passant de 7,8 % en 2020 à 12 % en 2021 ⁽¹⁾. Les aides au logement représentaient alors 2 milliards d’euros d’indus et de rappels non détectés à neuf mois sur un total de 7,9 milliards d’euros ⁽²⁾. Toujours selon la Cour des comptes, « les difficultés rencontrées dans la mise en œuvre de la réforme des aides au logement ont conduit la [Caisse nationale des allocations familiales] à réduire l’objectif quantitatif de qualification en tant qu’indus frauduleux d’une fraction des indus détectés (- 15 %) » ⁽³⁾.

- Ces difficultés sont liées à plusieurs facteurs :

– d’une part, si le **dispositif de ressources mensuelles agrège un grand nombre de données sur les revenus des personnes physiques, il n’est cependant pas exhaustif**. Certaines ressources comme les revenus contemporains perçus à l’étranger, ceux des travailleurs indépendants ou les pensions alimentaires lui échappent encore. Or, ces revenus concourant à la détermination de l’éligibilité aux aides personnelles au logement et au calcul du montant servi, il était nécessaire de doubler la récupération automatique des ressources par le dispositif de ressources mensuelles d’une procédure déclarative trimestrielle, là où les règles précédentes ne prévoyaient qu’une transmission annuelle par l’administration fiscale des revenus de l’année N-2.

Le directeur général de la Caisse nationale des allocations familiales, M. Nicolas Grivel, a résumé la situation devant la commission d’enquête :

« Le calcul repose sur le dispositif de ressources mensuelles, qui comprend les ressources les plus importantes, notamment d’activité et de solidarité, mais qui n’intègre pas toutes les informations. Nous avons donc ajouté un élément déclaratif pour les aides au logement, qui n’était pas nécessaire quand nous partions de la ressource fiscale intégrale. Cette prestation est donc devenue plus risquée avec cette réforme, qui se justifiait néanmoins et qui avait un intérêt réel. » ⁽⁴⁾

– d’autre part, la Cour des comptes a rappelé que **la mise en œuvre de cette réforme s’est accompagnée d’une actualisation du système d’information de la Caisse nationale des allocations familiales** qui a nécessité le recours à des assistances extérieures. Les magistrats estimaient le coût des prestations informatiques liées à la modernisation du système à 46,8 millions d’euros ⁽⁵⁾. Se sont ajoutés à ces coûts les besoins supplémentaires en personnel (1 008 équivalents temps-plein sur trois ans) pour un total de dépenses évalué par la Cour à

(1) Autrement dit, en 2021, le montant des erreurs liées à des mauvaises déclarations représentait 12 % du montant total des aides personnelles au logement versées.

(2) *Cour des comptes*, Certification des comptes du régime général de sécurité sociale pour 2021, mai 2022, pp. 110-111.

(3) *Idem*, p. 106.

(4) *Audition de M. Nicolas Grivel, directeur général de la Caisse nationale des allocations familiales*, 28 janvier 2026.

(5) *Cour des comptes*, La contemporanéisation du versement des aides personnelles au logement, *observations définitives*, 2025, p. 47.

45,9 millions d'euros, soit environ 25 % du coût de traitement des aides au logement en année pleine, qui atteint 176 millions d'euros.

La Cour des comptes constate au surplus que « *le changement pour un agrégat moins stable (DRM vs déclaration fiscale) et la multiplication des actualisations (trimestrielles vs bisannuelles) a entraîné une complexité plus grande du traitement des dossiers des allocataires et une augmentation des signalements, ainsi que des demandes d'information et de conseil de la part du public* »⁽¹⁾.

● La rapporteure observe que la réforme de la contemporanéisation des aides personnelles au logement illustre un écueil à éviter dans la modification des paramètres de certaines prestations. La puissance publique, en l'occurrence le pouvoir réglementaire, a exigé des organismes qu'ils absorbent des évolutions ambitieuses dans des délais contraints, sans que les systèmes d'information ni les procédures de contrôle interne aient été préalablement adaptés. Le bénéfice budgétaire à court terme se paie d'une dégradation de la qualité de service et d'une progression des indus ayant une incidence financière. Cette réforme constitue donc un précédent utile pour définir les prérequis nécessaires à des mesures de simplification de notre système social.

b. La « solidarité à la source », un changement prometteur mais tributaire de la qualité des données

i. Une réforme en deux volets

● Le projet de « solidarité à la source », engagé en 2022, poursuit l'ambition de fiabiliser le versement des prestations et de limiter le non-recours en automatisant le préremplissage des déclarations de ressources des bénéficiaires de prestations sociales. Le directeur général de la Caisse nationale des allocations familiales l'a résumé devant la commission d'enquête : « *Le vrai défi reste de liquider le bon droit dès le premier versement. De ce point de vue, la solidarité à la source constitue la voie la plus intéressante, la plus prometteuse et la plus efficace. Elle règle les problèmes dès le départ en proposant à l'allocataire une vision de ses ressources et en évitant de lui imposer une quadruple déclaration annuelle* »⁽²⁾.

La réforme comporte deux volets :

– d'une part, **l'instauration du montant net social**, mis en œuvre à partir de juillet 2023⁽³⁾ et généralisé en 2024. Le montant net social est affiché sur l'ensemble des bulletins de paie⁽⁴⁾. Un décret du 28 décembre 2023 a modifié les bases ressources du revenu de solidarité active et de la prime d'activité afin de les

(1) *Idem*, p. 48.

(2) *Audition de M. Nicolas Grivel, directeur général de la Caisse nationale des allocations familiales, 28 janvier 2026.*

(3) *Arrêté du 31 janvier 2023 modifiant l'arrêté du 25 février 2016 fixant les libellés, l'ordre et le regroupement des informations figurant sur le bulletin de paie mentionnées à l'article R. 3243-2 du code du travail.*

(4) 9° bis de l'article R. 3243-1 du code du travail.

faire converger vers cette notion de montant net social, désormais défini dans le code de la sécurité sociale ⁽¹⁾ ;

– d’autre part, le **préremplissage des déclarations trimestrielles de ressources** à partir des données du dispositif de ressources mensuelles. L’instauration du montant net social, déclaré aux organismes de sécurité sociale au moyen de la déclaration sociale nominative, et son utilisation comme base ressources du revenu de solidarité active et de la prime d’activité permettent aux caisses d’allocations familiales de préremplir les déclarations de ressources comme le fait l’administration fiscale pour la déclaration de revenus.

Cette deuxième phase de la réforme a été expérimentée dans cinq départements à partir d’octobre 2024, puis généralisé au 1^{er} mars 2025 à l’ensemble des caisses d’allocations familiales pour le calcul du revenu de solidarité active et de la prime d’activité ⁽²⁾.

• Les informations recueillies par la commission d’enquête suggèrent de premiers résultats encourageants. Selon la direction de la sécurité sociale et la Caisse nationale des allocations familiales, en décembre 2025, **plus de 96 % des déclarations trimestrielles de ressources préremplies sont validées sans modification** par les allocataires, un taux en hausse continue depuis la généralisation ⁽³⁾. L’effet sur le risque d’erreur serait une réduction de 15 à 16 points de l’indicateur de risque résiduel de la prime d’activité et de 2 à 3 points pour celui relatif au revenu de solidarité active ⁽⁴⁾, soit un effet de l’ordre de 2 points sur l’indicateur global de la branche. En termes budgétaires, l’économie liée au versement du juste droit est estimée à environ 665 millions d’euros pour l’État, dont 650 millions d’euros sur la prime d’activité ⁽⁵⁾.

Ces bons premiers résultats conduisent les pouvoirs publics à utiliser le mécanisme de préremplissage pour d’autres prestations. La ministre de l’action et des comptes publics a confirmé devant la commission d’enquête l’extension de la solidarité à la source au versement de l’allocation de solidarité aux personnes âgées, principale prestation sous condition de ressources versée par la branche vieillesse, en mars 2026 ⁽⁶⁾. Ces informations recourent dans l’ensemble les déclarations du directeur général de la Caisse nationale d’assurance vieillesse, qui a indiqué que les systèmes d’information seraient prêts pour un déploiement à partir de juin 2026

(1) II de l’article R. 844-1 du code de la sécurité sociale.

(2) Caisse nationale des allocations familiales, réponses au questionnaire de la rapporteure.

(3) Direction de la sécurité sociale, réponses au questionnaire de la rapporteure. La direction de la sécurité sociale indique qu’en « décembre 2025, 96 % des [déclarations trimestrielles de ressources] sont validées sans correction de l’allocataire, un taux en hausse depuis la mise en œuvre de la réforme où il dépassait déjà 94 % ».

(4) Cette disparité de « performance » entre le revenu de solidarité active et la prime d’activité résulte du fait que les revenus d’activité, qui transitent par le dispositif de ressources mensuelles, représentent une plus faible part de la base ressources du revenu de solidarité active.

(5) Direction de la sécurité sociale, réponses au questionnaire de la rapporteure.

(6) Audition de Mme Amélie de Montchalin, ministre de l’action et des comptes publics, 24 février 2026.

pour les prestations sous condition de ressources que sont l'allocation de solidarité aux personnes âgées et les pensions de réversion ⁽¹⁾.

ii. Des prérequis techniques qui comportent des limites

La solidarité à la source serait donc à même de réduire l'une des principales incertitudes ayant conduit à la constitution de la présente commission d'enquête : les indus et les erreurs de la Caisse nationale des allocations familiales. C'est un élément de satisfaction.

Toutefois, la rapporteure appelle à une certaine vigilance quant à l'ampleur des bénéfices attendus. S'il semblerait, comme le pense le chef de l'Inspection générale des affaires sociales, que les enseignements de la réforme des aides personnelles au logement, « *conduite de manière vigoureuse et dans une période difficile pour les caisses* » aient été tirés ⁽²⁾, **la solidarité à la source repose sur des outils dont l'infaillibilité n'est pas absolue** :

– les limites affectant le dispositif de ressources mensuelles observées lors de la réforme des aides au logement subsistent. Certains revenus n'y sont pas intégrés, ce qui empêche toute automatisation des déclarations de ressources ;

– de même, la rapporteure rappelle qu'une déclaration sur neuf fait encore l'objet d'erreurs. Elle ajoute que les éléments fournis à la commission d'enquête montrent que la déclaration sociale nominative de substitution, mécanisme permettant aux Urssaf de corriger d'autorité une déclaration incorrecte lorsque l'employeur n'y procède pas lui-même, ne serait effective qu'à compter de juin 2026, ce qui privait jusqu'alors les organismes de sécurité sociale d'un levier essentiel de fiabilisation. Un tel retard d'une disposition adoptée par le Parlement en 2020 ⁽³⁾, et dont les décrets d'application ont été publiés en 2023, apparaît particulièrement préjudiciable à la fiabilité des données sociales, indispensable prérequis à la levée de nombreuses incertitudes budgétaires.

(1) *Audition de M. Renaud Villard, directeur général de la Caisse nationale d'assurance vieillesse, 28 janvier 2026.* « L'objectif est de brancher les révisions de droit et de service sur le dispositif de ressources mensuelles (DRM), réalisé et piloté par la Caisse nationale d'assurance vieillesse, qui est l'agrégation des données fiscales et sociales mensuelles. Cela permet d'interroger tous les mois la base ressources des assurés. La Caisse nationale des allocations familiales avait ouvert la voie sur ce point avec le revenu de solidarité active et la prime d'activité, car cela correspondait à l'ordre de passage. Nous venons en second et nous sommes prêts à déployer le dispositif en juin 2026. »

(2) *Audition de M. Thomas Audigé, chef de l'Inspection générale des affaires sociales, 23 février 2026.* « S'agissant de la Caisse nationale des allocations familiales, la première étape de la solidarité à la source était en gestation lors de l'évaluation des précédentes conventions d'objectifs et de gestion. Elle s'est déployée dans le cadre des conventions actuelles en tirant, nous le pensons, les enseignements de la réforme des aides personnelles au logement, conduite de manière vigoureuse et dans une période difficile pour les caisses. La solidarité à la source a donc été mise en œuvre différemment, avec un programme sur deux ans et des expérimentations dans cinq caisses avant généralisation. »

(3) *Article 18 de la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020.*

La déclaration sociale nominative de substitution

À réception d'une déclaration sociale nominative, l'Urssaf la soumet à environ 140 contrôles automatisés de cohérence et d'exactitude, puis signale les anomalies détectées aux déclarants par des *comptes rendus métier*.

Malgré ces contrôles, un volume significatif d'anomalies persiste. La Cour des comptes relève, dans ses rapports successifs de certification des comptes du régime général, qu'environ une déclaration sociale nominative sur neuf faisait encore l'objet d'un rejet pour anomalie en 2023, et que le stock d'anomalies déclaratives en instance de traitement dans les Urssaf était en forte hausse (+ 33 % par rapport à 2022). Les corrections rétroactives effectuées par les cotisants eux-mêmes ont un impact financier récurrent de plusieurs milliards d'euros : 5,2 milliards d'euros pour les périodes d'emploi de 2020, 4 milliards d'euros pour 2021, 3,2 milliards d'euros pour 2022 et 4,1 milliards d'euros pour 2023 ⁽¹⁾. Surtout, les erreurs détectées par les contrôles automatisés, mais non corrigées par les cotisants, ne font jusqu'à présent l'objet d'aucune régularisation : leur incidence financière n'était pas évaluée par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale ⁽²⁾.

C'est pour remédier à cette situation que la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020 a créé un mécanisme dit de « déclaration sociale nominative de substitution » : lorsqu'un employeur ne corrige pas les anomalies signalées dans les comptes rendus métier, l'organisme de recouvrement peut émettre une déclaration rectifiée qui se substitue à celle de l'employeur. La procédure est prévue à l'article L. 133-5-3-1 du code de la sécurité sociale, dont les modalités d'application ont été précisées par le décret n° 2023-1384 du 29 décembre 2023. Concrètement, l'Urssaf émet chaque année, au mois de mars, un compte rendu métier de rappel annuel récapitulant l'ensemble des anomalies de l'année N-1 restées non corrigées, assorti des valeurs de correction proposées. L'employeur dispose d'un délai de deux échéances déclaratives, soit environ deux mois, pour rectifier les anomalies ou les contester de manière motivée. À défaut, l'Urssaf procède elle-même à la correction en émettant une déclaration sociale nominative de substitution, avec mise en recouvrement des cotisations éventuellement dues, pénalités et majorations de retard comprises.

Bien que la loi existe depuis 2020 et que le décret d'application soit entré en vigueur le 1^{er} janvier 2024, le déploiement effectif a été marqué par un retard significatif. La Cour des comptes a relevé cette lacune chaque année depuis l'exercice 2022, en soulignant que l'absence de régularisation par les Urssaf des erreurs non corrigées privait les contrôles automatisés d'une grande partie de leur efficacité. Les premières déclarations sociales nominatives de substitution devraient être émises en juin 2026 sur les anomalies de l'année 2025. Le périmètre initial sera toutefois limité aux anomalies relatives à l'assiette brute plafonnée servant au calcul des droits à la retraite de base et complémentaire, à l'exclusion notamment des apprentis, des salariés multi-employeurs et des mandataires sociaux. La mutualité sociale agricole ne serait opérationnelle sur ce dispositif qu'à compter de 2027. Si ce déploiement constitue une avancée attendue de longue date, il reste à vérifier que la montée en charge et l'élargissement progressif du périmètre des anomalies concernées permettront de réduire effectivement l'incertitude financière qui pèse sur les comptes de l'activité de recouvrement.

(1) *Cour des comptes, rapports de certification des comptes du régime général de sécurité sociale pour les exercices 2021 à 2024.*

(2) *Ibid.*

Enfin, les éléments fournis à la rapporteure attestent certes d'un faible taux de rectification des déclarations préremplies (environ 4 %), mais ils n'expliquent pas les raisons pour lesquelles certaines sont corrigées par les allocataires. En outre, l'absence de rectification ne garantit pas l'absence d'erreur dans les informations préremplies : en effet, si six déclarations trimestrielles sur dix comportaient des erreurs avant l'instauration de la solidarité à la source, cela démontre que les allocataires peinent à définir les montants exacts à déclarer. Il semble donc étonnant d'évaluer la qualité de la réforme en se fondant sur le taux de déclarations validées sans modification par les allocataires alors même que le changement de méthodologie est précisément justifié par le constat que lesdits allocataires ne parvenaient pas à renseigner correctement les informations demandées. En effet, le taux de 96 % de validation sans modification peut aussi bien traduire l'exactitude des données préremplies qu'une confiance aveugle des allocataires dans un système qu'ils ne maîtrisent pas. Une évaluation rigoureuse supposerait de croiser ce taux avec le résultat de contrôles postérieurs effectués par les caisses ou par la Cour des comptes, seuls à même d'établir la réalité du juste droit versé. Tant que cette vérification indépendante n'aura pas été conduite, la prudence commande de considérer les 96 % avec mesure.

En tout état de cause, les personnes auditionnées par la commission d'enquête ont mis en garde sur le décalage temporel entre l'application de cette réforme et l'amélioration des indicateurs de risque de la Caisse nationale des allocations familiales. Par construction, l'indicateur de risque résiduel à vingt-quatre mois ne reflètera les progrès accomplis que deux ans après la mise en œuvre de la solidarité à la source. Autrement dit, le bilan ne pourra en être tiré que dans le rapport de certification des comptes de l'exercice 2027, publié en 2028.

Le président de la sixième chambre de la Cour des comptes a également adopté une attitude prudente quant aux effets attendus de la réforme, même s'il en a reconnu le potentiel ⁽¹⁾.

Au-delà de la fiabilisation des données comptables et de l'effet de cette réforme sur la certification des comptes, la rapporteure constate que, si la solidarité à la source modernise certes les processus déclaratifs et de versement, elle ne simplifie pas significativement les règles de calcul elles-mêmes. Dès lors que les barèmes, les conditions d'éligibilité et les mécanismes de prise en compte des ressources restent aussi complexes et changeants, les gains en termes de fiabilité risquent de s'éroder au gré des réformes législatives et réglementaires ultérieures.

Recommandation n° 18 : au-delà de l'implémentation technique de la solidarité à la source, mener une réflexion globale pour repenser le sens de chaque prestation sociale et, en conséquence, les conditions pour y prétendre.

(1) *Audition de la Cour des comptes, 22 janvier 2026. M. Lejeune : « nous verrons si la solidarité à la source donne le sentiment qu'une évolution est en cours ».*

3. Outre la simplification de la gestion, un impératif de simplification normative par une harmonisation des bases ressources et un regroupement des prestations

La solidarité à la source, fondée sur la modernisation des systèmes d'information, constitue un progrès indéniable. Mais elle ne saurait se suffire à elle-même. **La simplification doit être avant tout une orientation politique, non un sujet réservé aux seuls gestionnaires.** Pour un versement efficace et juste des prestations, il convient de simplifier le droit lui-même pour le rendre enfin lisible. Le consentement des citoyens à un modèle social qu'ils peinent de plus en plus à comprendre, et à accepter, est en jeu.

a. *L'harmonisation des bases ressources des prestations doit être approfondie bien au-delà du montant net social*

L'étude du Conseil d'État de 2021 a mis en évidence que les règles de prise en compte des ressources pour le calcul des prestations sociales sont « *inéquitables, illisibles et complexes* »⁽¹⁾. Le Conseil propose de converger, à moyen terme, vers deux types de bases ressources : d'une part une « *base ressources harmonisée* » pour l'ensemble des prestations relevant des familles, du revenu de solidarité active, de l'allocation de solidarité aux personnes âgées et de l'aide sociale légale qui se fonderait sur un « *revenu social de référence* », et d'autre part une « *base ressources fiscale* » pour les aides conditionnées au revenu fiscal de référence.

S'agissant de la « *base ressources harmonisée* », le Conseil d'État suggère d'y rattacher le revenu de solidarité active, la prime d'activité, la complémentaire santé solidaire, l'aide médicale de l'État, l'allocation de solidarité aux personnes âgées, l'allocation supplémentaire d'invalidité et l'allocation de veuvage. Il recommande néanmoins, à court-terme, de conserver l'assiette fiscale de l'allocation aux adultes handicapés et de l'allocation de solidarité spécifique⁽²⁾.

Le Conseil d'État a explicitement écarté l'hypothèse d'une convergence vers une base ressources unique au regard de plusieurs avantages résultant du maintien d'une base fondée sur les revenus fiscaux :

- les assiettes fiscales sont généralement bien connues du public ;

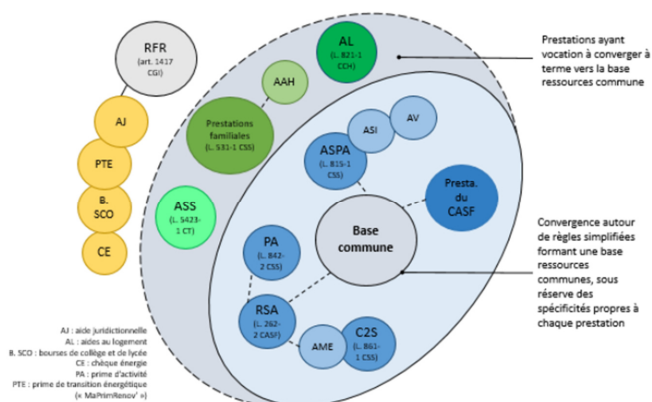
(1) Conseil d'État, Les conditions de ressources dans les politiques sociales : plus de simplicité, plus de cohérence, 8 juillet 2021, p. 55.

(2) Conformément à l'article R. 821-4 du code de la sécurité sociale, la condition de ressources pour bénéficier de l'allocation aux adultes handicapés s'apprécie au regard des revenus nets catégoriels retenus pour l'établissement de l'impôt sur le revenu de l'année N-2, dont sont toutefois exclus certains revenus tels que certaines rentes viagères constituées en faveur d'une personne handicapée ou la prime d'intéressement à l'excédent d'exploitation versée à une personne handicapée admise dans un établissement ou service d'accompagnement par le travail. L'article R. 5423-2 du code du travail précise que les ressources prises en compte pour déterminer le droit à l'allocation de solidarité spécifique comprennent, outre le montant de l'allocation elle-même, les autres ressources de l'intéressé et, le cas échéant, de son conjoint, partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou concubin, telles qu'elles doivent être déclarées à l'administration fiscale pour le calcul de l'impôt sur le revenu avant déduction des divers abattements. Certains revenus listés à l'article R. 5423-3 du même code sont toutefois explicitement exclus de cette assiette.

– elles peuvent être aisément récupérées par les gestionnaires des prestations et les bénéficiaires ;

– elles reflètent la capacité contributive des ménages.

HYPOTHÈSES DE CONVERGENCE DES BASES RESSOURCES DE DIFFÉRENTES PRESTATIONS SOCIALES, À COURT TERME ET MOYEN TERME



Source : Conseil d'État, Les conditions de ressources dans les politiques sociales : plus de simplicité, plus de cohérence, 8 juillet 2021, p. 81.

Surtout, le Conseil d'État a suggéré plusieurs pistes de nature à limiter la prolifération de nouvelles bases ressources sans cohérence avec les bases existantes. D'une part, il est proposé que les modalités de calcul applicables à la « *base ressources harmonisée* » soient inscrites dans les règles transversales du code de l'action sociale et des familles afin de les appliquer à toute demande de prestation prévue par ce code. D'autre part, le Conseil préconise d'organiser la gouvernance des bases ressources en confiant la « *responsabilité de veiller à la cohérence des évolutions des bases ressources de l'ensemble des prestations* » à la direction de la sécurité sociale. Cette dernière aurait un rôle de chef de file ; elle pourrait être saisie de toute mesure ponctuelle d'évolution d'une base ressources, y compris lorsque celle-ci ne relève pas du champ de la protection sociale au sens strict.

Enfin, la question se pose également d'une convergence des bases ressources étendue aux prestations servies par les départements. Reprenant l'idée d'un revenu social de référence, la ministre de l'action et des comptes publics a indiqué que le Gouvernement voudrait « *amener les collectivités locales à fonder leurs propres prestations sur ce même indicateur afin que l'ensemble de la chaîne sociale fonctionne avec les mêmes bases, les mêmes repères et les mêmes assiettes* »⁽¹⁾.

Si ce sujet excède le périmètre de ses travaux, la rapporteure constate simplement que le Conseil d'État avait écarté l'alignement des prestations

(1) Audition de Mme Amélie de Montchalin, 24 février 2026.

facultatives des collectivités territoriales sur une base unique, ce qu'il ne jugeait « *pas compatible avec le principe de libre administration [desdites collectivités territoriales]* », lui préférant un « *approfondissement des partages de données avec celles-ci* » à travers notamment un accès aux données contemporaines du dispositif de ressources mensuelles assorti des garanties appropriées ⁽¹⁾.

Selon les propos tenus devant la commission des affaires sociales du Sénat par M. Fabrice Lengart, alors directeur de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, et rapporteur général de la réforme sur le revenu universel d'activité, « *cette illisibilité entraîne un non-recours par certaines personnes qui seraient éligibles aux aides. Je vais vous faire une confidence : aucune administration ne maîtrise le système dans sa globalité ; c'est par un travail collectif que l'on peut comprendre tous les effets du système* » ⁽²⁾.

● La mise en œuvre du montant net social est une première étape dans la démarche proposée par le Conseil d'État, à laquelle la rapporteure souscrit. Elle **ne vaut toutefois pas en elle-même simplification des règles de prise en compte des ressources**. Le montant net social est un outil, une aide à la déclaration et au préremplissage, qui ne se substitue pas à un véritable « revenu social de référence » au sens où l'entend le Conseil d'État : une convergence des règles juridiques elles-mêmes, et non la simple automatisation de leur application par les caisses de sécurité sociale.

La création d'un revenu social de référence suppose des choix sur la nature des ressources prises en compte. Si ceux-ci doivent de préférence s'adosser aux outils que sont la déclaration sociale nominative et le dispositif de ressources mensuelles, de façon à faciliter le calcul des prestations et le contrôle de leur versement à bon droit, les contraintes techniques ne sauraient prévaloir sur les choix politiques du législateur et du pouvoir règlementaire.

En outre, la simplification du droit ne doit pas se traduire par une forme de laxisme dans le contrôle de l'éligibilité aux prestations sociales au prétexte que la perception de certains revenus informels serait plus difficilement vérifiable par les équipes de contrôle des caisses.

Autrement dit, ce n'est pas parce qu'un revenu ou une ressource ne peut pas transiter par les outils déclaratifs existants qu'il faut nécessairement l'exclure des bases ressources. De ce point de vue, il serait nécessaire d'inverser l'effet causal : les outils techniques doivent s'adapter aux orientations politiques adoptées démocratiquement par le Parlement, pas l'inverse.

(1) Conseil d'État, *op.cit.*, p. 82.

(2) Audition de M. Fabrice Lengart, rapporteur général à la réforme du revenu universel d'activité devant la commission des affaires sociales du Sénat, 5 janvier 2022.

Recommandation n° 19 : accélérer l’harmonisation progressive des bases ressources des prestations sociales autour d’un revenu social de référence unique, adossé au dispositif de ressources mensuelles (DRM).

Recommandation n° 20 : poursuivre en parallèle l’extension du périmètre du dispositif de ressources mensuelles aux revenus qui n’y sont toujours pas intégrés, tels que les pensions alimentaires, les revenus des travailleurs indépendants et les revenus perçus à l’étranger.

b. La fusion des prestations dans une allocation globale unique

● Comme l’ont montré les travaux de la commission d’enquête, l’harmonisation des bases ressources trouve place dans une réflexion globale sur la fusion des prestations elles-mêmes. Le projet d’une « allocation de solidarité unifiée » (ASU) a été plusieurs fois abordé lors des auditions sans que les contours précis de son architecture et de ses modalités de gestion aient été véritablement éclaircis ⁽¹⁾.

La création d’une allocation de solidarité unifiée est envisagée à la suite des travaux préparatoires à l’institution d’un revenu universel d’activité, lancés par le Président de la République en septembre 2018. L’objectif était de simplifier le système par le regroupement du plus grand nombre possible d’aides parmi lesquelles, à tout le moins, le revenu de solidarité active, la prime d’activité et les aides personnelles au logement. Après une vaste concertation nationale menée entre 2019 et 2020, le Premier ministre a reçu du rapporteur Fabrice Lenglard, à l’automne 2021, un rapport de préfiguration. Celui-ci n’a toutefois jamais été publié. Le chantier a ensuite été suspendu.

Devant la commission d’enquête, le ministre du travail et des solidarités a annoncé qu’il serait « *peut-être* » amené à défendre devant l’Assemblée nationale un « *projet de loi-cadre créant l’allocation de solidarité unique* » dès le mois de mai 2026 ⁽²⁾. À la date de rédaction du présent rapport, ce projet est toujours en attente et son calendrier plus qu’incertain.

Ce projet est le prolongement naturel de l’instauration d’un revenu social de référence. L’Inspection générale des affaires sociales a confirmé que « *le déploiement du revenu social de référence couplé avec la fiabilisation des données DSN et PASRAU constitue des avancées importantes* » qui « *peuvent permettre de mener à bien d’autres opérations de simplification, notamment une allocation sociale unique* » ⁽³⁾.

(1) La dénomination exacte de l’« ASU » est elle-même sujette à des incertitudes puisqu’elle varie parfois entre « allocation sociale unique », « allocation de solidarité unique », « allocation de solidarité unifiée ».

(2) Audition de M. Jean-Pierre Farandou, ministre du travail et des solidarités, et de Mme Stéphanie Rist, ministre de la santé, des familles, de l’autonomie et des personnes handicapées, 24 février 2026.

(3) Audition de M. Thomas Audigé, chef de l’Inspection générale des affaires sociales, 23 février 2026.

● Tel qu'il est présenté par la direction de la sécurité sociale, le projet d'allocation de solidarité unifiée procéderait au sein d'un « *cadre unifié* » au rapprochement de trois prestations : le revenu de solidarité active, la prime d'activité et les aides au logement. Il ne semble donc pas s'agir à proprement parler d'une fusion de ces prestations, mais plutôt de leur convergence vers une base ressources commune et d'une articulation « *plus cohérente* » de leurs barèmes ⁽¹⁾. Selon la direction de la sécurité sociale, ce projet poursuit quatre fins :

– la **solidarité**, consistant à apporter un soutien financier plus efficace aux ménages modestes ;

– la **lisibilité**, soit permettre à chacun de comprendre et d'accéder à ses droits facilement ;

– l'**équité**, autrement dit traiter l'ensemble des situations selon des critères clairs et connus par tous ;

– un **objectif de gain au travail**, pour garantir que le travail paie de la même façon quelle que soit la situation familiale et de logement.

Ce chantier s'accompagnerait de la création, dès 2027, d'un « *compte social unique* » permettant à chaque Français de mieux connaître ses droits sociaux avec des informations préremplies directement issues du dispositif de ressources mensuelles.

● Contrairement donc à l'ambition initiale du revenu universel d'activité, l'allocation de solidarité unifiée ne procéderait pas à la fusion du revenu de solidarité active, de la prime d'activité et des aides au logement. Elle se bornerait à rapprocher des prestations dont on comprend qu'elles continueraient d'exister en propre.

En outre, le projet de loi ne prévoit pas de plafonner les prestations en proportion du salaire minimum ou du plafond de la sécurité sociale. Il inscrit un « *principe d'écart significatif entre un foyer qui travaille et un foyer qui ne vit que d'aides sociales* » dont il est malaisé de comprendre ce qu'il recouvre comme ses éventuelles modalités de mise en œuvre ⁽²⁾.

● Si elle en juge par ces seuls premiers éléments, la rapporteure accueillerait favorablement le principe d'un rapprochement entre différentes allocations et prestations non contributives de même finalité sociale pour éviter l'éclatement en une cinquantaine de dispositifs coûtant près de 150 milliards d'euros au minimum. Elle peut même envisager une prestation compensatoire unique à plusieurs niveaux selon des paramètres simplifiés dont la mise en œuvre nécessiterait toutefois d'importants travaux préparatoires.

(1) Direction de la sécurité sociale, réponses au questionnaire de la rapporteure.

(2) M. Jean-Pierre Farandou, ministre du travail et des solidarités, et Mme Stéphanie Rist, ministre de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées, réponses au questionnaire de la rapporteure.

Dès lors, elle constate que l'ambition du Gouvernement semble très en deçà des projets structurants de fusion évoqués dans le rapport de M. Sirugue ainsi que dans les travaux de M. Lenglard sur le revenu universel d'activité.

La rapporteure sera, en outre, particulièrement vigilante sur trois éléments constitutifs de la réforme. Il conviendra, en effet :

– que **la simplification soit réelle** et que le nouveau dispositif prenne en compte l'ensemble des difficultés éprouvées lors de la contemporanéisation des aides au logement, afin de ne pas édifier une nouvelle « usine à gaz » pour les caisses et les allocataires ;

– que **le principe d'un gain au travail soit systématiquement et absolument garanti**. Il n'est plus possible d'accepter que certaines situations incitent des allocataires à arbitrer en faveur du maintien des prestations au préjudice de l'augmentation de leur revenu d'activité ;

– que cette simplification évite l'écueil d'une forme de **laxisme dans les contrôles** ou d'une approche excessivement souple des conditions d'éligibilité. La simplification des règles ne saurait affaiblir l'exigence de versement à bon droit ni réduire la capacité des organismes à détecter et à sanctionner les fraudes.

De ce point de vue, il importe également de réfléchir à la redéfinition des conditions d'éligibilité aux prestations sociales afin de les réserver aux personnes qui ont effectivement cotisé pendant plusieurs années en France.

Recommandation n° 21 : prévoir, à terme, la fusion des nombreuses prestations existantes au sein d'un groupement d'allocation le plus large possible dans des conditions qui garantissent un gain systématique au travail.

La simplification de la législation sociale ne relève pas d'un choix technique entre gestionnaires. Elle engage une vision politique du modèle social français. Un système de protection sociale dont les règles sont si complexes que les organismes chargés de les appliquer ne parviennent pas à en garantir la correcte exécution est un système qui érode la confiance de ses bénéficiaires comme de ses contributeurs. Il ressort des travaux de la commission d'enquête que la simplification normative par l'harmonisation des bases ressources, la convergence vers une allocation sociale unifiée et la stabilisation du cadre juridique des prestations est une condition nécessaire, quoique non suffisante, d'une meilleure qualité des comptes sociaux et d'un consentement accru des citoyens envers le modèle social national.

Une telle exigence de reprise en main de l'autorité politique, la seule qui soit démocratiquement élue, ne peut être satisfaite sans une redéfinition globale et ambitieuse de la gouvernance de notre modèle social.

D. CLARIFIER LA GOUVERNANCE DES ORGANISMES DE SÉCURITÉ SOCIALE PAR L’AFFIRMATION D’UN CHEF DE FILE DE CE SERVICE PUBLIC

1. Un gouvernement dont le pilotage de la dépense sociale est réduit à des enjeux de court terme

Tout au long des travaux d’enquête, votre rapporteure a été confrontée à une réalité inquiétante : **la perte de contrôle de l’autorité politique sur le pilotage et la gestion des organismes de sécurité sociale.**

Dépendance accrue à la technique, complexification du droit, développement d’une gouvernance tripartite aux ressorts obscurs, les raisons de cette situation sont multiples. Elles ont déjà fait l’objet de développements au sein du présent rapport. Néanmoins, l’entrée dans la « **boîte noire** » de l’exercice de **tutelle des organismes de sécurité sociale** implique de saisir les difficultés propres à cet exercice administratif.

● Du point de vue du fonctionnement des administrations centrales, la **reconnaissance, croissante depuis 1996, du rôle de l’État dans le pilotage de la sécurité sociale s’est accompagnée de la superposition de doctrines administratives** de gestion des organismes, bien souvent contradictoires entre elles.

Si cette situation n’a rien de spécifique au champ de la protection sociale, elle se traduit, s’agissant de ce service public particulier, **par de récurrentes différences d’approche entre les équipes du ministère de l’économie et des finances et celles relevant des différents ministères sociaux.**

Cet antagonisme trouve une flagrante illustration dans les débats relatifs à **la fusion des projets de loi de finances et de financement de la sécurité sociale.** Militante d’un pilotage unifié des finances publiques au moyen d’un projet de loi dédié, la direction du budget s’oppose alors à la direction de la sécurité sociale, elle-même attachée à la construction historique et aux spécificités normatives des lois de financement ⁽¹⁾.

Comme l’indique toutefois le **poids croissant de la direction de la sécurité sociale dans l’organisation de ce service public**, les différences d’approches entre ministères tendent à s’aplanir. Ainsi, la cotutelle exercée **par le ministère des comptes publics sur la direction de la sécurité sociale permet une fluidité des arbitrages.** De même, les spécificités d’attribution des différents ministres traduisent l’émergence d’une culture commune au sein des administrations favorable à une maîtrise de la dépense sociale ⁽²⁾. Mohammad-Saïd Darviche, maître de conférences à l’université de Montpellier, relève qu’en l’espace de vingt ans, *« les gestionnaires du social ont, [...] contre toute attente, été en mesure de résister*

(1) Mohammad-Saïd Darviche, William Genieys et Patrick Hassenteufel, « L’institutionnalisation de l’élite du Welfare au cœur de l’État », Revue française de science politique, 2022/5 Vol. 72, p. 719.

(2) Direction de la sécurité sociale, réponses au questionnaire.

aux hauts fonctionnaires de Bercy sur le terrain de la maîtrise des dépenses d'assurance maladie »⁽¹⁾.

Il existe donc moins **un conflit entre administrations sur la nécessité d'un pilotage de la dépense des organismes de sécurité sociale que sur ses modalités concrètes de mise en œuvre**. Cette diversité d'approche est flagrante dans le champ de la branche maladie où est observée **une tendance des administrations dites « de Bercy » à privilégier la régulation de la demande de soins** (ticket modérateur, franchises médicales), là où les administrations « métier » manifestent plutôt un intérêt pour les mesures affectant l'offre (maîtrise médicalisée, virage préventif)⁽²⁾.

La direction de la sécurité sociale : un état-major pour la sécurité sociale ?

À la différence des bureaux compétents de la direction du budget, **la direction de la sécurité sociale dispose d'une vision stratégique et opérationnelle** du service public de la sécurité sociale : « *c'est une direction qui porte des politiques sociales [...] et qui pilote un service public* »⁽¹⁾.

Son organisation s'articule autour de « **bureaux thématiques chargés des enjeux métiers** » et **d'autres bureaux d'appuis, en charge d'enjeux transversaux** (système d'information, performance et négociation des conventions d'objectifs et de gestion, synthèse financière)⁽²⁾.

De plus, **il n'existe pas de répartition par branche** des différentes sous-directions. Une même sous-direction, la deuxième par exemple, peut intervenir dans le champ des deux branches maladie et famille, tandis que les enjeux de gestion de la branche vieillesse sont, pour l'essentiel, rattachés à la sous-direction des retraites et des institutions de la protection sociale complémentaire, dite « troisième sous-direction »⁽³⁾.

À l'échelle de la **direction du budget, le suivi des dépenses des organismes et des politiques publiques de sécurité sociale relève de la sixième sous-direction** qui comprend quatre bureaux dont deux interviennent dans le pilotage de la dépense sociale (le bureau « *comptes sociaux et santé* » et le bureau « *retraites et régimes spéciaux* »)⁽⁴⁾.

En outre, un suivi spécifique des moyens des caisses et organismes est exercé par la **direction du budget** qui participe, à ce titre, aux négociations des conventions d'objectifs et de gestion⁽⁵⁾.

(1) Mohammad-Saïd Darviche, William Genieys et Patrick Hassenteufel, « L'institutionnalisation de l'élite du Welfare au cœur de l'État », *Revue française de science politique*, 2022/5 Vol. 72, p. 716.

(2) Direction de la sécurité sociale, réponses au questionnaire de la rapporteure.

(3) *Ibid.*

(4) Ministère de l'action et des comptes publics, organigramme de la direction du budget.

(5) Ministère de l'action et des comptes publics, réponses au questionnaire de la rapporteure.

(1) Mohammad-Saïd Darviche, William Genieys, Patrick Hassenteufel, *op. cit.*, p. 719.

(2) *Ibid.*, p. 718.

● Le constat d'un relatif **consensus administratif quant au redressement des comptes de la sécurité sociale** n'épuise pas la liste des difficultés inhérentes à l'exercice de tutelle. Au-delà des différences de doctrine, **votre rapporteure a été particulièrement interpellée par la révélation de la ministre des comptes publics** selon laquelle « *les ministres dits de Bercy n'avaient jamais opéré de suivi mensuel des dépenses et des recettes publiques au-delà du périmètre de l'État* » ⁽¹⁾.

Autrement dit, à la date de la prise de fonction de Mme de Montchalin, plus de **60 % de la dépense publique ne faisait pas** l'objet d'une analyse mensuelle consolidée ⁽²⁾. Cela signifie que, depuis plus de 30 ans, les gouvernements successifs ont piloté la dépense publique sans disposer d'un tableau de bord mensuel consolidé.

Cette découverte apparaît d'autant plus surprenante que **la contribution de ces deux périmètres de dépenses à la croissance du déficit des « administrations publiques » est majeure**. Comme l'indiquait la Cour des comptes en juillet 2025, la perte de contrôle du niveau de la dépense publique est « *essentiellement imputable au dynamisme de la dépense des administrations locales [...] et davantage encore à celle des administrations de sécurité sociale* » ⁽³⁾.

Le plan d'action pour améliorer le pilotage des finances publiques

En réponse à la dégradation des prévisions de recettes et de dépenses pour l'année 2024, **le Gouvernement a défini un plan d'action afin d'améliorer le pilotage des finances publiques**. Il était articulé autour de trois axes.

Le premier axe était relatif à la communication autour de l'incertitude et de la gestion du risque auprès du Parlement, à travers **la création d'un comité d'alerte** associant présidents et rapporteurs généraux des deux commissions financières de l'Assemblée nationale et du Sénat ⁽¹⁾.

Le second axe poursuivait une transparence accrue sur les chiffres à travers la saisine du **Haut Conseil des finances publiques sur les prévisions formulées par les administrations** ⁽²⁾.

Le **troisième axe consistait à améliorer les outils de prévision**, particulièrement s'agissant des recettes pouvant donner lieu à des variations de leur rendement (taxe sur la valeur ajoutée, imposition assise sur les bénéfices des sociétés).

(1) *Plan d'action pour améliorer le pilotage des finances publiques, dossier de presse, p. 8. Le comité d'alerte avait vocation à retracer l'exécution des dépenses de l'ensemble des administrations publiques.*

(2) *Ibid, p. 9.*

(1) *Audition de Mme Amélie de Montchalin, ministre de l'action et des comptes publics, 11 février 2026.*

(2) *Institut national de la statistique et des études économiques, « Le compte des administrations publiques en 2024 : les recettes moins dynamiques que les dépenses, le déficit augmente », n° 2054, mai 2025, p. 4. Les dépenses excédant le périmètre de l'État correspondent aux dépenses des administrations de sécurité sociale et des administrations publiques locales.*

(3) *Cour des comptes, « La situation et les perspectives de finances publiques », juin 2025, p. 18.*

Votre rapporteure ne saurait suffisamment souligner la **nécessité de pérenniser le suivi mensuel** inauguré avec le « *plan d'action pour améliorer le pilotage des finances publiques* » et de le rendre public. Cette recommandation, d'ailleurs suggérée en audition par la ministre Amélie de Montchalin ⁽¹⁾, est indispensable à **une meilleure appropriation par les citoyens des enjeux de redressement des comptes sociaux**.

Recommandation n° 22 : pérenniser le suivi mensuel des dépenses des administrations de sécurité sociale et des administrations publiques locales.

Recommandation n° 23 : rendre publics les comptes rendus des comités mensuels dans un souci de transparence.

Au surplus, le suivi mensuel permet **une anticipation des mesures d'économies nécessaires au respect de la trajectoire financière** adoptée en loi de financement de la sécurité sociale.

À cet égard, **la rapporteure désapprouve fortement la vision court-termiste qui préside actuellement au pilotage financier de la sécurité sociale**. Topique de cette politique du « rabet », la notification du comité d'alerte sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie, le 18 juin dernier, a eu pour conséquence de décaler une série de revalorisations conventionnelles ⁽²⁾, pour un montant d'environ 150 millions d'euros, et ce sans concertation avec les acteurs du système de santé ⁽³⁾.

• La dernière limite posée à **l'exercice de tutelle tient à une perte de la vision stratégique du service public de la sécurité sociale**. Si les conventions d'objectifs et de gestion ont donné **un cadre pluriannuel aux politiques et moyens des caisses**, le contrôle exercé par les administrations se réduit trop souvent à une vérification de la comptabilité ou de la légalité des actions des branches ⁽⁴⁾.

En pratique, le directeur de caisse est le véritable **stratège en charge du déploiement de ce service public singulier**. Cette tendance s'est d'ailleurs renforcée à partir de 2004, au point de donner à votre rapporteure l'impression d'une **autonomisation des directeurs de caisse vis-à-vis des autorités politiques**.

D'une autonomie de gestion, les caisses de sécurité sociale et leur administration ont finalement réussi à acquérir une autonomie stratégique y compris vis-à-vis de leurs administrations de tutelle.

(1) Audition de Mme Amélie de Montchalin, ministre de l'action et des comptes publics, 11 février 2026.

(2) En application des dispositions de l'article L. 114-4-1 du code de la sécurité sociale.

(3) Tome 2 du rapport n° 2057 de M. Thibault Bazin sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2026, 1^{er} novembre 2025, p. 43.

(4) Audition de Mme Amélie de Montchalin, ministre de l'action et des comptes publics, 11 février 2026.

Le directeur général de la caisse nationale, seul maître à bord ?

Les directeurs généraux des caisses nationales sont, en application des articles L. 226-1 et R. 224-6 du code de la sécurité sociale, nommés par décret pris sur le rapport du ministre chargé de la sécurité sociale.

La loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie instaure une spécificité s'agissant de la Caisse nationale de l'assurance maladie en offrant au conseil d'administration la faculté de s'opposer, à la majorité qualifiée des deux tiers de ses membres, à la proposition de nomination du directeur général ⁽¹⁾. Pour les autres caisses nationales, il est seulement sollicité du président du conseil d'administration un avis purement formel.

En pratique, l'exercice de nomination des directeurs des caisses nationales ne donne pas lieu à un contrôle étendu des conseils d'administration. Le pouvoir de nomination de l'exécutif se heurte au même écueil du fait de la relative homogénéité des cadres dirigeants de la sécurité sociale qui, par un phénomène de « *circulation* » particulièrement documenté en sociologie administrative, tendent à occuper successivement les fonctions de tutelle et de mise en œuvre de la politique publique, contribuant à une dépolitisation de fait ⁽²⁾.

(1) *Articles L. 221-3-1 et R. 224-6 du code de la sécurité sociale.*

(2) *Mohammad-Saïd Darviche, William Genieys et Patrick Hassenteufel, op. cit., p. 710.*

À la lumière de ce constat, votre rapporteure préconise un **contrôle démocratique et parlementaire des nominations des cadres dirigeants de la protection sociale**.

Sur le modèle de l'article 13 de la Constitution ⁽¹⁾, la nomination des directeurs de caisse devrait être soumise au vote des commissions compétentes de l'Assemblée nationale et du Sénat, qui pourraient s'y opposer à la majorité des trois cinquièmes. En effet, si les règles de désignation des directeurs diffèrent selon la branche, il est sidérant qu'elles ne fassent jamais intervenir le Parlement. Une telle mise à l'écart des parlementaires est incompréhensible au regard des montants financiers que les organismes de sécurité sociale sont amenés à gérer chaque année. Il semble en effet incontestable que ces fonctions revêtent une **importance déterminante pour la vie économique et sociale de la Nation**. La mise en œuvre de cette recommandation permettra une **appropriation par les autorités politiques des choix de gestion des directeurs** qui pourraient alors être sanctionnés à l'issue de leur mandat.

Cette évolution impliquerait une modification des dispositions légales et organiques qui prévoient la nomination des directeurs de caisse ⁽²⁾ et la liste des emplois et fonctions auxquels s'applique la procédure prévue à l'article 13 de la Constitution ⁽³⁾.

(1) *Et de la loi organique n° 2010-837 du 23 juillet 2010 relative à l'application du cinquième alinéa de l'article 13 de la Constitution.*

(2) *Articles L. 221-3-1, L. 223-7 et L. 226-1 du code de la sécurité sociale.*

(3) *Loi organique n° 2010-837 et loi n° 2010-838 du 23 juillet 2010 relatives à l'application du cinquième alinéa de l'article 13 de la Constitution.*

En outre et suivant une même exigence de contrôle démocratique, votre rapporteure juge nécessaire de **limiter dans le temps le mandat des directeurs généraux de caisse**, sur le modèle de ce qui est prévu pour le directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie. Il s'agit d'un préalable pour conférer toute sa portée à la décision du Parlement, afin que celle-ci intervienne à échéance régulière, y compris à l'occasion d'un renouvellement.

Recommandation n° 24 : modifier les dispositions légales et organiques afin de soumettre la nomination des directeurs de caisse nationale et de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale au vote des commissions parlementaires compétentes.

Recommandation n° 25 : fixer à cinq ans la durée du mandat des directeurs généraux de caisse, sur le modèle de la Caisse nationale de l'assurance maladie.

En définitive, votre rapporteure estime que le rôle du dirigeant politique doit être réaffirmé afin de prévenir d'éventuels blocages liés aux différences d'approche des administrations. En effet, la direction de la sécurité sociale, s'appuyant en cela sur les travaux de la Commission des comptes de la sécurité sociale, peut parfois être tentée de décliner des orientations peu compatibles avec les stratégies pluriannuelles des caisses.

En outre si, s'agissant de la dépense sociale, le rôle de « vigie » des ministères de Bercy est réel, la contrainte budgétaire doit être intégrée dans le cadre plus large de la pérennisation du modèle social français.

À cette fin, votre rapporteure préconise la **création d'un ministère d'État en charge de la protection sociale qui aurait la tutelle sur l'ensemble des ministères délégués et des administrations relevant du champ de la sécurité sociale** (travail, santé, solidarités).

Une telle réforme permettrait notamment de **rééquilibrer l'action des ministères sociaux vis-à-vis de Bercy** en octroyant au ministre d'État la possibilité de convoquer la tenue de réunions interministérielles.

En outre, le rang de ministre d'État permet de réaffirmer, fût-ce de manière symbolique, le caractère prioritaire des missions portées par les administrations et organismes de sécurité sociale trop souvent délaissées au profit du seul respect de la contrainte budgétaire.

Recommandation n° 26 : attribuer le pilotage stratégique et politique du service public de la sécurité sociale à un ministre d'État chargé de la protection sociale ayant compétence sur l'ensemble des ministères en charge de la conduite des politiques publiques qui s'y réfèrent.

2. Une connaissance parlementaire à parfaire des enjeux de gestion de la sécurité sociale

a. Mieux structurer l'examen du projet de loi d'approbation des comptes de la sécurité sociale et le printemps social de l'évaluation

● Depuis 1996, députés et sénateurs votent chaque automne les lois de financement de la sécurité sociale, qui définissent le cadre financier dans lequel s'inscrit l'action des organismes de sécurité sociale. L'intervention du Parlement dans le suivi et le contrôle de l'application des lois de financement de la sécurité sociale reste toutefois à la croisée des chemins.

Pendant plus de 25 ans, le débat parlementaire autour de la reddition des comptes de la sécurité sociale était circonscrit à l'examen de l'ancienne première partie des lois de financement qui voyait l'approbation des tableaux d'équilibre des comptes de l'année N-2. Ce délai de près de deux ans entre le vote des dépenses et l'examen des comptes afférents n'était pas satisfaisant. La procédure souffrait de sa comparaison avec la loi de règlement du budget de l'État, adoptée au printemps de l'année N+2 plutôt qu'à l'automne. Il en résultait des temps d'examens réduits à la portion congrue. Le débat parlementaire se focalisait bien naturellement sur les dispositions relatives à l'année en cours ou à l'année à venir, sur lesquelles se cristallisaient les enjeux politiques.

● Afin de donner toute son importance à l'examen des comptes de la sécurité sociale, la réforme organique de 2022 a extrait l'ancienne première partie des lois de financement de la sécurité sociale du débat automnal afin d'en faire une loi de financement spécifique, discutée concomitamment à la loi de règlement du budget de l'État : la loi d'approbation des comptes de la sécurité sociale ⁽¹⁾.

Cette réforme participait d'un mouvement général de renforcement des missions de contrôle de l'action du Gouvernement et d'évaluation des politiques publiques que l'article 24 de la Constitution confie au Parlement. Il a notamment donné lieu à la création, en 2019, du « printemps social de l'évaluation », désormais identifié comme un rendez-vous majeur du contrôle de l'exécution des lois de financement de la sécurité sociale.

Les députés membres de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale présentent à cette occasion leur suivi de diverses dispositions des précédentes lois de financement. Ces travaux peuvent faire l'objet d'un débat en séance publique ⁽²⁾.

L'intérêt des lois d'approbation des comptes de la sécurité sociale et du printemps social de l'évaluation ne réside pas tant dans les leviers d'action qu'ils

(1) *Nouvel article L.O. 111-3-13 du code de la sécurité sociale résultant de la loi organique n° 2022-354 du 14 mars 2022 relative aux lois de financement de la sécurité sociale.*

(2) *L'article 146-1-1 du Règlement de l'Assemblée nationale, résultant de la résolution n° 281 du 4 juin 2019, autorise la Conférence des présidents à consacrer une semaine de contrôle prioritairement au contrôle de l'exécution des lois de finances et des lois de financement de la sécurité sociale.*

offrent aux parlementaires, qui ne peuvent à l'évidence pas modifier des comptes relatifs à un exercice clos. Mais ils consacrent un temps réel à l'examen des comptes et au contrôle de l'exécution des lois de financement. Pour exercer ses missions, le Parlement bénéficie des travaux de la Cour des comptes, en particulier le rapport d'application des lois de financement de la sécurité sociale et le rapport de certification des comptes de la sécurité sociale dont la publication a été avancée lors de la réforme organique de 2022 ⁽¹⁾.

Pour les lire avec intérêt depuis leur création, en 1996 pour les rapports d'application des lois de financement de la sécurité sociale et en 2005 pour les rapports de certification des comptes de la sécurité sociale, la rapporteure témoigne de leur grande qualité. Si elle se réjouit que la loi organique ait permis leur accès dans un calendrier plus propice à une lecture utile, elle déplore que les délais entre leur publication et l'examen du projet de loi d'approbation des comptes de la sécurité sociale restent encore trop contraints pour une véritable appropriation de leurs enseignements et de leurs recommandations.

Deux améliorations sont envisageables : anticiper davantage la publication des travaux de la Cour des comptes et du rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale ; reculer légèrement la date de dépôt du projet de loi d'approbation des comptes de la sécurité sociale.

La première option apparaît déraisonnable compte tenu des délais incompressibles de production définitive des comptes des caisses de sécurité sociale, qui intervient généralement autour du 15 mars ⁽²⁾. Elle aurait pour principal effet de pressurer les administrations et la Cour des comptes au détriment de la qualité de leur analyse. Pour ces raisons, la rapporteure retient la seconde option : décaler la date limite de dépôt du projet de loi d'approbation des comptes de la sécurité sociale du 1^{er} au 15 juin afin de laisser au Parlement deux semaines supplémentaires pour la préparation de ses travaux.

Selon M. Morgan Delaye, adjoint au directeur de la sécurité sociale, un tel report aurait des incidences très limitées sur la préparation du budget à venir puisque « *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* », achevés dès le mois d'avril ⁽³⁾.

Recommandation n° 27 : repousser la date limite de dépôt annuel du projet de loi d'approbation des comptes de la sécurité sociale au 15 juin.

(1) Article L.O. 111-4-6 du code de la sécurité sociale.

(2) Direction de la sécurité sociale, réponse au questionnaire de la rapporteure.

(3) Audition de la direction de la sécurité sociale, 24 février 2026.

b. Faire intervenir le Parlement dans les conventions d'objectif et de gestion signées par l'État et les caisses nationales de sécurité sociale

● L'examen du projet de loi d'approbation des comptes de la sécurité sociale a des mérites indéniables en matière de contrôle du Parlement. Force est de constater pourtant qu'il ne porte que sur l'ultime étape de l'application des lois de financement de la sécurité sociale : la clôture des comptes.

Quant aux travaux de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale au cours du printemps social de l'évaluation, ils portent spécifiquement sur des dispositions spécifiques de lois de financement antérieures. Ils ne s'attachent donc pour ainsi dire jamais à la gestion des organismes de sécurité sociale en tant que telle. Cela n'empêche naturellement pas la mission d'évaluation et de contrôle de mener des investigations à ce propos hors printemps social ⁽¹⁾.

Il en résulte que, jusqu'à présent les parlementaires sont trop peu saisis de la gestion de la sécurité sociale, alors même que le présent rapport montre toute l'importance de ces enjeux pour la bonne application des lois de financement et, de façon générale, pour le quotidien de nos concitoyens.

● Cette carence pourrait trouver une réponse dans une implication accrue du Parlement dans l'élaboration et le suivi des conventions d'objectifs et de gestion, qui pourraient par la même occasion être améliorées dans trois dimensions spécifiques ⁽²⁾.

Premièrement, les conventions d'objectifs et de gestion sont signées pour cinq ans. Elles ne sont pas amendées en cours de période. Certes, la stabilité permet de comparer les cibles atteintes par rapport aux objectifs fixés en début de cycle et une convention d'objectifs et de gestion n'a jamais empêché les organismes de sécurité sociale ni leur tutelle d'adapter les attentes en fonction de chocs exogènes, tels que des crises économiques ou sanitaires.

Toutefois, cette souplesse pratique devrait s'accompagner d'une forme de souplesse juridique en autorisant les organismes de sécurité sociale et leur tutelle à passer des avenants pour tirer les conséquences de commandes politiques ou d'une situation économique nouvelle. Celles-ci sont en effet susceptibles de provoquer des changements substantiels dans les équations des caisses concernées, en particulier en termes de systèmes d'information et de projets immobiliers. Lors de telles modifications, une information spécifique du Parlement prendrait la forme d'une audition de la direction de la sécurité sociale et de la caisse concernée par les commissions des affaires sociales de l'Assemblée nationale et du Sénat.

(1) Par exemple le rapport d'information n° 302 sur la gestion de la dette sociale de nos collègues Hadrien Clouet et Stéphanie Rist, 2 octobre 2024.

(2) L'historique, le rôle et les limites des conventions d'objectifs et de gestion ont déjà été abordés au sein du présent rapport.

De façon générale, la rapporteure considère que les commissions des affaires sociales et les missions d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale de l'Assemblée nationale et du Sénat devraient se saisir plus régulièrement et plus systématiquement des conventions d'objectifs et de gestion et de leur application, prioritairement de celles concernant le régime général. Un tel exercice pourrait être programmé chaque année au cours du printemps social de l'évaluation en profitant du temps libéré par le décalage de l'examen du projet de loi d'approbation des comptes de la sécurité sociale préconisé précédemment.

Recommandation n° 28 : permettre d'amender les conventions d'objectifs et de gestion en cas de changement majeur de l'économie générale du contrat et prévoir une information spécifique des commissions compétentes de l'Assemblée nationale et du Sénat lorsqu'un tel changement intervient.

Recommandation n° 29 : intégrer au calendrier des travaux de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale des auditions régulières des caisses et de la direction de la sécurité sociale sur l'exécution des conventions d'objectifs et de gestion.

Deuxièmement, forte des enseignements tirés de l'application de la précédente convention d'objectifs et de gestion de la Caisse nationale des allocations familiales, l'Inspection générale des affaires sociales recommande l'ajout, dans les futures conventions, de points et d'évaluations d'étape. Elle suggère également de prioriser davantage les objectifs, le cas échéant en conditionnant certains chantiers à l'aboutissement de projets ⁽¹⁾. Les projets prioritaires seraient sanctuarisés tandis que d'autres, conditionnels, seraient engagés en fonction de la conjoncture et de l'achèvement des premiers. Une implication renforcée du Parlement lui permettrait de peser dans la priorisation.

Troisièmement, comme l'a mentionné M. Thomas Audigé, chef de l'Inspection générale des affaires sociales, il existe un « *cloisonnement entre les branches* » ⁽²⁾. Chaque convention d'objectifs et de gestion structure le pilotage de la caisse autour de son métier. Les enjeux transversaux, qui concernent l'ensemble des branches, peuvent en pâtir. M. Thomas Audigé a notamment mentionné les parcours usagers, les risques de non-recours et l'insuffisance d'accompagnement global lors d'évènements difficiles comme la perte d'un proche.

L'Inspection générale des affaires sociales a ainsi évoqué l'idée d'une « *convention "faitière" portant sur toutes les caisses et sur des thèmes communs* » ⁽³⁾. Cette sorte de « convention-cadre » serait négociée en amont des conventions d'objectifs et de gestion de chaque caisse, porterait sur une période similaire de cinq ans et formaliserait des objectifs et des enjeux transversaux à toutes les caisses pour orienter l'élaboration des conventions individuelles en matière de

(1) Inspection générale des affaires sociales, « *Évaluation de la convention d'objectifs et de gestion 2018-2022 entre l'État et la Caisse nationale des allocations familiales* », avril 2023.

(2) Audition de M. Thomas Audigé, chef de l'Inspection générale des affaires sociales, 23 février 2026.

(3) *Idem*.

lutte contre la fraude, d'amélioration du parcours des usagers, de réduction du non-recours aux droits.

Si la rapporteure aurait tendance à plaider pour une préservation de l'étanchéité budgétaire des différentes caisses afin d'éviter les transferts et donc stabiliser les budgets des différentes caisses, elle note dans le même temps que la mise en place d'une convention-cadre, sur le modèle de celle proposée par l'Inspection générale des affaires sociales, n'est pas antinomique de ce point et permettrait, au contraire, d'améliorer le pilotage organisationnel des actions des différents réseaux.

Compte tenu de la nature de cette convention-cadre, il serait souhaitable qu'elle soit débattue au Parlement selon des modalités à déterminer. Dans une version minimaliste, son adoption, renvoyée à un décret, pourrait être précédée d'un débat en séance publique ou devant les commissions compétentes. Il pourrait être confié auxdites commissions la faculté d'émettre un avis consultatif, ce que la loi prévoit dans d'autres cas de figure ⁽¹⁾. Cet avis concernerait la convention-cadre ainsi que les conventions d'objectifs et de gestion de chacune des caisses du régime général.

Dans une version maximaliste, le Parlement se prononcerait sur le projet de convention-cadre, ce qui nécessiterait de l'associer à un vecteur législatif existant ou d'en imaginer un nouveau. La création d'une annexe au projet de loi de financement de la sécurité sociale, amendable et qui pourrait s'imposer aux conventions d'objectifs et de gestion des caisses, paraît l'option la plus réaliste et la plus facile à mettre en œuvre, bien qu'elle nécessite une réforme organique. Elle présente cependant le risque de voir la convention-cadre amendée chaque année au détriment de la nécessaire stabilité qui doit caractériser un tel instrument.

Malgré leur caractère pluriannuel, les lois de programmation des finances publiques ne semblent quant à elles pas être l'outil idoine dès lors que leur périodicité n'est pas alignée sur celle des conventions d'objectifs et de gestion ⁽²⁾. Par ailleurs, elles portent sur un champ bien plus large que les seules administrations de sécurité sociale.

En tout état de cause, une telle évolution suppose une réflexion globale sur le pilotage pluriannuel de la sécurité sociale, qui excède la question des finances sociales pour englober une vision stratégique de long terme sur les besoins à venir et les moyens d'y répondre. La rapporteure appelle à ce qu'elle soit menée sans attendre.

(1) À titre d'exemple, l'article 53 de la loi n° 86-1067 du 30 septembre 1986 relative à la liberté de communication prévoit que les commissions chargées des affaires culturelles et des finances de l'Assemblée nationale et du Sénat puissent formuler un avis sur les contrats d'objectifs et de moyens conclus entre l'État et les sociétés de l'audiovisuel public (France Télévisions, Radio France, France Médias Monde, Arte et l'Institut national de l'audiovisuel).

(2) L'article 1 C de la loi organique n° 2001-692 du 1^{er} août 2001 relative aux lois de finances dispose que la loi de programmation des finances publiques définit sa période de programmation, qui doit toutefois atteindre une durée minimale de trois années civiles.

Recommandation n° 30 : créer une « convention d'objectifs et de gestion cadre » portant sur les sujets transversaux à toutes les branches de la sécurité sociale.

Recommandation n° 31 : prévoir un débat, voire un vote du Parlement sur les objectifs et les éléments de cette convention-cadre.

Recommandation n° 32 : inscrire cette convention-cadre dans une réflexion globale sur le pilotage pluriannuel de la sécurité sociale.

En guise de conclusion partielle, la synthèse de cette deuxième partie montre bien que, même si elle est perfectible, la **gestion comptable** de notre système de sécurité sociale est relativement aboutie tandis que, manifestement, la **gestion budgétaire** est porteuse de très multiples incertitudes. Dès lors, votre rapporteure tient à souligner que l'intégralité des développements précédents ont démontré, si besoin en était, la pertinence des travaux de la commission d'enquête.

En effet, à chaque étape du raisonnement depuis l'examen du périmètre des lois de financement aux paramètres de gestion, des incertitudes demeurent parfois même au risque d'affecter la confiance des citoyens dans notre pacte social, tel que le développera la troisième partie.

TROISIÈME PARTIE

RÉPONDRE À UNE EXIGENCE RÉPUBLICAINE DE JUSTICE SOCIALE EN LUTTANT CONTRE LA FRAUDE ET EN LIMITANT LES INDUS NATIONAUX COMME ÉTRANGERS

A. AU-DELÀ DE L'ENJEU BUDGÉTAIRE, LA LUTTE CONTRE LA FRAUDE SOCIALE EST UN IMPÉRATIF DE JUSTICE RÉPUBLICAINE

La commission d'enquête s'est attachée à évaluer les incertitudes budgétaires liées à la fraude sociale et les raisons de ces constats d'insuffisance. L'examen du sujet en détail amène à deux conclusions.

D'une part, la fraude sociale atteint des montants significatifs, estimés à 14 milliards d'euros au moins en 2024 ⁽¹⁾. Or, des zones d'ombres subsistent tant le périmètre d'évaluation de cette fraude reste incomplet. Malgré ce montant élevé, qui ne constitue certes qu'une estimation « plancher », combattre la fraude **ne permettra pas, en soi, de résorber le déficit de la sécurité sociale.**

D'autre part, la lutte contre la fraude se heurte encore à des obstacles en matière de recouvrement des sommes effectivement détectées et redressées. Sur lesdits 14 milliards d'euros de fraude estimée, seuls 680 millions d'euros ont été effectivement recouverts par les organismes de sécurité sociale en 2024 ⁽²⁾.

En tout état de cause, et même si les gains retirés ne suffisent pas à réduire un déficit qui résulte de multiples années de mauvaise gestion et de pilotage politique défaillant, empêcher et sanctionner la fraude doit acquérir le rang de **priorité absolue des pouvoirs publics.**

L'objet de la présente section est de remettre le sujet en perspective : clarifier ce que l'on entend par « fraude », ce qui suppose des distinctions conceptuelles souvent ignorées ; mesurer l'ampleur réelle du phénomène et de ses lacunes ; identifier les objectifs à poursuivre.

1. La fraude est une réalité protéiforme et complexe que les pouvoirs publics ont trop longtemps négligée

a. Le scandale lié au retard de prise en compte du sujet de la fraude

Si le débat sur la fraude est ancien, l'attention publique s'est beaucoup focalisée sur la fraude sociale au cours des dernières années. Ce sujet résonne très fortement auprès de nos concitoyens : selon le baromètre de la direction de la

(1) Haut Conseil du financement de la protection sociale, note annuelle de suivi et d'évaluation des fraudes sociales, janvier 2026.

(2) *Ibid.*

recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, 70 % des personnes interrogées estiment que des gens perçoivent des prestations sociales sans y avoir droit ⁽¹⁾.

De nombreuses études plus ou moins récentes émanant d'organismes de contrôle ⁽²⁾, d'institutions publiques ⁽³⁾ ou du Parlement ⁽⁴⁾ ont tenté d'en appréhender l'ampleur et d'en définir les contours. Malgré ces travaux, manifestement peu pris en compte, la Cour des comptes pointe régulièrement dans ses rapports de certification des comptes des limites dans la mesure de la fraude.

• Pourtant, l'alerte avait été donnée il y a déjà de longues années. La rapporteure se rappelle que, dès 2007 et suite à un rapport du Conseil des prélèvements obligatoires ⁽⁵⁾, le Président Nicolas Sarkozy avait lancé un plan de lutte contre la fraude et les pratiques abusives ⁽⁶⁾. Le « rétablissement de la confiance dans nos systèmes sociaux, le maintien d'un haut niveau de solidarité, le consentement à l'impôt et le bon usage des deniers publics » étaient clairement affichés comme « nos préoccupations politiques les plus fortes ».

Dans la lettre de mission adressée à M. Éric Woerth, alors ministre du budget, des comptes publics et de la fonction publique, le Président de la République indiquait que « les Français nous [attendaient] particulièrement (...) sur la lutte contre la fraude aux nombreux régimes d'aides publiques ou de prestations sociales (...) notamment l'assurance-chômage, l'assurance-maladie, les prestations familiales ou de vieillesse, l'aide au logement, les minima sociaux... ».

En effet, le rapport du Conseil des prélèvements obligatoires avait mis en évidence la fragilité des chiffres d'estimation de la fraude aux prélèvements sociaux : difficulté à distinguer ce qui relève de l'irrégularité et ce qui relève de la fraude ; niveaux de performance très variables selon l'attention portée aux montants redressés ou aux montants recouverts ⁽⁷⁾ ; inexistence d'une évaluation globale des montants fraudés. Il y était notamment déjà question de renforcer l'utilisation des

(1) Baromètre d'opinion de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, résultats 2022, cité dans le rapport du Haut Conseil du financement de la protection sociale, « Lutte contre la fraude sociale – état des lieux et enjeux », 2024. Voir également le rapport du Centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie (Crédoc) pour la Caisse nationale des allocations familiales, « État de l'opinion en 2018 », novembre 2018.

(2) Par exemple le rapport d'application des lois de financement de la sécurité sociale de la Cour des comptes, « La lutte contre les fraudes aux prestations sociales : une action plus dynamique à renforcer encore », mai 2023.

(3) Par exemple le rapport du Haut Conseil du financement de la protection sociale, « Lutte contre la fraude sociale – état des lieux et enjeux », 2024.

(4) Par exemple le rapport n° 3003 de notre ancien collègue Pascal Brindeau au nom de la commission d'enquête relative à la lutte contre les fraudes aux prestations sociales, 8 septembre 2020.

(5) Conseil des prélèvements obligatoires, « La fraude aux prélèvements obligatoires et son contrôle », mars 2007.

(6) Lettre de mission de MM. Nicolas Sarkozy, Président de la République, et François Fillon, Premier ministre, adressée à M. Éric Woerth, ministre du budget, des comptes publics et de la fonction publique, sur la lutte contre la fraude et les pratiques abusives, 11 octobre 2007.

(7) La distinction entre montants évalués, détectés et recouverts est exposée dans la suite de la présente partie.

fichiers administratifs et des données et la coopération entre les administrations en multipliant les échanges au sein de la sphère sociale et avec l'administration fiscale.

Près de vingt ans plus tard, force est de constater que les Français attendent toujours des résultats probants en matière de fraude.

En septembre 2020, deux rapports concomitants d'une commission d'enquête de l'Assemblée nationale ⁽¹⁾ et de la Cour des comptes ⁽²⁾ au sujet de la fraude aux prestations sociales faisaient le constat d'un bilan mitigé en matière de lutte contre la fraude aux prestations sociales.

La Cour des comptes fustigeait notamment une estimation de la fraude qui était limitée aux seules prestations versées par les caisses d'allocations familiales, ce qui lui empêchait donc de livrer une estimation globale du montant de la fraude aux prestations ⁽³⁾.

Si elle reconnaissait des progrès dans la détection des fraudes depuis 2010, la Cour pointait de graves incertitudes dans la capacité des caisses à réduire la prévalence de la fraude puisqu'il n'était pas possible de comparer l'évolution des résultats à une estimation, alors inexistante, des montants en jeu. Elle recommandait notamment un renforcement des budgets alloués aux systèmes d'information et des contrôles par la mobilisation de moyens humains supplémentaires, autant de propositions qui font écho aux présents travaux.

Le constat est implacable : les gouvernements successifs ont perdu trop de temps dans la lutte contre la fraude, et ce temps perdu est doublement préjudiciable aujourd'hui. D'une part, la confiance de nos concitoyens dans l'efficacité de l'action publique et la justice de notre modèle social n'a cessé de s'effriter pendant ces vingt dernières années. D'autre part, une somme considérable d'indus frauduleux versés durant cette période et les années antérieures ne sera jamais récupérée compte tenu des règles de prescription.

La rapporteure a d'ailleurs pu constater à quel point le régime de la prescription en matière de sécurité sociale pouvait créer de la confusion. Hors cas de fraude, le **délai de prescription des cotisations sociales est de trois ans** ⁽⁴⁾. Autrement dit, les caisses de sécurité sociale bénéficient d'un délai de trois ans pendant lequel elles peuvent contrôler les déclarations sociales des employeurs et les déclarations de revenus des travailleurs indépendants. De la même façon, **l'action en recouvrement des indus des professionnels ou des établissements de santé se prescrit par trois ans** ⁽⁵⁾.

(1) Rapport n° 3003 de M. Pascal Brindeau au nom de la commission d'enquête relative à la lutte contre les fraudes aux prestations sociales, 8 septembre 2020.

(2) Cour des comptes, « La lutte contre les fraudes aux prestations sociales : des progrès trop lents, un changement d'échelle indispensable », communication à la commission des affaires sociales du Sénat, septembre 2020.

(3) *Ibid.*, p. 7.

(4) Article L. 244-3 du code de la sécurité sociale.

(5) Article L. 133-4 du code de la sécurité sociale.

De façon contestable, le **délai de prescription des prestations sociales n'est que de deux ans**, qu'il s'agisse de prestations de vieillesse et d'invalidité ⁽¹⁾, de maladie ⁽²⁾ ou familiales ⁽³⁾.

En matière de fraude, ce délai est allongé pour les cotisations comme les prestations sociales. Il est alors essentiel de distinguer deux notions, comme y invite le Haut Conseil du financement de la protection sociale ⁽⁴⁾ :

– le **délai de l'engagement de l'action de mise en remboursement par les organismes est de cinq ans** ⁽⁵⁾. Autrement dit, l'organisme de sécurité sociale doit engager cette action dans le délai de cinq ans à compter du jour de la découverte de la fraude ou d'une fausse déclaration ;

– la **période de l'indu recouvrable est de vingt ans, conformément au délai de droit commun de la prescription extinctive** ⁽⁶⁾. Autrement dit, l'organisme de sécurité sociale peut recouvrer l'ensemble des prestations indûment versées au cours des vingt ans ayant précédé l'action mais pas au-delà.

Dès lors, **des indus frauduleux antérieurs à 2006 sont**, à la date de la rédaction du présent rapport, **totalemment irrécupérables**, même si cette fraude ne devait être découverte qu'aujourd'hui.

Or, comme le soulignent régulièrement la Cour des comptes et le Haut Conseil du financement de la protection sociale, **l'historique restreint des systèmes d'information des caisses (généralement compris entre deux à trois ans) est inadapté au droit de la prescription en matière d'indus frauduleux** ⁽⁷⁾ : *« La capacité à calculer l'indu, et, a fortiori, à recouvrer des sommes sur “longue période” est évidemment complexe à mettre en œuvre. Elle est notamment limitée par l'antériorité de l'information disponible dans certains systèmes d'information opérationnels, qui ne disposent que d'une profondeur de deux ou trois ans et qui ne sauraient disposer d'un historique de 20 ans pour des raisons tant techniques (liées au poids des informations à stocker) que de protection des droits »* ⁽⁸⁾.

En outre, la **détection des fraudes dépend directement de la capacité des systèmes d'information des différents organismes à croiser les informations**

(1) Article L. 355-3 du code de la sécurité sociale.

(2) Article L. 332-1 du code de la sécurité sociale.

(3) Article L. 553-1 du code de la sécurité sociale.

(4) Haut Conseil du financement de la protection sociale, « Lutte contre la fraude sociale – état des lieux et enjeux », 2024, p. 52.

(5) Article L. 244-11 du code de la sécurité sociale en matière de travail illégal ; article 2224 du code civil pour la fraude aux prestations sociales et article L. 553-1 du code de la sécurité sociale pour les prestations familiales spécifiquement.

(6) Article 2232 du code civil.

(7) Le sujet des systèmes d'information et leur caractère obsolète a fait l'objet de développements spécifiques en première partie du présent rapport.

(8) Haut Conseil du financement de la protection sociale, « Lutte contre la fraude sociale – état des lieux et enjeux », 2024, p. 53.

qu'ils contiennent. Comme l'a rappelé la Compagnie nationale des commissaires aux comptes, l'un des principaux enseignements tirés de l'audit d'un organisme de sécurité sociale porte sur « *l'importance de l'interopérabilité des différents systèmes d'information des organismes contribuant au fonctionnement de la sécurité sociale pour contribuer à la détection de schémas de fraudes ainsi qu'à la détermination e contrôles visant à lutter contre la fraude (par exemple, via le croisement d'informations relatives aux revenus d'un ayant droit)* ». **L'incongruence intrinsèque des systèmes d'information les uns par rapport aux autres est, par conséquent, un frein réel à la lutte contre la fraude,** et les échanges d'informations entre organismes revêtent une importance primordiale ⁽¹⁾.

Afin de réduire les conséquences liées à ce véritable scandale de l'attentisme passé face à la lutte contre la fraude, la rapporteure suggère qu'une réflexion soit engagée au sujet du régime de la prescription en matière sociale afin de **clarifier les règles applicables et d'harmoniser les durées de prescription de droit commun en matière de cotisations et de prestations sociales et en matière de droit fiscal.** En outre, afin de contourner les limites techniques liées à l'historique des systèmes d'information des caisses et sans méconnaître la difficulté pouvant s'attacher à conserver des données trop anciennes dans les logiciels métiers, la rapporteure suggère que soit constituée, pour chaque caisse, une base d'archivage pour conserver les données relatives aux cotisations prélevées et aux prestations versées pendant une durée d'au moins vingt ans.

Recommandation n° 33 : simplifier le régime de la prescription en matière sociale en alignant le délai de prescription en matière de prestations sociales sur celui applicable en matière de cotisations sociales et de droit fiscal pour le faire passer de deux à trois ans.

Recommandation n° 34 : créer dans chaque branche une base d'archivage des cotisations prélevées et des prestations versées permettant de conserver les données sur toute la période de prescription des indus frauduleux, soit au moins vingt ans.

b. Une typologie des différents cas de fraude

- Les cas de fraude peuvent être distingués selon plusieurs grilles de lecture portant soit sur la nature de l'indu frauduleux, cotisation ou prestation sociale, soit sur la qualité de son auteur – bénéficiaire, professionnel ou employeur.

Bien souvent, le débat public se focalise sur la distinction entre fraude aux cotisations et prestations sociales. Or, la seconde grille de lecture est tout aussi éclairante.

La **fraude aux cotisations sociales** correspond à la situation dans laquelle un employeur ne déclare pas ou déclare partiellement le travail de ses employés. Le cas extrême de cette situation correspond au travail dissimulé, situation définie comme « *l'exercice à but lucratif d'une activité de production, de transformation,*

(1) Ce sujet est évoqué plus en détail dans la partie du présent rapport portant sur le projet de loi relatif à la lutte contre les fraudes sociales et fiscales.

de réparation ou de prestation de services ou l'accomplissement d'actes de commerce par toute personne » qui n'a pas demandé son immatriculation au registre national des entreprises ou au registre du commerce et des sociétés ou qui n'a pas déclaré aux organismes de recouvrement ou à l'administration fiscale le travail réalisé par ses employés ⁽¹⁾.

La **fraude aux prestations sociales** correspond, quant à elle, à la situation où une personne bénéficie d'allocations ou de prestations en espèces ou en nature auxquelles elle n'a pas droit et que ce bénéfice ne résulte pas d'une erreur de la part de cette personne ou de l'organisme verseur mais d'une intention de tromper.

Les cas de figure de fraude aux prestations diffèrent selon le type de dispositif concerné. Sont concernés les **assurés qui omettent de déclarer des ressources** déterminant leur éligibilité à des prestations telles que le revenu de solidarité active ou la complémentaire santé solidaire, **ceux qui ne respectent pas les conditions de résidence stable et régulière** sur le territoire national subordonnant le droit au bénéfice des minima sociaux, ou bien ceux qui dissimulent leur situation personnelle pour les prestations conjugalisées, c'est-à-dire celles dont le calcul ou l'éligibilité dépend de la composition de leur foyer.

Les assurés ne sont pas les seuls à pouvoir commettre des actes frauduleux en matière de prestations sociales. L'usurpation d'identité ou d'informations bancaires permet de toucher des prestations à la place d'assurés éligibles ⁽²⁾. S'agissant de la branche maladie, certains professionnels et établissements de santé ou médico-sociaux peuvent déclarer des actes médicaux qu'ils n'ont pas accomplis afin d'en obtenir le remboursement par l'assurance-maladie.

La fraude est donc un domaine complexe et protéiforme par construction. Les récents travaux du Haut Conseil du financement de la protection sociale ont tenté d'en évaluer l'ampleur selon les typologies présentées ci-dessus.

● Selon le Haut Conseil, l'essentiel de la fraude est concentré sur le recouvrement des cotisations à hauteur de **52 % des montants évalués**, soit **un peu plus de 7 milliards d'euros** des fraudes estimées. Le reste se répartit entre **la fraude des assurés eux-mêmes (36 %, soit environ 5 milliards d'euros)** et celle des **professionnels de santé (12 % soit environ 1,7 milliard d'euros)** ⁽³⁾.

Lorsque l'on entend ou lit que la fraude des professionnels de santé correspond à 70 % des montants estimés de fraude, il convient de préciser que **le champ concerné est alors celui de l'assurance-maladie, et non la fraude sociale en général**. Par ailleurs, il faut rappeler que le Haut Conseil agrège des situations très différentes dans la catégorie des « professionnels de santé » : praticiens

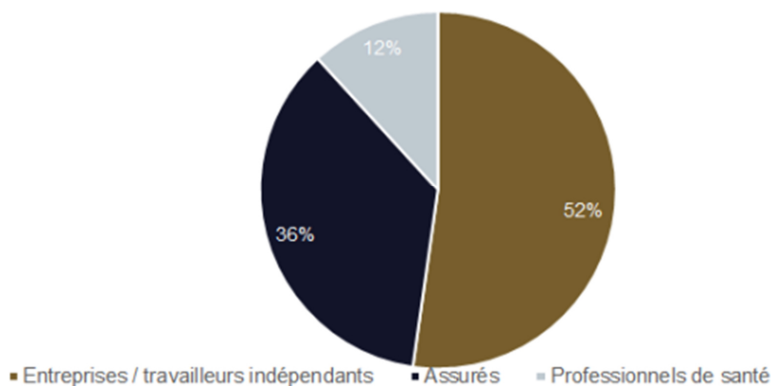
(1) Article L. 8221-3 du code du travail.

(2) Ce sujet est fortement lié à celui de la fraude en bande organisée qui fait l'objet de développements plus avant.

(3) Haut Conseil du financement de la protection sociale, Note annuelle de suivi et d'évaluation des fraudes sociales, janvier 2026, p. 11.

libéraux, professionnels de l'hospitalisation à domicile, établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, mais aussi personnes qui usurpent le statut de professionnels de santé (et qui n'en sont naturellement pas) ⁽¹⁾.

RÉPARTITION DE LA FRAUDE PAR GRANDE FAMILLE ÉCONOMIQUE



Source : Haut Conseil du financement de la protection sociale, Note annuelle de suivi et d'évaluation des fraudes sociales, janvier 2026, p. 11.

c. L'intentionnalité est difficile à établir en pratique, ce qui fait varier l'estimation du montant de la fraude

i. L'intentionnalité de la fraude est délicate à établir pour les caisses de sécurité sociale

● Il est intéressant de noter, en première analyse, que le code de la sécurité sociale ne comporte aucune définition générique de la fraude sociale. À titre d'exemple, les articles L. 114-9, L. 114-16-2 et L. 224-14 utilisent le concept sans le définir explicitement ⁽²⁾. La définition de référence, qui s'est imposée dans le cadre interministériel et qui émane de la mission interministérielle de coordination antifraude, selon laquelle c'est une irrégularité ou une omission commise de manière intentionnelle au détriment des finances publiques, est absente du corpus législatif.

Sur le plan doctrinal, la définition la plus aboutie est celle proposée dans sa thèse par Kristel Zarli-Meiffret Delsanto, et présentée devant le Haut Conseil du financement de la protection sociale. La fraude sociale serait « *toute action ou abstention, intentionnelle, accomplie dans le dessein d'obtenir un avantage pécuniaire illégitime qui occasionne un dommage financier directement supporté par les organismes de protection sociale et met en cause le principe de*

(1) *Ibid.*

(2) *Portant respectivement sur les obligations de contrôle des organismes de sécurité sociale, la liste des « fraudes en matière sociale » et le rôle de coordination des caisses nationales.*

solidarité »⁽¹⁾. Cette définition traduit un polymorphisme certain. Elle n'a jamais été intégrée au droit positif.

Comme l'a rapporté le Haut Conseil du financement de la protection sociale dans son rapport de référence en 2024, **cette absence de définition juridique unifiée fait débat entre les acteurs**. Certains l'estiment préjudiciable à la lutte contre la fraude et à la sécurité juridique des organismes la mettant en œuvre⁽²⁾. D'autres considèrent que le caractère protéiforme de la fraude rendrait « *vaine* » toute tentative de définition unique⁽³⁾.

En créant un « droit à l'erreur », la loi du 10 août 2018 pour un État au service d'une société de confiance a eu pour conséquence de délimiter la frontière théorique entre ce qui est une fraude et ce qui n'en est pas⁽⁴⁾. L'article L. 123-1 du code des relations entre le public et l'administration créé à cette occasion dispose qu'une « **personne ayant méconnu pour la première fois une règle applicable à sa situation ou ayant commis une erreur matérielle lors du renseignement de sa situation ne peut faire l'objet, de la part de l'administration, d'une sanction, pécuniaire ou consistant en la privation de tout ou partie d'une prestation due, si elle a régularisé sa situation de sa propre initiative ou après avoir été invitée à le faire par l'administration dans le délai que celle-ci lui a indiqué** ». Le deuxième alinéa ajoute qu'une sanction peut toutefois être prononcée, « *sans que la personne en cause ne soit invitée à régulariser sa situation, en cas de mauvaise foi ou de fraude* ».

Le critère d'intentionnalité de l'acte frauduleux est donc cardinal sur le plan juridique. Comme le soulignait en 2011 le vice-président du Conseil d'État Jean-Marc Sauvé, la fraude, « *au sens strict du terme, se caractérise essentiellement par trois éléments : un manquement à des obligations, l'existence d'un préjudice et, surtout, un élément intentionnel* »⁽⁵⁾.

Il en résulte que, pour caractériser une démarche frauduleuse, les caisses de sécurité sociale recherchent trois éléments :

- l'**élément légal**, car un texte doit prévoir et réprimer l'acte frauduleux ;
- l'**élément matériel**, car des éléments de preuve doivent corroborer la réalité de l'infraction commise ;
- l'**élément moral**⁽⁶⁾, car la conscience de commettre une infraction et de ses conséquences sur le versement indu des prestations doit être établie.

(1) Kristel Zarli-Meiffret Delsanto, La fraude en droit de la protection sociale, 2018.

(2) C'est le cas notamment de Kristel Zarli-Meiffret Delsanto.

(3) Voir la contribution de Jean-Luc Matt aux travaux du Haut Conseil du financement de la protection sociale dans le cadre du rapport précité sur la lutte contre la fraude sociale, 2024.

(4) Article 2 de la loi n° 2018-727 du 10 août 2018 pour un État au service d'une société de confiance.

(5) Jean-Marc Sauvé, « Fraudes et protection sociale », Les Entretiens du Conseil d'État – cycle de colloques en droit social, 11 février 2011.

(6) Un pénaliste parlerait de « *dol* ».

● Or, la qualification de l'intentionnalité est précisément l'élément le plus difficile à apprécier par les caisses de sécurité sociale. C'est un sujet d'autant plus sensible que la Cour de cassation, faisant application du concept de « *bonne foi* » inscrit à l'article L. 114-17 du code de la sécurité sociale par la loi précitée du 10 août 2018, a jugé, dans un arrêt du 2 juin 2022, qu'il « [appartenait] à l'organisme de sécurité sociale d'établir, en cas de contestation, la preuve de la mauvaise foi de l'assuré » ⁽¹⁾.

Cette difficulté concerne tant l'action des caisses dans la détection et la lutte contre la fraude que celle des pouvoirs publics dans l'estimation de ses montants réels. Ainsi que l'a rappelé M. Dominique Libault, président du Haut Conseil du financement de la protection sociale, « *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* » ⁽²⁾.

● Un autre exemple de la manière dont le critère d'intentionnalité limite l'action publique concerne les **manques à gagner liés à la fraude ou aux erreurs relatives aux cotisations**. Pour en estimer les montants, les organismes de recouvrement distinguent non selon la nature de l'anomalie, mais suivant les techniques de contrôle mobilisées : la lutte contre le travail dissimulé d'une part, le contrôle comptable d'assiette d'autre part.

Les opérations de contrôle de l'Union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales s'attachent à la cohérence entre :

– les déclarations effectuées, éléments de rémunération soumis à cotisations et exonérations appliqués ;

– les documents recueillis auprès de l'utilisateur contrôlé (rubriques de paie, accords, conventions, montants relevés en comptabilité et justificatifs associés tels que les frais professionnels) ainsi que la bonne application de la législation en matière de calcul et conditions d'exonérations, de contributions spécifiques, etc.

Ces opérations, menées par des inspecteurs et contrôleurs agréés et assermentés, doivent montrer que l'assiette déclarée par l'employeur est conforme à la réalité et au droit.

(1) Cour de cassation, 2^e civ., 2 juin 2022, pourvoi n° 20-17.440.

(2) Audition de M. Dominique Libault, président du Haut Conseil du financement de la protection sociale, 12 février 2026.

Comme le rappelle l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, il existe divers types d'actions de contrôle dont les modalités répondent à la situation du cotisant ⁽¹⁾ :

– les contrôles comptables d'assiette sur place portent sur les trois derniers exercices comptables. Ils sont engagés pour les entreprises présentant un enjeu financier ou un risque d'erreur élevé ;

– les contrôles comptables d'assiette sur pièces, à distance, portent sur un seul exercice et sont réservés aux très petites entreprises ;

– des actions ciblées contre le travail dissimulé sont également diligentées à l'encontre des entreprises pour lesquelles il existe un risque de non-déclaration ou de sous-déclaration volontaire.

Le contrôle comptable d'assiette n'a pas pour objectif premier de sanctionner l'employeur, mais de rétablir la situation telle qu'elle aurait dû être déclarée. Pour autant, dans certaines situations, il entraîne des pénalités : quand il aboutit à la découverte de travail dissimulé, et également en cas de répétition de l'erreur d'assiette par un même employeur. Le manque à gagner estimé par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale en lien avec les contrôles comptables d'assiette représentait, en 2024, entre 1,7 et 2,2 milliards d'euros sur le seul champ de recouvrement des cotisations de sécurité sociale au sens strict, et entre **2,1 et 2,7 milliards d'euros en tenant compte des cotisations de retraite complémentaire** ⁽²⁾. Une partie de cet agrégat s'explique donc par des causes frauduleuses sans qu'il soit à ce stade possible de connaître leur ampleur.

Pour ces raisons, le Haut Conseil du financement de la protection sociale suggérerait à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale de « *travailler sur la distinction entre ce qui relève de la fraude et de l'erreur au sein du contrôle comptable d'assiette* » ⁽³⁾.

Aucun élément porté à la connaissance de la rapporteure ne permet de confirmer que ces travaux, pourtant essentiels, ont abouti à la date de publication du présent rapport.

Recommandation n° 35 : approfondir les travaux permettant aux organismes chargés du recouvrement des cotisations de distinguer les redressements relevant de la fraude dans le cadre des contrôles comptables d'assiette.

(1) Agence centrale des organismes de sécurité sociale, réponse au questionnaire de la rapporteure.

(2) Haut Conseil du financement de la protection sociale, Note annuelle de suivi et d'évaluation des fraudes sociales, janvier 2026, p. 45.

(3) Recommandation n° 15 du rapport précité du Haut Conseil du financement de la protection sociale de 2024.

ii. Les procédures de qualification de la fraude divergent d'une caisse à l'autre

• Comme l'a démontré le Haut Conseil du financement de la protection sociale, **plusieurs notions sont utilisées pour cerner le phénomène de fraude dans les caisses prestataires**. Or, les approches divergent sensiblement d'une caisse à l'autre, ce qui entrave les démarches comparatives.

L'assurance maladie distingue ainsi entre trois catégories que sont la fraude, la faute et l'abus.

Fraude, faute, abus : les définitions de la Caisse nationale de l'assurance maladie

La **fraude** se définit comme un « *fait illicite au regard des textes juridiques, commis intentionnellement par une ou plusieurs personnes physiques ou morales (assuré, employeur, professionnel de santé, fournisseur, transporteur, établissement, autre prestataire de services, employé de l'organisme) dans le but d'obtenir ou de faire obtenir un avantage ou le bénéfice d'une prestation injustifiée ou induue au préjudice d'un organisme d'assurance maladie ou de la [caisse de retraite et de santé au travail] ou encore de l'État (...). Une fraude ne peut être qualifiée en tant que telle que si l'infraction correspondante est expressément prévue par un texte juridique* »⁽¹⁾.

L'**abus** se définit comme une « *activité qui rassemble de manière réitérée des faits caractéristiques d'une utilisation d'un bien, d'un service ou d'une prérogative outrepassant des niveaux acceptables par rapport à des références ou des comparatifs non juridiques* »⁽²⁾.

La **faute** se définit par défaut. Il s'agit d'une « *activité qui rassemble de manière réitérée des faits irréguliers au regard de textes juridiques, commis par une ou plusieurs personnes physiques ou morales en dehors des circonstances définissant la fraude ou les activités abusives. Les activités fautives ne sont pas susceptibles d'être sanctionnées par une juridiction pénale. Elles ont la particularité d'être constitutives de faits irréguliers au regard de référentiels tels que notamment les nomenclatures dont l'interprétation peut être extensive et les évolutions parfois retardées par rapport aux pratiques* »⁽³⁾.

Ces définitions sont citées dans le rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale « maladie » pour 2025 (p. 223).

Source : Haut Conseil du financement de la protection sociale.

(1) Circulaires Cnam 1/2012 et Cnam 24/2019. Cette définition est citée dans le rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale « maladie » pour 2025, p. 223.

(2) Circulaire Cnam 1/2012. L'article L. 114-17-1 du code de la sécurité sociale se réfère aux abus constatés par le contrôle médical. L'article R. 147-6 du même code mentionne les patients qui « abusent (...) pour obtenir des produits de santé ».

(3) Circulaire Cnam 1/2012.

À l'inverse, les notions de faute et d'abus ne sont pas employées par la branche famille, qui distingue pour sa part l'erreur et la fraude. Quant à la branche recouvrement, elle recourt à la notion d'abus de droit dans le champ du recouvrement, inspirée de l'abus de droit fiscal qui permet à l'administration de « *restituer le véritable caractère* » d'une opération lorsque des actes ont été motivés

par la volonté d'échapper ou d'atténuer l'impôt⁽¹⁾. Par exemple, un montage juridique complexe dont la seule raison d'être est d'échapper à l'impôt peut être requalifié par le fisc. C'est un outil qui présente un grand intérêt contre les indus qui se situent à la frontière de la fraude, mais dont l'application s'est heurtée à plusieurs obstacles depuis son extension au recouvrement social en 2008.

La procédure d'abus de droit social et ses limites

La procédure d'abus de droit est prévue à l'article L. 243-7-2 du code de la sécurité sociale. Peuvent constituer un abus de droit, d'une part, les actes qui présentent un caractère fictif et, d'autre part, les actes qui, recherchant le bénéfice d'une application littérale des textes à l'encontre des objectifs poursuivis par leurs auteurs, n'ont pu être inspirés par aucun autre motif que celui d'échapper ou d'atténuer les contributions et cotisations sociales auxquelles le cotisant est tenu ou que ce dernier, s'il n'avait pas passé ces actes, aurait normalement supportées, eu égard à sa situation ou à ses activités réelles. Cette définition de l'abus de droit constitue une transposition du régime applicable aux relations entre l'administration fiscale et les contribuables, régi par l'article L. 64 du livre des procédures fiscales.

Son instauration procède de l'article 19 de la loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008, en réponse à une recommandation du rapport du Conseil des prélèvements obligatoires portant sur la fraude et son contrôle⁽¹⁾.

La procédure d'abus de droit présente un double intérêt pour les Unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales :

- d'une part, les actes constitutifs d'abus de droit ne leur sont pas opposables ;
- d'autre part, une pénalité égale à 20 % des cotisations et contributions dues est infligée à leurs auteurs à titre de sanction.

Deux raisons majeures ont toutefois conduit à ce que l'outil de l'abus de droit ne soit presque jamais utilisé. D'une part, la procédure était particulièrement lourde. Elle permettait en particulier au cotisant de former un recours suspensif auprès d'un comité des abus de droit dont l'avis était consultatif. Or, ce comité ne s'est réuni qu'une seule fois, à l'occasion de son installation, et ses membres n'ont jamais été renouvelés par le ministre chargé de la sécurité sociale depuis 2011. D'autre part, les cas d'utilisation de l'abus de droit social sont moins larges qu'en droit fiscal, lequel est mobilisable par l'administration fiscale pour contester des actes ayant pour « *motif principal* » d'échapper ou d'atténuer l'impôt tandis que l'abus de droit social ne vise que les actes ayant pour « *motif exclusif* » de tels objectifs.

L'article 5 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2024 a réformé le dispositif de l'abus de droit afin de simplifier la procédure en supprimant le comité des abus de droit. Le décret d'application, fixant les conditions et les garanties afférentes à l'application par les Unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales d'une pénalité de 20 % du montant des cotisations et contributions sociales dues en cas d'abus de droit, n'a finalement été pris que le 26 décembre 2025. Il n'est donc pas loisible à la commission d'enquête de dresser un bilan de cette réforme à date.

(1) Conseil des prélèvements obligatoires, La fraude aux prélèvements obligatoires et son contrôle, 2007.

(1) Articles L. 64 et L. 64 A du livre des procédures fiscales.

En conséquence, et malgré la création d'une délégation nationale à la lutte contre la fraude, devenue depuis la mission interministérielle de coordination anti-fraude ⁽¹⁾, il subsiste entre les organismes de sécurité sociale de nombreuses divergences d'appréciation des fraudes ou actes quasi-frauduleux, au sein desquels il est possible de ranger les fautes et abus de l'assurance maladie. Certains outils juridiques tels que l'abus de droit sont même totalement absents dans les autres branches que le recouvrement.

Cette situation alimente les incertitudes budgétaires puisque les estimations du montant de la fraude et du manque à gagner pour la sécurité sociale varient grandement selon que l'on intègre, ou pas, les comportements fautifs et abusifs. À titre d'exemple, votre rapporteure trouve particulièrement contestable le fait que la Caisse nationale de l'assurance maladie utilise le concept d'abus qui ne renvoie à aucune catégorie juridique précise, qui entretient le flou avec la notion d'abus de droit et qui n'est pas employé par les caisses des autres branches. En la matière, il apparaît nécessaire, y compris à des fins de comparaison et de culture de l'évaluation, de mettre en cohérence les catégories d'actes frauduleux ou quasi-frauduleux utilisées par les caisses de sécurité sociale autour d'un référentiel commun. Ce rôle pourrait échoir à la mission interministérielle de coordination anti-fraude et s'étendre aux administrations de l'État. Enfin, un pilotage politique plus strict de la lutte contre la fraude s'affirme comme une impérieuse nécessité à travers la création d'un ministère spécifiquement chargé de la coordination des actions anti-fraude entre toutes les autorités publiques.

Recommandation n° 36 : confier à la mission interministérielle de coordination anti-fraude la création d'une typologie et d'un référentiel communs à l'ensemble des caisses de sécurité sociale et à l'administration en matière d'actes frauduleux ou quasi-frauduleux. Rendre ce référentiel opposable aux caisses et aux administrations concernées.

Recommandation n° 37 : créer un ministère chargé de la lutte contre la fraude afin d'assurer le pilotage politique de la coordination anti-fraude.

Sur la question spécifique de l'abus de droit, le Haut Conseil du financement de la protection sociale suggérait d'étendre la notion à toutes les branches de la sécurité sociale ⁽²⁾. La rapporteure partage cette orientation. Elle suggère que soit mené un travail d'identification et de simplification des situations dans lesquelles l'abus de droit pourrait être transposé aux branches dites « *dépendantes* ».

Incidemment, la rapporteure propose, dans le prolongement du Haut Conseil du financement de la protection sociale, d'harmoniser le montant des pénalités prononcées en cas d'abus de droit social sur le droit applicable aux abus

(1) La mission interministérielle de coordination anti-fraude a remplacé la délégation nationale à la lutte contre la fraude suite au décret n° 2020-872 du 15 juillet 2020 relatif à la coordination interministérielle en matière de lutte contre la fraude et la création d'une mission interministérielle de coordination anti-fraude.

(2) Recommandation n° 3 du rapport précité sur la lutte contre la fraude sociale du Haut Conseil du financement de la protection sociale, 2024, p. 46.

de droit fiscal, ce qui conduirait à l'augmenter de 20 % du montant des cotisations et contributions sociales dues à 40 %, voire 80 % lorsqu'il est établi que le contribuable est le principal instigateur ou bénéficiaire de l'abus de droit ⁽¹⁾.

Recommandation n° 38 : dresser un bilan de la réforme de l'abus de droit dans le champ du recouvrement issue de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2024 d'ici la fin de l'année 2026.

Recommandation n° 39 : transposer la notion d'abus de droit aux autres branches de la sécurité sociale et à l'assurance chômage.

Recommandation n° 40 : aligner les pénalités applicables en cas d'abus de droit dans le champ social (20 % du montant des cotisations et contributions éduées) sur celles applicables en matière fiscale (de 40 % à 80 % suivant les situations).

2. L'évaluation de la fraude reste un chantier largement perfectible malgré de récents progrès

a. *Un manque à gagner évalué à 14 milliards d'euros, mais dont le périmètre reste incomplet*

● L'analyse des chiffres de la fraude sociale implique de clarifier certains concepts. En effet, les masses financières varient considérablement selon que l'on s'intéresse aux montants évalués, détectés ou redressés, et enfin recouverts.

L'évaluation correspond à l'appréhension statistique des sommes supposées fraudées. Elle mesure le potentiel théorique de la fraude, le plus souvent à partir de contrôles aléatoires dont les résultats sont extrapolés à l'ensemble de la population. C'est un ordre de grandeur qui ne correspond pas une recette mobilisable à court terme.

La détection mesure les fraudes effectivement repérées en gestion, donnant lieu à notification **d'un indu, pour les prestations, ou à un redressement, pour les cotisations**. Certains organismes, comme la Caisse nationale de l'assurance maladie et la Caisse nationale d'assurance vieillesse, y intègrent les « *préjudices évités* », c'est-à-dire les tentatives bloquées avant paiement qui sont de véritables fraudes en préparation. D'autres, comme la Caisse nationale des allocations familiales et l'Union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales, ne retiennent que les préjudices effectivement subis.

Aux yeux de la rapporteure, une personne s'étant donné les moyens de frauder, mais qui en a été empêchée, doit être considérée comme fraudeuse en cas de récidive. Dans ce cas, le droit à l'erreur ne doit plus s'appliquer.

(1) Article 1729 du code général des impôts.

Cet aspect de détection, et donc de préparation avérée de la fraude, doit inciter à revoir le paramètre de l'élément matériel de caractérisation de la démarche frauduleuse, comme précédemment mentionné.

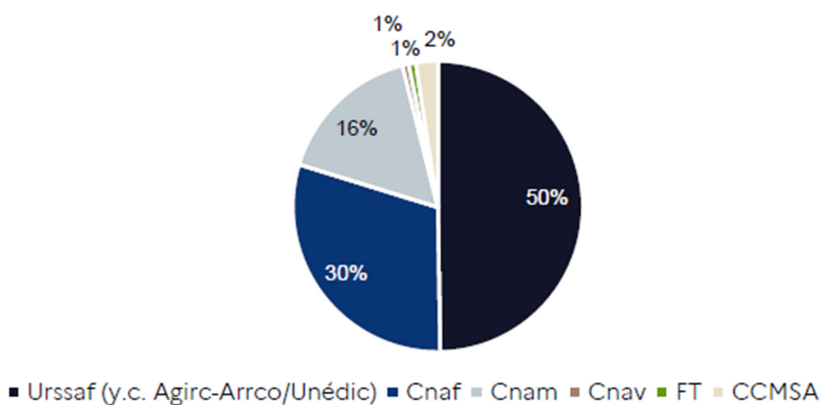
Le recouvrement correspond aux sommes effectivement récupérées à la suite d'un constat de fraude.

Ces trois notions sont fréquemment confondues dans le débat public. Il en résulte une appréciation erronée des espérances à nourrir pour les finances sociales ⁽¹⁾.

Au regard des données disponibles, le Haut Conseil du financement de la protection sociale a évalué le manque à gagner imputable à la fraude pour la sécurité sociale à environ 13 milliards d'euros en 2024. En janvier 2026, sa note annuelle de suivi et d'évaluation a réévalué ce montant à 14 milliards d'euros, la hausse s'expliquant principalement par l'accroissement conjoncturel de la masse salariale et par des réévaluations sectorielles ⁽²⁾.

Ces montants correspondent à l'évaluation de la fraude dans son ensemble, que celle-ci soit ou non détectée. Les montants détectés sont bien plus faibles : ils sont de l'ordre de 2,1 milliards d'euros en 2024, soit de 1 à 7. Enfin, sur ces 2,1 milliards d'euros, seuls 680 millions d'euros ont été recouverts pour véritablement renflouer les caisses de sécurité sociale.

ÉVALUATION DE LA FRAUDE SOCIALE ENTRE BRANCHES



Source : Haut Conseil du financement de la protection sociale, Note annuelle de suivi et d'évaluation des fraudes sociales, janvier 2026, p. 12.

La **répartition de la fraude entre les branches** est très inégale. La branche recouvrement, comprenant les cotisations de retraite complémentaire et les contributions d'assurance chômage, concentre environ la moitié du montant total

(1) Haut Conseil du financement de la protection sociale, Note annuelle de suivi et d'évaluation des fraudes sociales, janvier 2026, p. 9.

(2) *Ibid.*, p. 10.

des fraudes évaluées. La branche famille concourt pour environ 30 %, l'assurance maladie 16 %. Le reste se répartit entre la branche vieillesse, France Travail et la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole.

Lorsque l'on prend en compte les redressements liés aux contrôles comptables d'assiette, dont une partie non évaluée ressortit vraisemblablement à des comportements frauduleux, le manque à gagner total en termes de cotisations est estimé par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale entre **8,3 et 10,7 milliards d'euros**.

b. Ce montant est toutefois sous-évalué compte tenu des lacunes de périmètre et de la difficulté de distinguer entre fraude et erreur

• **Cette estimation de 14 milliards d'euros est un « plancher »**. Le rapport du Haut Conseil du financement de la protection sociale comme les personnes auditionnées par la commission d'enquête identifient de nombreuses lacunes de périmètre. S'agissant du recouvrement, le contrôle comptable d'assiette, atteignant environ 3,5 milliards d'euros de manque à gagner, n'est pas intégré à l'évaluation, faute de distinguer en son sein ce qui relève de l'erreur involontaire et de l'intention frauduleuse. À ces difficultés spécifiquement liées à la caractérisation de l'intentionnalité de la fraude, s'ajoutent des problèmes structurants et systémiques : comme l'a rappelé le président du Haut Conseil du financement de la protection sociale Dominique Libault, « *les organismes ne procèdent effectivement à aucune évaluation dans certains domaines, comme celui des travailleurs indépendants classiques* » ⁽¹⁾.

Recommandation n° 41 : engager rapidement des travaux d'évaluation sur la fraude des travailleurs indépendants menés par l'administration fiscale et les Unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales, comme le propose le Haut Conseil du financement de la protection sociale.

Seuls les **micro-entrepreneurs** font l'objet d'évaluations, qui montrent un constat alarmant : pour l'année 2024, la part de micro-entrepreneurs présentant une anomalie dans leur déclaration est estimée entre 34,6 % et 39,6 %. Le **taux de cotisations éludées varierait entre 18,8 % et 23,6 %, soit un montant compris entre 1,4 et 1,8 milliard d'euros** ⁽²⁾. Selon le Haut Conseil du financement de la protection sociale, ce phénomène concerne au premier chef les travailleurs de plateforme dont 71 % auraient un chiffre d'affaires déclaré inférieur aux montants des transactions enregistrées par les plateformes.

Si tous les secteurs d'activité des micro-entrepreneurs sont concernés, celui de la livraison fait apparaître des chiffres édifiants : le taux de cotisations éludées

(1) Audition de M. Dominique Libault, président du Haut Conseil du financement de la protection sociale, 12 février 2026.

(2) Haut Conseil du financement de la protection sociale, Note annuelle de suivi et d'évaluation des fraudes sociales, janvier 2026, p. 21.

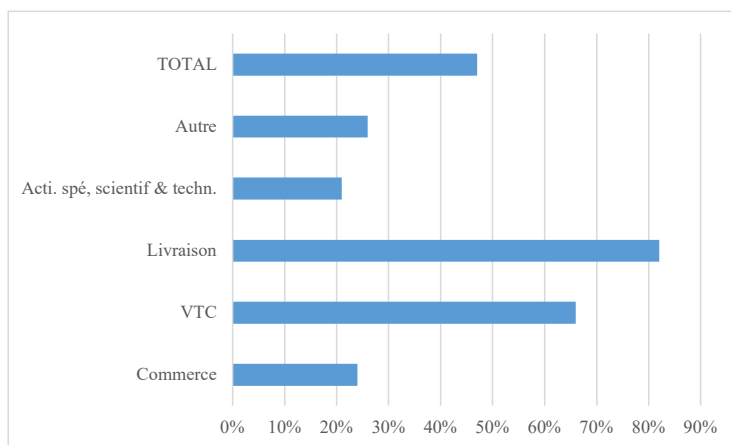
par les livreurs serait de 82 %. Autrement dit, seul un cinquième du total des cotisations réellement dues par les livreurs est acquitté auprès des Unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales.

ÉVALUATION DU MANQUE À GAGNER SUR LES MICRO-ENTREPRENEURS TRAVAILLEURS DES PLATEFORMES EN 2024

| Secteur d'activité (d'après l'APE de l'AE) | Nombre de micro-entrepreneurs utilisateurs de plateformes (milliers) | | Part de micro-entrepreneurs dont le chiffre d'affaires déclaré à l'Urssaf est inférieur aux montants des plateformes (%) | Cotisations éludées (millions d'euros) | Taux de cotisations éludées |
|---|--|--------------|--|--|-----------------------------|
| Commerce | 21,2 | 8,7 % | 45,1 % | 13,8 | 24 % |
| VTC | 26,9 | 11 % | 89,6 % | 91,8 | 66 % |
| Livraison | 106 | 43,5 % | 89,7 % | 105,0 | 82 % |
| Acti. spé, scientifique & techn. | 19,5 | 8 % | 51,4 % | 12,1 | 21 % |
| Autre | 70,2 | 28,8 % | 49,9 % | 49,8 | 26 % |
| TOTAL | 243,9 | 100 % | 71,3 % | 272,6 | 47 % |

Source : Haut Conseil du financement de la protection sociale.

Taux de cotisations éludées par les micro-entrepreneurs TRAVAILLEURS DES PLATEFORMES EN 2024



Source : commission d'enquête sur la base des données des plateformes collaboratives déclarées aux Unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales.

Enfin, les données dont dispose l'administration fiscale **ne permettent pas de distinguer avec précision le manque à gagner de certaines recettes fiscales affectées à la sécurité sociale qui relève d'actes frauduleux et celui résultant d'erreurs de bonne foi des contribuables ou des agents des impôts et des douanes.** C'est en particulier le cas de la taxe sur la valeur ajoutée et des droits de consommation sur les tabacs. Le montant total du manque à gagner lié à ces

ressources fiscales s'élève à 5,5 milliards d'euros sans qu'il soit possible d'identifier la part résultant de la fraude dans ce montant. Cela renforce le constat fait par la rapporteure, en deuxième partie du présent rapport, selon lequel la dualité des circuits de recouvrement est source d'incertitudes budgétaires.

Concernant les droits de consommation sur les tabacs⁽¹⁾, la direction générale des douanes et droits indirects estime à **environ 18 % les volumes de tabac consommés en France qui auraient échappé à la fiscalité nationale** en comparant les données de consommation, estimées par l'Observatoire français des drogues et tendances addictives et par Santé Publique France, aux chiffres de vente sur le territoire national. Ces estimations ne permettent pas de séparer les achats frontaliers légaux des achats illégaux : elles ne sont donc pas représentatives de la fraude sachant que la part d'achat dans le commerce de rue semble marginale⁽²⁾. Elles conduisent en revanche à **évaluer le manque à gagner pour les finances sociales à 2,5 milliards d'euros**⁽³⁾.

Le manque à gagner lié à la **taxe sur la valeur ajoutée** est documenté par des travaux de la direction générale des finances publiques. Ils utilisent le concept d'« *écart fiscal* » qui est un « *concept plus large ajoutant à la fraude fiscale les irrégularités involontaires et les aléas de recouvrement, [qui] permet de mesurer la différence entre les montants effectivement collectés par l'administration et ceux qui l'auraient été si toutes les obligations avaient été strictement respectées par les contribuables* »⁽⁴⁾. Les estimations sont établies à partir des contrôles de la direction générale des finances publiques et redressées pour tenir compte des biais de sélection, selon une méthode qui s'appuie sur les travaux méthodologiques de l'Institut national de la statistique et des études économiques. Selon le Haut Conseil du financement de la protection sociale, le manque à gagner pour les finances publiques serait de l'ordre de **6 à 10 milliards d'euros, dont 3 milliards d'euros pour la sécurité sociale**.

Recommandation n° 42 : pour les recettes recouvrées par l'administration fiscale, tenter de distinguer fraudes et erreurs pour disposer d'une évaluation de la fraude au sens strict sur l'ensemble du champ sécurité sociale.

En ce qui concerne les branches prestataires, **le cas de l'assurance maladie est symptomatique des insuffisances de l'évaluation de la fraude**. Selon la Cour des comptes, la Caisse nationale de l'assurance maladie **n'avait évalué la fraude**

(1) Le lecteur pourra utilement prendre connaissance des travaux menés par la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale au sujet des politiques publiques liées au tabac, et notamment des [tables rondes organisées le 24 septembre 2025](#).

(2) Haut Conseil du financement de la protection sociale, réponse au questionnaire de la rapporteure.

(3) Haut Conseil du financement de la protection sociale, Note annuelle de suivi et d'évaluation des fraudes sociales, janvier 2026, p. 24.

(4) Direction générale des finances publiques, « Le manque à gagner de TVA en France », DGFIP Analyses, n° 7, septembre 2024, p. 2.

que sur 44 % de ses dépenses en 2024 ⁽¹⁾. Étaient notamment exclus du champ d'évaluation les indemnités journalières pour arrêt de travail, mais également les centres de santé dentaires ou d'audioprothèses, les consommations de soins d'assurés bénéficiaires de la protection universelle maladie, la chirurgie plastique et réparatrice, les orthoptistes, les orthophonistes, les pédicures podologues, les maïeuticiennes, les séjours hospitaliers tarifés à l'activité, les séjours tarifés à la journée par les établissements (soins médicaux de réadaptation, unités de soins de longue durée) et leur facturation associée de matériel.

En particulier, **la protection universelle maladie n'a fait l'objet d'aucune évaluation**. Or, la Cour des comptes estime à plus de 60 millions d'euros les indus liés aux seuls droits fermés en 2024 contre seulement 1 million d'euros comptabilisés par la Caisse nationale de l'assurance maladie ⁽²⁾. La rapporteure s'étonne par ailleurs que l'Inspection générale des affaires sociales, travaillant certes en premier lieu pour le pouvoir exécutif, ait indiqué n'avoir jamais mené de mission sur la protection universelle maladie ⁽³⁾.

La tarification à l'activité hospitalière n'est pas davantage évaluée, comme l'a confirmé M. Dominique Libault devant la commission d'enquête ⁽⁴⁾. En effet, selon le Haut Conseil du financement de la protection sociale, l'évaluation relative à la tarification à l'activité est particulièrement délicate, mais les éléments portés à la connaissance de la rapporteure ne permettent de déterminer exactement la nature ni les raisons de cette complexité. En tout état de cause, une telle évaluation ne peut être réalisée que sur le fondement des contrôles exercés par l'assurance maladie sur les établissements hospitaliers, qui n'ont repris qu'à la fin de l'année 2024 après avoir été suspendus pendant la crise sanitaire. La rapporteure s'en étonne : **les contrôles n'ont donc été relancés que cinq ans après le déclenchement de la crise sanitaire**.

Selon la Cour des comptes, *« leur reprise en 2024, portant sur des séjours de l'année 2023, a été retardée et deux régions n'ont pas reconstitué les commissions nécessaires à la reprise des contrôles, ce qui n'a pas permis de disposer de résultats en 2024 ⁽⁵⁾. De plus, la représentativité de ces contrôles est affectée de plusieurs limites : un échantillon de 30 000 séjours maximum sur 19,7 millions, des exclusions et un ciblage limité à certains établissements publics. Enfin, le contrôle n'inclut pas les dispositifs médicaux et médicaments facturés en sus, soit un enjeu de près de 10 milliards d'euros. Ces limites réduisent l'enjeu du contrôle à un total de charges estimé à moins de 20 milliards d'euros sur les 44,7 milliards d'euros de la [tarification à l'activité] en 2023 »* ⁽⁶⁾.

(1) Cour des comptes, rapport de certification des comptes du régime général de sécurité sociale pour 2024, mai 2025, p. 39.

(2) Ibid, p. 41.

(3) Audition de M. Thomas Audigé, chef de l'Inspection générale des affaires sociales, 23 février 2026.

(4) Audition de M. Dominique Libault, président du Haut Conseil du financement de la protection sociale, 12 février 2026.

(5) Il s'agissait en l'occurrence de La Réunion et de la Corse.

(6) Cour des comptes, rapport de certification des comptes de la sécurité sociale – exercice 2024, pp. 47-48.

Il aura donc fallu attendre plus de deux ans après la fin de la crise pour que les contrôles soient reprogrammés. Cette tardiveté est d'autant plus problématique que la **situation financière des hôpitaux ne cesse de se dégrader** : selon la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, le déficit des hôpitaux s'est établi à 2,9 milliards d'euros en 2024 en dégradation de 500 millions d'euros par rapport à 2023 (2,4 milliards d'euros) ⁽¹⁾. La rapporteure partage pleinement l'avis du comité d'alerte qui qualifie régulièrement la question du déficit des hôpitaux de « *point de fuite majeur de [l'objectif national de dépenses d'assurance maladie]* » ⁽²⁾. Or, l'on rappellera qu'en 2019, soit la dernière année avant la suspension des contrôles, la tarification à l'activité représentait 58 % du total du préjudice lié aux établissements de santé, soit 51,8 millions d'euros ⁽³⁾.

S'agissant de l'évaluation de la fraude aux indemnités journalières, des progrès ont été enregistrés depuis le rapport de certification de la Cour des comptes pour l'exercice 2024. Des travaux ont permis d'estimer le taux de fraude à 1,8 % sur la base d'un échantillon de 7 000 arrêts de travail, **soit environ 230 millions d'euros** ⁽⁴⁾. Il en ressort une distinction selon deux grandes catégories : d'une part, la poursuite d'activités non autorisées pendant les arrêts de travail, et, d'autre part les faux documents d'arrêt de travail. Ces constats ont fondé la généralisation de la transmission des arrêts de travail rédigés au moyen d'un formulaire homologué sur papier sécurisé ⁽⁵⁾. Force est pourtant de noter que cette généralisation est encore très inaboutie d'où des zones d'incertitudes.

● Du point de vue des incertitudes budgétaires qui font l'objet de la présente commission d'enquête, les éléments qui viennent d'être exposés appellent plusieurs observations très paradoxales.

En premier lieu, **il faut se féliciter des progrès intervenus récemment dans l'évaluation de la fraude, particulièrement depuis 2020** – d'où les regrets réitérés de la rapporteure sur le retard en ce domaine. Dans son rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2023, la Cour des comptes relevait déjà que les estimations étaient « *plus nombreuses, mais encore très partielles* » ⁽⁶⁾. Depuis lors, une estimation globale a été produite par le Haut Conseil du financement de la protection sociale, ce qui constitue une avancée substantielle. Des efforts réels ont été consentis par les caisses, avec environ un millier d'agents supplémentaires dédiés à la lutte contre la fraude et un

(1) Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, « *Les établissements de santé en 2024 – édition 2026* », 20 mai 2026.

(2) Comité d'alerte sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie, avis n° 2025-4 sur le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie du 4 novembre 2025, p. 7.

(3) Rapport n° 3003 de M. Pascal Brindeau au nom de la commission d'enquête relative à la lutte contre les fraudes aux prestations sociales, 8 septembre 2020, p. 142.

(4) Haut Conseil du financement de la protection sociale, Note annuelle de suivi et d'évaluation des fraudes sociales, janvier 2026, pp. 12-13.

(5) Cette généralisation est prévue à l'article R. 321-2 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction résultant du décret n° 2025-587 du 28 juin 2025 relatif à la transmission des avis d'arrêt de travail.

(6) Cour des comptes, rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, « *La lutte contre les fraudes aux prestations sociales : une action plus dynamique à renforcer encore* », mai 2023, p. 229.

investissement d'un milliard d'euros dans la modernisation des systèmes d'information à l'horizon 2027⁽¹⁾. Les résultats publiés par les caisses et par le Gouvernement traduisent ces progrès⁽²⁾.

Le rapport de certification de l'exercice 2025 de la Cour des comptes vient toutefois tempérer une certaine autosatisfaction récurrente des différents intervenants auditionnés, en particulier en référence au tableau d'évolution des indicateurs de risque résiduel suite aux contrôles menés entre 2023 et 2025. Celui-ci fera l'objet d'un développement plus avant.

Le montant de la fraude détectée par l'assurance maladie a progressé de 35 % en 2024, à près de 630 millions d'euros. Sur cette somme, les dépenses évitées de façon préventive atteignent 263 millions d'euros. Un effort particulier a eu lieu contre les faux arrêts de travail. La progression est moins marquée dans les branches famille et vieillesse avec une hausse respective de 20 % et 3,8 %.

L'année suivante, en 2025, les **fraudes détectées ou évitées par la Caisse nationale de l'assurance maladie ont progressé d'environ 15 % pour atteindre 723 millions d'euros**⁽³⁾. Cette croissance s'explique essentiellement par l'amélioration de la détection plutôt que par une plus grande efficacité dans la prévention : le montant de fraude évitée s'est élevé à 286 millions d'euros (+ 8,7 % par rapport à 2024). Si la moitié des fraudes détectées est commise par des assurés, 84 % des montants en cause concernent les manœuvres de professionnels de santé.

Les **fraudes détectées par la branche famille en 2025 ont représenté 509 millions d'euros pour le seul régime général**, en hausse de 13 % par rapport à 2024. Plus d'un tiers des montants détectés concernent une dissimulation de ressources ou de fausses déclarations. Plus d'un quart d'entre eux résultent de la fraude à la résidence. Lors de son audition, M. Thomas Audigé, chef de l'Inspection générale des affaires sociales a indiqué que ses équipes étaient en train de mener une mission spécifique sur « *le contrôle de la condition de résidence attachée à certains droits sociaux* »⁽⁴⁾. La rapporteure regrette que, malgré ses sollicitations, l'Inspection générale ait indiqué ne pas être en mesure de fournir les conclusions de cette mission, qui n'était pas terminée à la date de rédaction du présent rapport, ni même une note intermédiaire faisant état de l'avancée des travaux.

La Caisse nationale d'assurance vieillesse a quant à elle détecté ou évité 255 millions d'euros de préjudice, en hausse de 18 % par rapport à 2024. Les

(1) Note de nos collègues Sandra Delannoy, Patrick Hetzel et Gérauld Verny en vue du débat sur le thème : « *La lutte contre les fraudes aux prestations sociales : quel bilan quatre ans après la commission d'enquête ?* », séance thématique réservée au groupe Droite Républicaine, 25 mars 2025.

(2) Les données présentées proviennent du bilan de la lutte contre toutes les fraudes pour l'année 2024, publié le 14 mars 2025 par le Gouvernement, ainsi que du communiqué de presse du Gouvernement du 8 avril 2026 sur les fraudes fiscales et sociales.

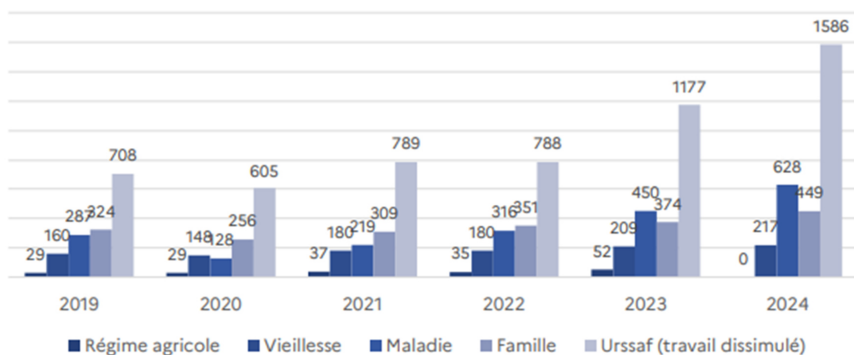
(3) Communiqué de presse de l'assurance maladie, « *En 2025, l'assurance maladie a détecté et stoppé 723 millions d'euros de fraude* », 17 avril 2026.

(4) Audition de M. Thomas Audigé, chef de l'Inspection générale des affaires sociales, 23 février 2026.

fraudes les plus importantes concernent la résidence, les ressources, les paiements et la situation familiale.

S'agissant du recouvrement enfin, les **montants détectés au titre du travail dissimulé ont connu une forte progression entre 2023 et 2024 (+ 35 %)**. La courbe a toutefois marqué le pas en 2025 selon les informations disponibles à la date de rédaction du présent rapport. Le montant redressé l'année dernière était légèrement inférieur à son niveau de 2024 pour se monter à 1,5 milliard d'euros.

**ÉVOLUTION DES MONTANTS DE FRAUDE DÉTECTÉS
PAR LES CAISSES DE SÉCURITÉ SOCIALE (RÉGIMES GÉNÉRAL ET AGRICOLE)**



Source : bilan de lutte contre toutes les fraudes, 2024.

En second lieu, **la fraude non évaluée constitue toujours une zone d'ombre dans les comptes de la sécurité sociale**. Les lacunes de périmètre que l'on vient de recenser signifient que le potentiel d'économie est très probablement sous-évalué. C'est, en soi, une incertitude budgétaire qu'il convient de dissiper. En outre, **la confusion fréquente entre évaluation des sommes fraudées et recettes mobilisables** à travers les outils de recouvrement alimente dans le débat public **l'illusion que la seule lutte contre la fraude pourrait combler le déficit de la sécurité sociale**. Le rapport du Haut Conseil du financement de la protection sociale met en garde contre cette « *appréciation souvent erronée* » ⁽¹⁾.

Enfin, **les données relatives à la branche autonomie sont parcellaires, sinon inexistantes**. Cela tient notamment, outre la relative jeunesse de cette branche, à l'absence de culture et de prise en compte du risque de fraude par les départements et les maisons départementales des personnes handicapées. Cette situation peut s'expliquer par le positionnement particulier de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie qui n'est pas à proprement parler une tête de réseau. Comme l'a indiqué son directeur général Maëlig Le Bayon, « *compte tenu de nos spécificités et de nos moyens, nous avons deux options [en matière de lutte contre la fraude]. Nous pouvions ne rien faire, ce qui était inenvisageable au regard de*

(1) Haut Conseil du financement de la protection sociale, « Lutte contre la fraude sociale – état des lieux et enjeux », 2024, p. 14.

nos obligations légales. Ou bien, nous pouvions faire le maximum dans le respect de notre compétence légale, c'est-à-dire outiller notre réseau composé des agences régionales de santé, des départements et des maisons départementales des personnes handicapées. Les outils des départements et des maisons départementales, en particulier, étaient soit inexistantes, soit fragiles et insatisfaisants. Notre travail a consisté (...) à sécuriser nos flux et nos échanges avec les branches, notamment s'agissant des contrôles »⁽¹⁾.

Sur les deux principales prestations financées partiellement par la branche autonomie, l'allocation personnalisée d'autonomie et la prestation de compensation du handicap, un nombre très faible de fraudes a été détecté et seulement très récemment. Selon M. Jean-Michel Lamiaux, responsable de la mission de contrôle interne et de conformité de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, « *de janvier 2023 à avril 2025, période couverte par la dernière enquête, 346 cas de fraudes à la prestation de compensation du handicap ont été recensés par les maisons départementales sur un total de 407 000 bénéficiaires, et 26 cas de fraudes à l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé pour 474 000 bénéficiaires* »⁽²⁾. Ces données ne s'accompagnent pas d'une estimation des montants en cause.

Face à ces défis, la rapporteure recommande de compléter urgemment le périmètre d'évaluation de la fraude en y intégrant notamment les champs non couverts de l'assurance maladie, les recettes fiscales affectées et les travailleurs indépendants classiques, ainsi que les chiffres concernant la branche autonomie. Elle préconise également la mise en place d'un indicateur destiné à mesurer le degré de complétude du champ couvert par l'évaluation.

Recommandation n° 43 : accélérer et intensifier les travaux de complétion du périmètre d'évaluation de la fraude sociale en intégrant les champs non couverts de l'assurance maladie et de la branche recouvrement (travailleurs indépendants et recettes fiscales affectées) et en produisant des données consolidées pour la branche autonomie.

Recommandation n° 44 : développer un indicateur de complétude du périmètre couvert par les évaluations.

3. La fraude en bande organisée devient de plus en plus prégnante

a. Une sophistication croissante des schémas de fraude qui frappent au premier chef les branches maladie et recouvrement

● Les auditions de la commission d'enquête ont vu émerger un consensus sur la sophistication des schémas de fraudes et le développement exponentiel des infractions perpétrées en bande organisée. La fraude simple, commise par un individu isolé exploitant une faille dans le système déclaratif, coexiste désormais avec une activité organisée, orchestrée par des réseaux, couvrant une large partie du

(1) *Audition de M. Maëlig Le Bayon, directeur général de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, 29 janvier 2026.*

(2) *Ibid.*

territoire, parfois en lien avec des organisations criminelles. Comme l'a souligné M. Éric Belfayol, chef de la mission interministérielle de coordination anti-fraude, les fraudeurs « *passent d'un dispositif à un autre, notamment au travers de sociétés éphémères* »⁽¹⁾. Toujours selon M. Belfayol, « *la fraude organisée se distingue de la fraude simple ou peu massive, pour laquelle les moyens habituels suffisent. Elle nécessite le partage d'informations, la définition de stratégies communes et une grande réactivité* »⁽²⁾.

Ce constat est partagé par M. Dominique Libault pour qui, « *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* »⁽³⁾.

● Plusieurs cas documentés illustrent cette sophistication qui, bien que répandue dans les différentes activités de la sécurité sociale, semble affecter particulièrement la branche recouvrement et l'assurance maladie.

Comme l'a rappelé M. Marc Scholler, directeur délégué à l'audit aux finances et à la lutte contre la fraude de la Caisse nationale de l'assurance maladie, cette dernière a « *constaté des fraudes aux tests antigéniques en 2022, puis d'autres impliquant des centres de santé en 2023 et d'autres encore aux audioprothèses en 2024. Cette année, ce sont les véhicules pour handicapés qui sont concernés. Dès qu'une nouvelle dépense publique est créée, des acteurs extérieurs au système s'y greffent pour la détourner à leur profit* »⁽⁴⁾.

De fait, les exemples donnés par les personnes auditionnées illustrent le **risque afférent au développement du « 100 % Santé » et à l'élargissement du tiers-payant** qui, s'ils se justifient au regard des objectifs d'une meilleure couverture santé des assurés et d'un moindre renoncement aux soins, n'en constituent pas moins des points de vulnérabilité qu'exploitent des réseaux criminels organisés. Ces fraudes sont souvent commises au détriment des assurés eux-mêmes.

(1) Audition de M. Éric Belfayol, chef de la mission interministérielle de coordination anti-fraude, 23 février 2026.

(2) Ibid.

(3) Audition de M. Dominique Libault, président du Haut Conseil du financement de la protection sociale, 12 février 2026.

(4) Audition de la Caisse nationale de l'assurance maladie, 27 janvier 2026.

La réforme du « 100 % Santé »

Inscrite dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019⁽¹⁾, la réforme du « 100 % Santé » visait à supprimer le reste à charge des assurés sur les trois postes de soins identifiés comme les principaux foyers de renoncement pour motif financier : l'optique, les prothèses dentaires et les aides auditives. Elle repose sur la définition de « paniers » d'équipements de qualité aux prix de vente plafonnés et sur leur prise en charge intégrale répartie entre l'assurance maladie obligatoire et les organismes complémentaires au travers du cahier des charges des contrats dits « solidaires et responsables », qui représentent environ 95 % des contrats commercialisés. Déployée progressivement à compter du 1^{er} janvier 2019, la réforme est pleinement en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2021 pour l'ensemble des trois secteurs. Elle a été étendue, le 1^{er} décembre 2025, aux fauteuils roulants.

Le bilan de la réforme témoigne d'une progression significative du recours aux soins⁽²⁾. Le nombre de personnes appareillées en audioprothèses a augmenté de 75 % entre 2019 et 2021, avec un taux de pénétration du panier « 100 % Santé » atteignant environ 40 % des recourants. En dentaire, le recours aux prothèses a progressé de 17 %, avec un taux de pénétration stabilisé à environ 56 % depuis 2021. En optique, le taux de pénétration du panier sans reste à charge atteint environ 20 % en 2023. Cette même année, les dépenses sans reste à charge au titre du « 100 % Santé » s'élevaient à 4,3 milliards d'euros, dont 80 % au titre des prothèses dentaires. La réforme a contribué à la réduction du reste à charge global des ménages, passé de 8,4 % de la consommation de soins et de biens médicaux en 2019 à 7,5 % en 2023.

Le dispositif a toutefois ouvert des failles en matière de fraude, en particulier dans le champ de l'audioprothèse où la combinaison du tiers payant intégral, de l'absence d'entente préalable et d'une réglementation professionnelle jugée insuffisante a facilité les pratiques frauduleuses à grande échelle.

(1) Article 51 de la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019.

(2) Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, « La réforme du 100 % Santé en optique et en prothèses auditives et dentaires », fiche 29, Les dépenses de santé en 2022, édition 2023. Données actualisées dans Les dépenses de santé en 2023, édition 2024.

Toujours selon M. Marc Scholler, « les auteurs de fraudes sont plus professionnels et organisés. Ils utilisent les réseaux sociaux pour recruter des "mules" dans le trafic de médicaments. Ce nouveau format, plus complexe, est plus difficile à estimer que les fraudes habituelles, commises par les professionnels de santé ou les assurés »⁽¹⁾. Ces propos font écho à plusieurs exemples rapportés par le Haut Conseil du financement de la protection sociale dans son rapport précité : le trafic de médicaments anticancéreux, dirigé au moyen de la messagerie cryptée Telegram, voit des réseaux recruter des patients contre la promesse d'une rémunération de « plusieurs centaines d'euros par jour » en échange de fausses ordonnances exploitant le dispositif de tiers payant intégral⁽²⁾.

(1) *Ibid.*

(2) Haut Conseil du financement de la protection sociale, « Lutte contre la fraude sociale – état des lieux et enjeux », 2024, p. 157.

La fraude organisée repose donc à la fois sur les outils informatiques qui autorisent l'ouverture ou l'exercice des droits de façon dématérialisée et sur un cadre juridique généreux, voire permissif.

Il est à noter que la majorité des fraudes, qu'elles aient lieu dans des cabinets ou en centre, concernent des domaines habituellement mal remboursés par la sécurité sociale et nécessitent, par conséquent, des mutuelles complémentaires, notamment dans les secteurs de la vision, de l'audition, de la dentisterie et de l'appareillage.

Comme le rappelle la Caisse nationale de l'assurance maladie, l'enjeu est double ⁽¹⁾ :

– un **enjeu de qualité de soins**. Le suivi des patients est nécessaire à la bonne adaptation et au bon réglage des appareils dans la durée pour qu'ils soient efficaces. Par exemple, des aides auditives mal réglées ou non délivrées privent les assurés de l'appareillage dont ils ont besoin, provoquant une perte de chance ;

– un **enjeu financier**. La mission de l'assurance maladie consiste à rembourser les équipements de ceux qui en ont réellement besoin.

De ce point de vue, le remboursement intégral des fauteuils roulants ⁽²⁾, en vigueur depuis le 1^{er} décembre 2025, doit conduire les pouvoirs publics à redoubler de vigilance afin que ce nouvel élargissement du tiers-payant ne se traduise pas par un accroissement de la prévalence de la fraude.

Recommandation n° 45 : assurer un suivi spécifique des nouveaux dispositifs de tiers payant, en particulier s'agissant de la prise en charge des fauteuils roulants.

En ce qui concerne le recouvrement, la fraude à l'affiliation des travailleurs indépendants fait l'objet, depuis 2024, d'un dispositif renforcé grâce au Centre national d'affiliation. En 2025, 7 244 dossiers d'affiliation ont été rejetés avant enregistrement et 9 981 comptes ont été radiés après leur inscription pour usurpation d'identité ou fraude documentaire ⁽³⁾.

Le Haut Conseil du financement de la protection sociale rapporte également l'expérience de l'Union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales de Provence-Alpes-Côte d'Azur qui a mis en lumière des nébuleuses d'entreprises éphémères reliées par des « hommes de paille », dont les dirigeants, qui présentaient des liens familiaux et personnels, recouraient à de faux

(1) Caisse nationale de l'assurance maladie, réponse au questionnaire de la rapporteure.

(2) Arrêté du 10 octobre 2025 portant modification des modalités de prise en charge de dispositifs médicaux et prestations associées pour la prise en charge des véhicules pour personnes en situation de handicap (VPH) aux titres I et IV de la liste des produits et prestations remboursables prévue à l'article L. 165-1 (LPP) du code de la sécurité sociale.

(3) Agence centrale des organismes de sécurité sociale, dossier de presse sur les résultats 2025 de la lutte contre la fraude.

relevés d'identité bancaire et à de fausses factures, voire à des vols de cartes d'identités ⁽¹⁾.

b. La réponse à ce type de fraude progresse mais doit encore être renforcée

Les organismes de sécurité sociale ont renforcé leurs outils de détection et de lutte contre les fraudes complexes. Sur le plan organisationnel d'abord, les branches famille et maladie se sont dotées d'organismes de coordination à la maille nationale ou interrégionale.

● En 2021, la Caisse nationale des allocations familiales a créé un service national de lutte contre la fraude à enjeux. Il s'agit d'une unité d'enquête nationale, aujourd'hui pilotée par une responsable à l'aide d'une coordinatrice de projets. Elle est composée de trente-trois contrôleurs nationaux qu'encadrent trois chefs d'équipe et qui sont dotés de prérogatives de police judiciaire, de trois experts de la donnée (*data scientists*), d'une juriste spécialisée en droit pénal et d'un juriste spécialisé en réglementation des données personnelles ⁽²⁾.

Ce service spécialisé a pris une part croissante dans la réponse de la branche famille afin d'appréhender plus globalement des schémas très subtils, organisés et dépassant le ressort départemental des caisses d'allocations familiales. Le croisement progressif de données à l'aide d'un outil dédié lui permet de détecter de nouveaux schémas de fraudes et d'alimenter utilement les caisses d'allocations familiales aux fins de contrôle. Selon les données de la Caisse nationale des allocations familiales, **la part des indus frauduleux issus du service national de lutte contre la fraude à enjeux compte aujourd'hui pour 30 % du total détecté par la branche**. L'incidence financière totale des contrôles issus de ce service progresse de manière continue, de 48 millions d'euros en 2021 à 166 millions d'euros en 2024, soit une augmentation de 244 % en trois ans. Le volume total des contrôles effectués suit une dynamique similaire, passant de 5 782 en 2021 à 20 283 en 2024.

C'est d'ailleurs notamment le croisement de fichiers tel qu'opéré par le service national de lutte contre la fraude à enjeux qui explique ses bonnes performances. Le non-croisement – parfois inexplicable – de certains fichiers dans d'autres domaines, comme celui des personnes non-affiliées aux systèmes nationaux, apparaît d'autant plus coupable. Comme l'a indiqué M. Philippe Vincent, président de la Compagnie nationale des commissaires aux comptes, devant la commission : *« plus les opérateurs de l'État utilisant des données cruciales seront disposés à les corrélérer pour s'assurer de l'identité d'une personne, ou du fait qu'elle est toujours bénéficiaire, ou qu'elle n'est pas décédée, ou qu'elle n'est pas partie à l'étranger, plus grande sera l'interopérabilité et plus les*

(1) *Ibid*, p. 158.

(2) Caisse nationale des allocations familiales, réponse au questionnaire de la rapporteure.

organismes seront en mesure de cerner et de limiter la fraude, même si la créativité humaine est telle qu'à tout schéma repéré succède un autre »⁽¹⁾.

D'envergure nationale, ce service a pour mission de concourir à la dimension partenariale de la lutte anti-fraude avec les organismes nationaux de protection sociale que sont les autres caisses nationales et France Travail, les services de renseignement tels que Tracfin et l'unité de coordination de la lutte antiterroriste, les services d'enquêtes spécialisés de police et de gendarmerie tels que la direction nationale de la police aux frontières et l'office central de lutte contre le travail illégal, ainsi que le parquet. Il travaille naturellement en étroite collaboration avec la mission interministérielle de coordination anti-fraude.

Recommandation n° 46 : renforcer les moyens du service national de lutte contre la fraude à enjeux qui a démontré son intérêt dans la lutte contre la fraude organisée.

● La Caisse nationale de l'assurance maladie s'est dotée d'une **unité de coordination et d'investigations des fraudes émergentes** constituée au sein de la direction déléguée de l'audit, des finances et de la lutte contre la fraude. Sa mission est d'assurer une veille en matière de risque « cyber », d'identifier les nouveaux mécanismes frauduleux et d'accompagner les caisses primaires dans leur action.

Par ailleurs, **six pôles interrégionaux d'enquêteurs judiciaires** sont chargés de la détection de procédures et de mécanismes frauduleux et de l'investigation de dossiers de fraudes d'ampleur nationale. Ils sont rattachés aux caisses primaires d'assurance maladie de Blois, Grenoble, La Rochelle, Lille-Douai, Marseille et Paris.

● La supervision qu'assure la mission interministérielle de coordination anti-fraude au travers des groupes opérationnels nationaux antifraude structure l'action entre les services d'enquête administratifs et judiciaires.

● Ces réformes organisationnelles ont eu lieu à la suite d'évolutions législatives élargissant les compétences des organismes de sécurité sociale en matière de lutte contre la fraude. Le service national de lutte contre la fraude à enjeux de la Caisse nationale des allocations familiales et les pôles interrégionaux d'enquêteurs judiciaires de l'assurance maladie bénéficient, par exemple, des dispositions de l'article L. 114-22-3 du code de la sécurité sociale qui octroient des prérogatives de police judiciaire aux contrôleurs des organismes de sécurité sociale⁽²⁾.

Comme l'a rappelé M. Éric Belfayol, « *une des raisons fondamentales de cette proposition est que les services judiciaires sont parfois mal dotés pour traiter,*

(1) *Audition de MM. Philippe Vincent, président de la Compagnie nationale des commissaires aux comptes, Maximilien Mézard, directeur de cabinet et délégué général, et Cyril Brogniart, directeur des hubs public, économie, protection sociale et services financiers du cabinet Grant Thornton, 27 janvier 2026.*

(2) *Créé par l'article 98 de la loi n° 2022-1616 du 23 décembre 2022 de financement de la sécurité sociale pour 2023.*

sur le plan technique, des fraudes qui ne correspondent pas au périmètre habituel des infractions qu'ils traitent, comme les atteintes aux personnes ou aux biens. Il est donc nécessaire de "préjudiciariser" l'action des enquêteurs des organismes de protection sociale. En effet, avec de telles prérogatives de police judiciaire, on peut activer l'article 28, alinéa 3, du code de procédure pénale, qui prévoit la mise en place d'équipes mixtes entre les services de police ou de gendarmerie et les organismes de protection sociale pour travailler dès l'origine sur des enquêtes, d'initiative ou à la demande du parquet ».

Il faudra malgré tout veiller à ce que la multitude des dispositifs nouveaux et manifestement performants n'en vienne pas, à un moment donné, à devenir contre-productive en raison de leur complexité.

Recommandation n° 47 : répliquer le modèle du service national de lutte contre la fraude à enjeux dans l'ensemble des branches et accroître le lien de ces structures avec la mission interministérielle de coordination anti-fraude sous l'autorité d'un ministre chargé de la lutte contre la fraude.

• Ces mesures ont suscité des progrès dans la lutte contre la fraude, notamment celle émanant des centres de santé.

Les mesures mises en place par l'assurance maladie contre la fraude aux audioprothèses

L'assurance maladie a diligenté un grand nombre de contrôles ayant pour objectif de détecter tous types d'anomalies et suspicions de fraudes en matière d'audioprothèses (facturation d'actes fictifs, facturations multiples injustifiées, incompatibilités de prise en charge, délivrance par du personnel non diplômé, etc.). Ces actions ont été déployées à chaque étape du processus et en collaboration avec les représentants de la profession :

En amont, les *contrôles des demandes de conventionnement* ont été renforcés avec 100 refus prononcés en 2024 pour des centres ne respectant pas les critères d'installation (absence de local ou de personnel diplômé).

Pour *sécuriser la facturation* à l'assurance maladie, l'audioprothésiste doit depuis le 1^{er} janvier 2025, sauf rares exceptions, établir une *facture avec la carte Vitale des assurés pour pratiquer le tiers payant* à leur profit (et donc leur éviter une avance de frais). Cette mesure issue de l'avenant n° 1 à la convention des audioprothésistes, signé le 18 octobre 2024, a provoqué une accélération massive de la part de facturation en flux sécurisé, passée de 45 % au dernier trimestre 2024 à plus de 95 % depuis mars 2025.

En aval, les *contrôles des factures* ont été affermis. 55 000 factures ont été vérifiées en 2024, aboutissant au rejet de 20 000 d'entre elles pour 31 millions d'euros de préjudice évité. Enfin, 30 centres aux pratiques répréhensibles ont été déconventionnés en 2024, privant les fraudeurs de toute possibilité de facturer des actes remboursables.

Source : Caisse nationale de l'assurance maladie.

Un groupe de travail interministériel, mis en place par la mission interministérielle de coordination anti-fraude en 2022, a coordonné l'action des agences régionales de santé, de la Caisse nationale de l'assurance maladie, de la

direction générale des finances publiques et des parquets pour des opérations simultanées visant de tels centres. L'action en bonne entente des pouvoirs publics est cruciale dans la lutte contre ces pratiques puisque des actions isolées sur certains membres d'un réseau ont pour effet d'alerter les autres acteurs du réseau ⁽¹⁾.

Ainsi, le parquet du tribunal judiciaire de Paris a fait état de la mise en examen, le 25 mars 2026, de sept personnes soupçonnées d'avoir commis des fraudes à l'assurance maladie à travers dix-huit centres de santé pour un montant estimé à 58 millions d'euros ⁽²⁾.

Cette affaire a participé de la très forte progression des montants détectés par l'assurance maladie sur les centres de santé. Ceux-ci sont passés de 39 à 138 millions d'euros entre 2024 et 2025 ⁽³⁾.

Les centres de santé : un exemple banal de fraude en bande organisée

Le 10 avril 2025, l'Office central de lutte contre le travail illégal a été alerté par la Caisse nationale de l'assurance maladie de fraudes en série dans des centres de santé associatifs. Cette information a conduit le parquet de la juridiction interrégionale spécialisée de Paris à ouvrir une enquête en septembre 2025, puis une information judiciaire le 23 décembre suivant.

Selon les investigations de l'Office central de lutte contre le travail illégal et du pôle interrégional d'enquêteurs judiciaires de l'assurance maladie, plusieurs centres de santé, en particulier de soins dentaires, procédaient à une facturation d'actes fictifs établis au nom de bénéficiaires de la complémentaire santé pour des montants dépassant très largement le tarif de responsabilité servant de base au remboursement par l'assurance maladie. Des prête-noms et une flotte de téléphones dédiés étaient utilisés pour l'ouverture de comptes, essentiellement depuis Neuilly-sur-Seine. La facturation pour le centre de santé marseillais impliqué dans l'affaire était, par exemple, en partie effectuée au nom d'un dentiste décédé depuis 2021. Les assurés au titre desquels ces actes avaient été facturés n'en ont jamais bénéficié.

Le préjudice estimé pour l'assurance maladie s'élèverait à 58 millions d'euros. À la date du 26 mars 2026, environ 300 000 euros avaient été saisis et des gels de crédits étaient en cours.

Source : communiqué de presse de la procureure de la République près le tribunal judiciaire de Paris, 26 mars 2026.

(1) *Audition de M. Éric Belfayol, chef de la mission interministérielle de coordination anti-fraude, 23 février 2026.*

(2) *Communiqué de presse de la procureure de la République près le tribunal judiciaire de Paris, 26 mars 2026.*

(3) « *Fraudes fiscales et sociales : plus de 20 milliards d'euros détectés et redressés en 2025* », communiqué de presse du Gouvernement, 8 avril 2026.

4. L'efficacité de la lutte contre la fraude suppose une amélioration du recouvrement et une prévention accrue, massive, coordonnée et urgente

a. Un taux de recouvrement structurellement faible et hétérogène entre les branches

Les données montrent un **taux de recouvrement des sommes redressées de l'ordre de 33 % en 2024** (680 millions d'euros sur plus de 2,1 milliards d'euros) ⁽¹⁾.

Certes, sur ces 2,1 milliards d'euros, le Haut Conseil du financement de la protection sociale évaluait les préjudices subis à 1,7 milliard d'euros et les préjudices évités à un peu moins de 500 millions d'euros, de sorte que **le taux de recouvrement des sommes réellement engagées par les organismes de sécurité sociale était plus proche de 40 %**. Toutefois, l'étude des **montants estimés de la fraude** montre que **le taux de recouvrement est en réalité dix fois moins élevé (à peine 4,5 %)**. Derrière ce taux global se cachent des disparités considérables entre branches qui tiennent, au moins partiellement, à des facteurs structurels liés à la nature des prestations et des missions gérées davantage qu'à des écarts de performance de gestion.

- Les Unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales ne recouvrent qu'environ 10 % des sommes redressées au titre de la lutte contre le travail dissimulé. Cette limite est liée à la nature même de la fraude aux cotisations : l'employeur est le plus souvent une personne morale susceptible de s'évaporer en organisant son insolvabilité avant que les organismes ne puissent agir. Comme l'a rappelé M. Dominique Libault, le recouvrement *« 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 »* ⁽²⁾.

- À l'opposé du spectre, la **Caisse nationale des allocations familiales parvient à recouvrer environ 75 % des indus frauduleux** redressés sur une période de quarante-huit mois, grâce au mécanisme de retenue sur les prestations à venir. Comme l'indique M. Nicolas Grivel, directeur général de la Caisse nationale des allocations familiales, *« dans les cas d'indus frauduleux détectés, des procédures de recouvrement sont engagées. De manière générale, notre capacité de recouvrement des indus est bonne parce que nous y accordons beaucoup d'importance et que nous avons la capacité de récupérer les indus sur nos propres*

(1) Haut Conseil du financement de la protection sociale, note annuelle de suivi et d'évaluation des fraudes sociales, janvier 2026.

(2) Audition de M. Dominique Libault, président du Haut Conseil du financement de la protection sociale, 12 février 2026.

prestations. Quand les personnes concernées restent bénéficiaires, nous leur notifions l'indu et nous établissons un plan de remboursement personnalisé, en fonction duquel la somme est prélevée sur les prestations pendant quelques mois »⁽¹⁾.

Les indus frauduleux apparaissent sans surprise plus difficiles à recouvrer que les indus non frauduleux. Comme l'a souligné Mme Lorraine Canton, responsable de la sécurisation des activités à la direction comptable et financière de la Caisse nationale des allocations familiales, « *le délai moyen de recouvrement d'un indu standard était de 4,4 mois. Dans le cas d'un indu frauduleux, le délai moyen est de 20 mois. Le montant des indus frauduleux étant plus élevé, atteignant en moyenne 9 000 euros quand celui d'un indu standard était de moins de 600 euros, il faut plus de temps pour les recouvrer* »⁽²⁾.

Toutefois, M. Nicolas Grivel a indiqué que ces chiffres pourraient évoluer dans les années qui viennent, à mesure que la lutte contre la fraude organisée monte en puissance : « *ceux qui commettent ce type de fraudes s'organisent aussi pour que le recouvrement soit difficile, voire impossible, en partant à l'étranger ou en se plaçant dans des situations particulières* »⁽³⁾, raisons pour laquelle un service spécialisé pour le recouvrement lié aux départs à l'étranger est en cours de constitution.

● **La branche vieillesse présente un taux de recouvrement des indus frauduleux compris entre 80 et 85 %.** Elle bénéficie du même avantage structurel que la branche famille : la possibilité de retenir des sommes sur le montant des prestations à venir. Paradoxalement, de tels résultats n'impliquent pas des sommes redressées forcément recouvrées rapidement.

Comme l'a précisé M. Renaud Villard aux membres de la commission d'enquête, « *la particularité de la branche retraite est d'avoir un recouvrement des indus excellent car nous versons des rentes viagères. Lorsque nous devons récupérer une certaine somme, nous nous servons sur la rente : on peut ainsi recouvrer l'indu pendant parfois plusieurs années, si bien que cela n'apparaît pas dans l'année même. Au global, si l'on compare les montants des indus frauduleux notifiés et des indus recouverts, le taux de recouvrement est de très bonne facture. En revanche, il est vrai que nous ne recouvrons pas tout l'année même : nous procédons à un étalement. Lorsque vous notifiez par exemple 15 000 euros d'indus frauduleux, il est beaucoup moins efficace d'envoyer un huissier que de ponctionner 400 euros sur la pension de retraite pendant cinq ans* »⁽⁴⁾.

(1) *Audition de M. Nicolas Grivel, directeur général de la Caisse nationale des allocations familiales, 28 janvier 2026.*

(2) *Ibid.*

(3) *Ibid.*

(4) *Audition de M. Renaud Villard, directeur général de la Caisse nationale d'assurance vieillesse, 28 janvier 2026.*

Le recouvrement des indus frauduleux de la branche vieillesse : un désaccord méthodologique entre la Cour des comptes et la Caisse nationale

Dans son rapport annuel sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2023, la Cour des comptes relève que « *le système d'information de l'assurance vieillesse ne permet pas de connaître le taux de recouvrement des indus par année d'émission* »⁽¹⁾. Autrement dit, la Caisse nationale d'assurance vieillesse ne dispose pas d'un suivi permettant de suivre chaque indu notifié une année donnée jusqu'à son recouvrement complet. Les magistrats estiment que cette lacune empêche toute évaluation fiable de la performance du recouvrement des créances frauduleuses.

Entendu par la commission d'enquête, le directeur général de la Caisse nationale d'assurance vieillesse, M. Renaud Villard, conteste cette appréciation. La branche retraite mesure son taux de recouvrement en *agrégé*, en rapportant le montant total des indus recouvrés une année donnée au montant total des indus notifiés l'année précédente. Selon cette méthode, le taux de recouvrement se situe entre 80 % et 85 %. M. Villard fait valoir que la spécificité de la branche vieillesse, qui verse des rentes viagères, autorise un recouvrement par retenues successives sur la pension, étalé sur plusieurs années. Cette particularité explique un taux apparemment faible en année courante mais un recouvrement effectif élevé dans la durée.

Le désaccord porte donc moins sur les montants effectivement recouvrés que sur la méthodologie employée. La Cour exige un suivi par cohorte d'émission, seul à même d'établir un taux de recouvrement final fiable. La Caisse nationale d'assurance vieillesse oppose un indicateur agrégé qu'elle juge plus représentatif de sa performance réelle. En l'absence de convergence sur ce point, l'évaluation réelle du recouvrement des indus frauduleux de la branche vieillesse demeure un angle mort de l'information du Parlement.

(1) *Cour des comptes, rapport d'application sur les lois de financement de la sécurité sociale, chapitre VII, mai 2023, p. 246.*

● La **branche maladie** se trouve dans une position intermédiaire. Si elle est une branche prestataire à la différence de la branche recouvrement, les prestations qu'elle sert ne sont pas toujours récurrentes, ce qui limite la possibilité d'une retenue sur les prestations futures, et font parfois intervenir des personnes morales susceptibles de disparaître dans la nature une fois le préjudice détecté.

Selon M. Thomas Fatôme, directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie, les indus de la branche sont distingués selon qu'ils sont courants, c'est-à-dire « *liés à des erreurs, des omissions, des éléments complexes* » ou selon qu'ils sont frauduleux⁽¹⁾. Pour les premiers, qui représenteraient 93 % du total des indus, ils seraient recouvrés à hauteur de 98 % sous vingt-quatre mois. Les indus frauduleux, soit 7 % du total, sont plus délicats ; leurs recouvrements sont « *parfois liés à de longues procédures judiciaires et pouvant se heurter à des stratégies d'insolvabilité* »⁽²⁾.

(1) *Audition de M. Thomas Fatôme, directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie, 27 janvier 2026.*

(2) *Ibid.*

Ainsi le **taux de recouvrement des indus frauduleux à cinq ans était-il de 54,12 % en 2025 contre 52,69 % en 2024 et 55,27 % en 2023** ⁽¹⁾. Les écarts de performance sont majeurs selon la catégorie de personne concernée : en 2024, le taux de recouvrement est de 33,5 % pour les assurés, de 44,2 % pour les professionnels de santé libéraux, de 89,5 % pour les établissements de santé et de 15,1 % pour les employeurs ⁽²⁾.

• Quant à la **branche autonomie**, les lacunes liées à l'estimation et à la détection des fraudes déjà mises en lumière dans les développements qui précèdent rendent impossible toute analyse des taux de recouvrement des indus frauduleux.

b. Renforcer l'effort sur la prévention sans relâcher la pression sur la détection et la répression

S'il y a des efforts à faire en matière de recouvrement, **les travaux relatifs à la lutte contre la fraude témoignent de l'importance de la prévention, pourtant embryonnaire en France**. Un calcul du Haut Conseil du financement de la protection sociale est éclairant : **réduire la prévalence de la fraude à la source de 10 % susciterait un gain financier de l'ordre de 1,2 milliard d'euros**, soit un peu moins du double du recouvrement effectif actuel ⁽³⁾. Ce chiffre montre qu'un engagement accru en matière de prévention, sans pour autant amoindrir les actions de détection et de répression, peut avoir un rendement supérieur à la seule mobilisation en aval.

Comme le rappelle le Haut Conseil du financement de la protection sociale, prévenir la fraude suppose notamment **d'agir sur la complexité de la norme** ⁽⁴⁾ : un cadre illisible ou permissif est fraudogène ; une loi obscure alimente les interrogations sur l'intention frauduleuse des assurés et des acteurs économiques ; une règle mal conçue crée des difficultés de gestion qui favorisent la fraude.

Comme évoqué précédemment, la **solidarité à la source constitue, à cet égard, un levier structurel de réduction de la fraude déclarative**, dans la mesure où le dispositif de ressources mensuelles substitue des données transmises par des tiers de confiance aux déclarations des bénéficiaires. La direction de la sécurité sociale estime que cette réforme provoquera une réduction de 15 à 16 points du risque d'erreur sur la prime d'activité ⁽⁵⁾. Votre rapporteure a déjà consacré des développements à la solidarité à la source dans la partie du présent rapport relative à la simplification normative, qui précisent les conditions de déploiement et les limites de ce dispositif.

(1) Caisse nationale de l'assurance maladie, réponse au questionnaire de la rapporteure.

(2) Haut Conseil du financement de la protection sociale, Note annuelle de suivi et d'évaluation des fraudes sociales, janvier 2026.

(3) Haut Conseil du financement de la protection sociale, « Lutte contre la fraude sociale – état des lieux et enjeux », 2024, p. 84.

(4) Ibid.

(5) Réponses de la direction de la sécurité sociale au questionnaire de la rapporteure.

Au-delà d'une réforme du cadre juridique et du développement d'outils de gestion performants, **la lutte contre la fraude sociale nécessite une action tous azimuts**. Elle impose aux pouvoirs publics d'appréhender les sous-jacents économiques des secteurs financés par la sécurité sociale et leur évolution dans leur ensemble, en particulier dans un contexte de financiarisation de l'offre qui se rencontre dans l'assurance maladie, mais également dans l'accueil du jeune enfant et l'accompagnement de la perte d'autonomie.

À ce titre, le Gouvernement et le Parlement ont une responsabilité majeure dans la prévention de ces risques. Ils doivent non seulement doter les organismes de sécurité sociale des instruments juridiques adéquats, mais également concevoir des garde-fous limitant les risques en amont. Encore une fois, l'exemple des centres de santé est édifiant. Il montre que le législateur a parfois trop assoupli le cadre d'exercice de certaines activités médicales.

Le cadre juridique applicable aux centres de santé a connu, en l'espace de quinze ans, un mouvement de balancier caractéristique. Avant 2009, l'ouverture d'un centre de santé était subordonnée à un agrément préfectoral délivré après visite de conformité par les autorités administratives. La loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite « HPST », a supprimé cette exigence pour l'ensemble des centres de santé et instauré un régime purement déclaratif, afin de favoriser le développement de ces structures dans les zones sous-dotées. L'ordonnance n° 2018-17 du 12 janvier 2018 a certes introduit un engagement de conformité aux obligations législatives et réglementaires en vigueur ainsi qu'au projet de santé déposé par le centre. Mais cet engagement, transmis par le gestionnaire à l'agence régionale de santé, ne s'est pas accompagné du pouvoir pour cette dernière de refuser l'ouverture : le récépissé délivré suite au dépôt de cet engagement valait autorisation de plein droit de délivrance des soins. Cet allègement normatif a accompagné une croissance rapide du nombre de centres, passé de 1 640 en 2017 à 2 544 en 2021, dont 1 085 centres dentaires contre 677 quatre ans plus tôt ⁽¹⁾. Il a également ouvert la voie à des dérives graves : scandales sanitaires impliquant des centres dentaires ou ophtalmologiques pratiquant des soins mutilants, montages financiers opaques, fraudes massives à l'assurance maladie.

Face à ces dérives, **le législateur a décidé un resserrement en deux temps**. La loi du 19 mai 2023, dite « loi Khattabi » ⁽²⁾, a rétabli l'agrément préalable du directeur général de l'agence régionale de santé, assorti cette fois d'un pouvoir de refus, pour les centres ayant une activité dentaire, ophtalmologique ou orthoptique. L'agrément, d'abord provisoire, ne devient définitif qu'après un an et une éventuelle visite de conformité possiblement inopinée. La loi impose en outre la constitution d'un comité médical ou dentaire, la certification des comptes et la transmission des diplômes et contrats de travail des praticiens. Elle prévoit l'interdiction pendant huit

(1) Rapport n° 514 de notre ancienne collègue Fadila Khattabi sur la proposition de loi visant à améliorer l'encadrement des centres de santé, 23 novembre 2022, p. 8.

(2) Loi n° 2023-378 du 19 mai 2023 visant à améliorer l'encadrement des centres de santé.

ans de toute nouvelle ouverture par un gestionnaire dont un précédent centre a été fermé. L'article 11 de la loi du 27 décembre 2023, dite « Valletoux »⁽¹⁾, a complété ce dispositif en octroyant à l'agence régionale de santé le pouvoir de prononcer la fermeture immédiate d'un centre déconventionné par la caisse primaire d'assurance maladie pour fraude, comblant l'angle mort entre le déconventionnement, qui n'emportait pas interdiction d'exercice, et la fermeture administrative⁽²⁾.

Ces attermolements législatifs auraient vraisemblablement pu être évités si les enjeux de la lutte contre la fraude avaient été mieux pris en compte dès la fin des années 2000. Toutefois, la rapporteure constate qu'il est nécessaire de consolider davantage la régulation des centres de santé. Si les lois « Khattabi » et « Valletoux » ont bien amélioré cadre juridique, celui-ci doit encore être renforcé.

Recommandation n° 48 : renforcer la régulation des centres de santé dans le prolongement des lois dites « Khattabi » et « Valletoux ».

5. La loi relative à la lutte contre les fraudes sociales et fiscales est un jalon nécessaire mais insuffisant

● **La loi relative à la lutte contre les fraudes sociales et fiscales contient plusieurs mesures vouées à résoudre les problèmes précédemment évoqués**⁽³⁾. Certaines d'entre elles sont ciblées sur la fraude en bande organisée. D'une part, l'**article 18** criminalise l'escroquerie aux finances publiques commise en bande organisée, portant la peine encourue de dix à quinze ans de réclusion criminelle⁽⁴⁾. Il permet en outre d'appliquer à cette infraction la procédure pénale spéciale réprimant la criminalité organisée, ce qui donne des pouvoirs d'enquête et d'instruction dérogatoires du droit commun en matière de garde à vue, de perquisition ou d'accès aux messageries électroniques⁽⁵⁾. La navette parlementaire a renforcé la portée de cette mesure en étendant aux personnes physiques coupables d'escroquerie aux finances publiques en bande organisée la peine complémentaire de confiscation générale du patrimoine⁽⁶⁾.

D'autres articles poursuivent l'objectif d'une efficacité accrue du recouvrement des créances frauduleuses. L'**article 21** réinstaura une procédure de flagrance sociale⁽⁷⁾, inspirée de la procédure de flagrance fiscale, autorisant le

(1) Loi n° 2023-1268 du 27 décembre 2023 visant à améliorer l'accès aux soins par l'engagement territorial des professionnels.

(2) Il bis de l'article L. 6323-1-12 du code de la santé publique.

(3) Le projet de loi a été adopté définitivement le lundi 11 mai 2026. À la date de rédaction du présent rapport, sa promulgation était en attente suite à la saisine du Conseil constitutionnel par plus de soixante députés et soixante sénateurs. Les numéros d'articles cités correspondent donc à ceux du projet de loi et non à ceux de la loi qui entrerait en vigueur en cas de conformité totale ou partielle.

(4) L'article 313-2 du code pénal fixe à dix ans d'emprisonnement et à un million d'euros d'amende la peine encourue en cas d'escroquerie aggravée commise en bande organisée.

(5) Prévus aux articles 706-73-1 et suivants du code de procédure pénale.

(6) Amendement n° 162 rect bis de M. Lefèvre, adopté en première lecture au Sénat.

(7) Initialement créée en 2012 mais supprimée en 2017.

directeur d'un organisme de recouvrement à prendre des mesures conservatoires à l'encontre d'un employeur soupçonné de travail dissimulé sur la base d'un procès-verbal établi par un inspecteur des Unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales, sans attendre la saisine du juge de l'exécution ni un échange préalable avec l'employeur contrôlé. Il renforce en outre les mesures de contraintes décernées pour travail dissimulé, qui ouvrent en théorie la voie à un recouvrement forcé des cotisations sociales non payées par l'employeur, mais dont l'efficacité est obérée par de larges garanties procédurales qui offrent la possibilité aux employeurs d'organiser leur insolvabilité avant toute exécution. **L'article 22** permet quant à lui d'engager la solidarité financière du donneur d'ordre vis-à-vis de ses sous-traitants afin de contourner les difficultés de recouvrement liées à l'insolvabilité des entreprises éphémères.

Enfin, le projet de loi comporte des dispositions améliorant la coopération entre les organismes de sécurité sociale, en particulier en matière d'échanges d'informations. **L'article 2** offre aux organismes de protection sociale et aux départements un droit d'accès aux données patrimoniales et fiscales. **L'article 5** fluidifie la coordination entre l'assurance maladie obligatoire et les organismes complémentaires d'assurance maladie en matière de traitements des données de santé et d'échanges d'informations contre la fraude sociale. Cette dernière mesure est particulièrement importante au regard des risques que représente le dispositif du 100 % Santé, risques précédemment exposés au sein du présent rapport.

La rapporteure rejoint en outre parfaitement les constats de la Cour des comptes dans son précédent rapport de certification des comptes de la sécurité sociale : « *dans ce contexte, les fraudes détectées ne sont encore que peu partagées entre ces organismes, ce qui limite la mise en place d'actions visant à les circonscrire* » ⁽¹⁾.

● Ce projet de loi, appelé de longue date par les députés au fait des enjeux de la lutte contre la fraude, est le bienvenu. Toutefois la rapporteure ne peut que **regretter son manque d'ambition**. D'importantes marges de progression subsistent qui ne sont pas ou insuffisamment prises en compte. La lutte contre la fraude nécessiterait un rapport qui lui soit entièrement consacré, qui excède le champ des présentes investigations. Toutefois, les travaux de la commission d'enquête esquissent des pistes de travail à explorer.

Dans ses réponses au questionnaire de la rapporteure, la Caisse nationale de l'assurance maladie a suggéré que les délais d'envoi par les professionnels de santé de la facturation et des pièces justificatives soient drastiquement réduits à quatre mois. Il s'agissait de répondre à une jurisprudence de la Cour de cassation qui a jugé, en cas de transmission tardive de sa facturation par le professionnel de santé, que la caisse primaire d'assurance maladie était tenue de procéder au remboursement en tiers payant au motif que le délai maximal de facturation par le professionnel est le délai de prescription de deux ans et un trimestre prévu, pour les

(1) *Cour des comptes, rapport de certification des comptes de la sécurité sociale pour 2025, p. 20.*

assurés, à l'article L. 332-1 du code de la sécurité sociale⁽¹⁾. Un tel délai rend difficile le contrôle par les caisses de la réalité des soins dispensés et facturés à l'assurance maladie.

La rapporteure constate que cette mesure n'a pas été intégrée au projet de loi de lutte contre les fraudes sociales et fiscales.

Recommandation n° 49 : réduire les délais de transmission des factures et pièces justificatives permettant aux professionnels de santé de bénéficier du remboursement en tiers-payant.

● Un point particulier doit être mis en lumière s'agissant de la branche autonomie. Il a été montré que ses données restaient parcellaires. La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie s'est dotée d'un plan de lutte contre la fraude en 2025, comme l'a rappelé à la commission d'enquête M. Jean-Michel Lamiaux, responsable de la mission de contrôle interne et de conformité⁽²⁾. Pour autant, l'absence d'un réseau de caisses locales qui caractérise la branche rend plus difficiles les actions de lutte contre la fraude et l'évaluation de cette dernière.

En effet, bien que les articles L. 114-9 et suivants du code de la sécurité sociale définissent un cadre strict de lutte contre la fraude pour les organismes de sécurité sociale, ces dispositions sont inapplicables à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie et aux autres acteurs intervenant dans la gestion des prestations destinées aux personnes en situation de handicap et aux personnes âgées, tels que les maisons départementales des personnes handicapées et les conseils départementaux. En effet, leur statut juridique soustrait ces entités à l'application de ces dispositions. Il en résulte une absence de mécanismes spécifiques de contrôle et de sanction contre la fraude relative à l'attribution de ces prestations.

La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie a plaidé pour une évolution du droit. Le projet de loi relatif à la lutte contre les fraudes sociales et fiscales comporte plusieurs dispositions en ce sens au travers de l'article 6, qui favorise le partage d'information entre les maisons départementales des personnes handicapées, les conseils départementaux, et les autres acteurs locaux de la lutte contre la fraude sociale. En revanche, l'article 4, relatif au contrôle de la fraude et aux remontées d'informations s'appliquant aux organismes de sécurité sociale, n'embrasse toujours pas la branche autonomie en raison de ses spécificités statutaires⁽³⁾.

L'exclusion de la branche autonomie du dispositif général de lutte contre la fraude constitue une anomalie qui ne peut perdurer. Il convient d'harmoniser en urgence le régime juridique applicable.

(1) Cour de cassation, 2^e civ., 28 mai 2015, pourvoi n° 14-17.731, publié au bulletin.

(2) Audition de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, 29 janvier 2026.

(3) Projet de loi, modifié par l'Assemblée nationale, relatif à la lutte contre les fraudes sociales et fiscales le 7 avril 2026, T.A. n° 263.

Recommandation n° 50 : étendre les obligations légales de contrôle et de sanction des fraudes aux maisons départementales des personnes handicapés.

*

* *

La lutte contre la fraude ne résorbera pas le déficit de la sécurité sociale à elle seule. Toutefois, elle est une condition nécessaire de la fiabilité des comptes sociaux et du consentement des citoyens au modèle de protection sociale. La fraude non mesurée est une incertitude budgétaire ; la fraude non combattue est une menace pour la cohésion républicaine. Les pratiques frauduleuses en bande organisée évoluent vite : il faut être réactif, voire proactif, pour les combattre. La succession récente de mesures législatives et réglementaires répond à certaines lacunes, mais elle sera vaine sans un pilotage et une volonté politique fermes.

La rapporteure tient à souligner que lutter contre la fraude sociale, ce n'est pas jeter l'opprobre sur les allocataires. Un système illisible engendre inévitablement des erreurs, souvent commises de bonne foi. C'est précisément pour cette raison qu'une simplification devient impérative. Elle permettra de limiter l'action des entreprises éphémères, réseaux criminels organisés, professionnels de santé sans scrupule qui exploitent cette complexité au détriment des honnêtes citoyens. Cette lutte impérative rendra ses lettres de noblesse à la justice sociale, ce principe aussi inhérent que cardinal de notre pacte républicain qu'il convient aujourd'hui de restaurer.

B. LES INDUS NON FRAUDULEUX, UN RÉEL « POINT DE FUITE » POUR LES DIFFÉRENTES BRANCHES

• L'examen des incertitudes budgétaires affectant la qualité des comptes et, plus encore, l'équilibre des différentes branches de la sécurité sociale ne saurait être limité à l'analyse des indus frauduleux. En effet, le propre de l'indu, aux termes de la définition retenue par la Cour des comptes, est d'être « *un montant remboursé ou versé à tort par une caisse de sécurité sociale à un assuré, un professionnel de santé, un hôpital public ou une clinique privée* »⁽¹⁾. Sa définition intègre donc les fraudes, mais plus encore les situations « *d'erreurs, d'omissions* »⁽²⁾ qui peuvent affecter les équilibres financiers et, sur un plan politique, la confiance des citoyens dans la sécurité sociale.

1. Une mesure classique des indus non frauduleux qui intègre plus largement la question du non-recours au droit

• Au sens classique, **les indus représentent près de 18,9 milliards d'euros toutes catégories confondues** (frauduleux, non-frauduleux, recouverts,

(1) *Cour des comptes, rapport sur l'application des lois de financements de la sécurité sociale, mai 2025, p. 287.*

(2) *Ibid.*

non-recouvrés, détectés, non-détectés) ⁽¹⁾. Cette estimation intègre pour près de 10,3 milliards d'euros les sommes détectées pour lesquelles une **constatation d'erreur, d'omission ou de fraude a eu lieu après paiement d'une prestation**. Ces constats sont essentiellement prononcés à la suite des contrôles après versement que conduisent les caisses et qui révèlent alternativement des versements indus ou des « trop perçus » donnant lieu à des « rappels ».

À ce chiffre d'indus, **votre rapporteure souhaite poser en regard les créances encore non-recouvrées par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale au 31 décembre 2025**, lesquelles représentent un montant total de **26,7 milliards d'euros** ⁽²⁾.

À la part faisant l'objet d'une détection vient se superposer celle des **indus échappant aux contrôles**, estimée sur la base des « indicateurs de risques résiduels » élaborés par les différentes caisses.

La part des indus qui n'ont pas été détectés atteignait **8,6 milliards d'euros en 2023**. Leur répartition était particulièrement défavorable aux **branches famille et maladie qui en concentraient l'essentiel**, soit respectivement 60,4 % et 33,7 % ⁽³⁾.

**Indus et indicateurs de risque,
décèler les erreurs qui échappent aux contrôles.**

Dans le champ de la sécurité sociale, les **incertitudes** (erreurs, omissions, fraude) qui affectent le versement d'une prestation sont estimées à partir d'une série d'**indicateurs de risque résiduel**.

Différence entre le **montant d'indu constaté à l'issue d'un contrôle sur un échantillon donné représentatif** et le **total d'indus détecté par les systèmes d'information**, l'indicateur détermine, par extrapolation, la part des indus « invisible » aux yeux des opérateurs de contrôle interne ⁽¹⁾.

Un **indicateur de risque fortement positif**, comme dans le cas du revenu de solidarité active ou de la prime d'activité, témoigne d'une **difficulté de détection des erreurs affectant le calcul et le versement d'une prestation**.

(1) Pour la branche famille, cette estimation est réalisée à partir d'un échantillon de 6 000 foyers représentatifs dans le cadre de l'enquête « paiement à bon droit et fraude ».

Toutefois, il est **possible que la part des indus non détectés soit supérieure à celle estimée par la Cour des comptes**. En effet, la construction des indicateurs de risque, par nature hétérogène, limite la consolidation des montants à l'échelle de l'ensemble des branches. La Cour n'a pas retenu dans son rapport

(1) Ibid.

(2) Cour des comptes, rapport de certification des comptes du régime général de sécurité sociale – exercice 2025, mai 2026, p. 24.

(3) Ibid., p. 297. Les indicateurs de risque résiduel retenus par la Cour des comptes correspondent aux deux indicateurs « indus de versement sur frais de santé » et « famille – erreurs sur données déclarées » calculés vingt-quatre mois après la liquidation.

l'indicateur de risque résiduel de la branche famille rendant compte des **erreurs de calcul imputables à l'action des caisses locales**. Or, l'Inspection générale des finances estimait, dès 2013, entre **10 % et 20 % la part des indus causée par des erreurs administratives** ⁽¹⁾.

De façon générale, **les faits générateurs des indus sont inégalement répertoriés par les différentes caisses**. Contrairement à la branche vieillesse, la **branche famille n'est pas en mesure d'identifier, de façon exhaustive, les causes des indus**, pourtant nombreux, qui affectent la qualité de ses versements ⁽²⁾.

2. Des efforts à intensifier afin de réduire le montant d'indus

Néanmoins, votre rapporteure reconnaît et salue les efforts consentis par les différentes branches. Elle partage notamment le constat formulé par la Cour des comptes selon lequel la « *branche vieillesse est la plus avancée dans l'analyse des causes d'erreurs* » affectant ses versements ⁽³⁾. Il est d'ailleurs notable que, dans deux cas d'indus sur trois, la puissance publique verse aux assurés une prestation d'un montant inférieur à celui prévu par le droit.

L'ÉVOLUTION DES INDICATEURS DE RISQUE FINANCIER RÉSIDUEL ENTRE 2023 ET 2025

| | Indicateur (par branche) | Données 2023 | Données 2024 | Données 2025 | Évolution 2025/2024 |
|-----------------|--|--------------|--------------|--------------|---------------------|
| Maladie et ATMP | Remboursements de frais de santé - Fréquence des erreurs (en %) | 8,3 | 7,2 | 6,2 | ↘ |
| | Remboursements de frais de santé – Incidence financière des erreurs (en Md€) | 3,1 | 3,3 | 3,4 | → |
| | Indemnités journalières - Fréquence des erreurs (en %) | 7,7 | 6,5 | 6,6 | → |
| | Indemnités journalières – Incidence financière des erreurs (en Md€) | 0,45 | 0,4 | 0,4 | → |
| Famille | Incidence financière des erreurs résiduelles « données déclarées » à 9 mois (en %) | 10,9 | 11,7 | 12,0 | ↗ |
| | Incidence financière des erreurs résiduelles « données déclarées » à 9 mois (en Md€) | 8,6 | 9,4 | 10,0 | ↗ |
| | Incidence financière des erreurs résiduelles « données déclarées » à 24 mois (en %) ¹ | 6,9 | 8,0 | 8,8 | ↗ |
| | Incidence financière des erreurs résiduelles « données déclarées » à 24 mois (en Md€) ¹ | 5,5 | 6,3 | 7,4 | ↗ |
| | Incidence financière des erreurs résiduelles internes aux CAF « métier » à 6 mois (en %) | 1,7 | 2,0 | 1,9 | ↘ |
| | Incidence financière des erreurs résiduelles pour l'action sociale collective (en %) ² | 3,8 | 4,1 | 3,7 | ↘ |
| | Fréquence des erreurs résiduelles de liquidation de retraites dans l'Outil retraite (en %) ³ | 16,3 | 12,3 | 12,3 | → |
| Vieillesse | Incidence financière des erreurs (en %) | 1,3 | 1,0 | 1,1 | ↗ |
| | Incidence financière cumulative des erreurs sur la durée de service (en %) | 0,7 | 0,7 | 0,7 | → |
| | Fréquence des erreurs résiduelles de liquidation de retraites dans l'outil <i>Asur</i> (en %) ⁴ | 5,6 | 4,9 | 9,2 | ↗ |
| | Incidence financière des erreurs dans l'outil <i>Asur</i> (en %) | 0,6 | 0,4 | 0,6 | ↗ |

Source : Cour des comptes, « Certification des comptes du régime général de sécurité sociale », exercice 2025, mai 2026, p. 135.

(1) Inspection générales des finances et des affaires sociales, « Les indus de la branche famille », rapport n° 2013-M-050-02 & n° 2013-076R, p. 9.

(2) Cour des comptes, rapport sur l'application des lois de financements de la sécurité sociale, mai 2025, p. 302.

(3) Ibid., p. 301.

Toutefois, à l'aune des exigences croissantes de transparence de la gestion publique, il reste **impératif de progresser encore dans la recherche des causes des indus**.

Dans cette perspective, votre rapporteure propose de confier au Haut Conseil du financement de la protection sociale **un exercice annuel de consolidation des données d'indus pour l'ensemble des prestations de la sécurité sociale**. Ces travaux détermineraient les causes de ces indus, qu'il s'agisse d'erreurs de déclaration, de dysfonctionnements liés aux systèmes d'information ou encore de fautes de saisie.

Recommandation n° 51 : confier au Haut Conseil du financement de la protection sociale une revue annuelle consolidée des données relatives aux indus afin de déterminer leur montant total et leurs sous-jacents.

3. La persistance de « zones grises », sources d'incertitudes pour la branche maladie

Au-delà des situations rentrant dans la définition « classique » des indus, votre rapporteure estime que trois champs gagneraient à être expertisés afin de réduire les risques financiers affectant les différentes branches.

- Concernant les établissements de santé, votre rapporteure souligne **le caractère très limité du contrôle des cotations affectant leur financement à l'activité**.

En effet, **la moitié des montants financés par les caisses primaires d'assurance maladie constituent des paiements à destination des hôpitaux**. Or, le haut niveau d'incertitude affectant ces financements, peu contrôlés, constitue un nouveau champ d'indus et de fraude.

Parallèlement, s'agissant de la médecine de ville, et c'est un point qui a été assez longuement abordé dans les développements précédents, votre rapporteure insiste sur le peu de pièces justificatives fournies par les professionnels en contrepartie de paiements. En effet, **la multiplication du recours à des « flux dégradés » constitue, selon elle, une source réelle de fragilisation de la chaîne de paiement**. De ce fait, les caisses primaires d'assurance maladie deviendraient des « *payeurs aveugles* ». Fausses ordonnances fournies par certains professionnels, indemnités journalières fallacieuses, de réels non-dits demeurent, et ce en dépit des efforts de la rapporteure pour faire toute la lumière sur ces questions.

Plus largement, votre rapporteure estime que la prise en compte de l'échelon local et du facteur humain dans le paiement des prestations n'est pas suffisante dans les analyses de risque conduites par les différentes caisses. En particulier, les réformes déjà évoquées dans le cadre de l'analyse des conventions d'objectifs et de gestion relativement à la « *contemporanéisation* » des aides personnelles au

logement et au doublement de la prime d'activité ont eu des effets délétères sur la pratique quotidienne des agents locaux.

La rapporteure appelle de ses vœux une meilleure prise en compte de la réalité des agents et des échelons de proximité dans la mise en œuvre des réformes futures.

C. LE CAS PARTICULIER DE LA PRISE EN CHARGE DES PRESTATIONS AU PROFIT DES BÉNÉFICIAIRES NON-AFFILIÉS AUX RÉGIMES NATIONAUX DE PROTECTION SOCIALE

1. Ne pas dénaturer la solidarité nationale

La solidarité nationale et la confiance qui en découle supposent un consentement à l'effort commun. Or, un sentiment d'injustice peut légitimement se développer devant certaines situations de déséquilibre à l'égard de ce même effort commun. En effet, le fait que des ressortissants étrangers non cotisants, c'est-à-dire qu'ils ne travaillent pas en France, soient inscrits d'office à la protection universelle maladie, comme c'est le cas pour les demandeurs d'asile en attente d'autorisation de travail ou des étrangers pris en charge au titre du droit au séjour « *étranger malade* », alors même que les Français sont appelés à cotiser, est à même de générer de la désapprobation, voire un ressentiment à l'origine de fracture sociale. Dès lors, **un débat dépassionné est indispensable.**

Il est difficile, sur le fond, d'admettre d'emblée, comme l'a dit M. Ragot lors de son audition, « *que la politique migratoire n'est ni une solution en tant que telle [...] ni un problème majeur de financement de la sécurité sociale* ».

En effet, au-delà de la seule question financière, il s'agit surtout de ne pas dénaturer le principe de solidarité nationale, constitutif de notre système. **Consciente de ce point, votre rapporteure estime toutefois indispensable de disposer d'une connaissance précise du poids de l'immigration sur l'économie nationale.**

Pour autant, la spécificité de prestations versées au bénéfice de publics immigrés ou étrangers, contributives comme non contributives, doit **appeler la vigilance du législateur, au-delà du seul groupe politique de la rapporteure.**

En effet, les débats relatifs aux **conséquences économiques et financières du phénomène migratoire apparaissent au cœur des interrogations des Français, enquête d'opinion après enquête d'opinion** ⁽¹⁾.

Or, très peu de données institutionnelles consolidées permettent, à ce jour, de porter un regard objectif sur la contribution des populations immigrées ou étrangères au déficit de la sécurité sociale.

(1) Institut français d'opinion publique, « *Balise d'opinion : le regard des Français sur l'immigration* », 17 octobre 2024.

À cet égard, si l'Institut national de la statistique et des études économiques indique par exemple que « *les prestations sociales (hors pensions, retraites et allocations chômage) représentent une part plus élevée des niveaux de vie des immigrés : 11 %, contre 6 % pour les non-immigrés* »⁽¹⁾, **vo**tre rapporteure **déplore fortement l'absence de consolidation de telles données à l'échelle de l'ensemble des branches de la sécurité sociale.**

Au cours de son audition, le directeur de l'Office français de l'immigration et de l'intégration a indiqué ne pas disposer « *d'une vision globale de la dépense* » de la branche maladie pour la prise en charge de soins aux étrangers⁽²⁾. Par ailleurs, il faisait observer qu'il n'existait pas « *de suivi budgétaire spécifique en lien avec la procédure, faute d'appariement avec les données de dépenses de l'Assurance Maladie ou de suivi par l'administration* »⁽³⁾.

Il est stupéfiant que l'organisme chargé d'émettre les avis médicaux ouvrant droit à une prise en charge se déclare lui-même demandeur d'un appariement de fichiers avec l'assurance maladie. Cela en dit long sur l'incurie dans ce domaine, dont la persistance n'est pas sans interpeller votre rapporteure.

**Non-résident, immigré, étranger, affilié :
un bref rappel des termes**

Un non-résident est une personne physique qui, « *quelle que soit* » sa nationalité, a son domicile principal à l'étranger⁽¹⁾. Un **non-résident peut être français ou étranger, affilié ou non à la sécurité sociale**⁽²⁾.

Un **non-résident ne peut en revanche être confondu avec un immigré** qui, né étranger à l'étranger, réside à présent en France⁽³⁾.

De façon plus directe, un **étranger est une personne qui n'est pas détentrice de la nationalité française**, indépendamment de son lieu de résidence.

Enfin, un **affilié à un régime obligatoire de sécurité sociale est une personne rattachée officiellement à l'un des régimes de sécurité sociale français** dans les conditions de l'article L. 311-2 du code de la sécurité sociale, pour ce qui est du régime général. Comme indiqué précédemment par votre rapporteure, l'affiliation est retranscrite au moyen du **système national de gestion des identifiants de la sécurité sociale.**

(1) Institut national de la statistique et des études économiques, « [Définitions, méthodes et qualité : non-résidents](#) ».

(2) *Ibid.*

(3) Institut national de la statistique et des études économiques, « [Définitions, méthodes et qualité : immigré](#) ».

● Un premier constat s'impose à l'issue des travaux : **les données retraçant l'incidence financière du phénomène migratoire sur l'équilibre général de la**

(1) Institut national de la statistique et des études économiques, « *Enquête revenus fiscaux et sociaux – revenu, niveau de vie et pauvreté en 2023* », 17 février 2026.

(2) Audition de M. Didier Leschi, directeur général de l'Office français de l'immigration et de l'intégration, 12 février 2026.

(3) Office français de l'immigration et de l'intégration, réponses au questionnaire de la rapporteure.

sécurité sociale ont un caractère parcellaire. La principale **étude universitaire française en la matière** fonde, à titre d'exemple, ses analyses sur une base d'informations ne dépassant pas l'année 2011 ⁽¹⁾, soit avant même **la hausse des flux migratoires consécutive à la guerre en Syrie** ⁽²⁾.

Cette situation est due essentiellement à **la complexité des bases de données** mobilisées par les administrations, qui ne sont **pas toujours exploitables en l'état des systèmes d'information.**

Il n'est pas toujours possible aux organismes de sécurité sociale d'associer les montants de prestations servies à la situation administrative des assurés.

De fait, cette situation ne résout pas la question du différentiel existant entre le recensement conduit par l'Institut national de la statistique et des études économiques et le nombre d'assurés enregistrés au répertoire national inter-régimes des bénéficiaires de l'assurance maladie, de l'ordre de 400 000 d'après **le dernier rapport de certification commis par la Cour des comptes soulevant, là encore, la question de l'existence de cartes surnuméraires** ⁽³⁾. Il est à noter que cette étude n'a pas été fournie ni même évoquée à la rapporteure lors des auditions ou du « *contrôle sur pièces et sur place* » qu'elle a effectuée à la Caisse nationale de l'assurance maladie. Ce point mérite donc des éléments complémentaires, comme le demande la Cour des comptes.

Recommandation n° 52 : fournir une étude complémentaire afin d'expliquer l'écart entre les 2,4 millions de dossiers actifs listés dans le rapport de certification des comptes pour l'exercice 2024 et les 400 000 dossiers actifs mentionnés par la Cour des comptes dans le rapport afférent à l'exercice 2025.

En outre, la Caisse nationale de l'assurance maladie n'a pas été en mesure de produire, y compris lors d'un « *contrôle sur pièces et sur place* » mené par la rapporteure, **l'intégralité des données permettant d'identifier avec précision les prestations servies aux ressortissants étrangers** par nationalité et par situation administrative (titre de séjour pour soins, réceptionné de demande d'asile par exemple) ⁽⁴⁾.

Le directeur des études de l'assurance maladie a indiqué que l'architecture actuelle du système national d'information inter-régimes de l'assurance maladie n'intégrait pas, à la différence des systèmes d'information des caisses locales, la situation administrative ou la nationalité des publics pris en charge.

(1) Lionel Ragot, « Immigration et finances publiques », Conseil d'analyse économique, n° 072-2021, p. 6.

(2) Le nombre d'immigrés entrant en France chaque année a augmenté de 25 % entre 2011 et 2019. Source : Institut national de la statistique et des études économiques, « Immigrés et descendants d'immigrés », édition 2023, p. 96.

(3) Cour des comptes, « Certification des comptes du régime général de sécurité sociale », exercice 2025, mai 2026, p. 39.

(4) Caisse nationale de l'assurance maladie, réponses au questionnaire de la rapporteure, 18 février 2026.

Il a d'ailleurs été mentionné à la rapporteure que le cadre européen applicable en matière de protection des données personnelles ne s'opposait pas à une telle possibilité.

Les services de l'assurance maladie ont, en revanche, opposé des considérations de coût à la perspective d'un tel chantier qui ne leur paraissait pas opportun au regard des sommes potentiellement récupérables.

Cette impossibilité technique pour le système national d'information inter-régimes de l'assurance maladie à distinguer les assurés selon leur statut administratif est d'autant moins compréhensible à votre rapporteure que la mention relative à la situation administrative des assurés est dûment répertoriée au sein de l'application de gestion des dossiers des ressortissants étrangers en France hébergée par le ministère de l'intérieur ⁽¹⁾.

Sans mettre en cause la bonne volonté des services de l'assurance maladie qui ont, par ailleurs, répondu à l'essentiel des sollicitations de la commission d'enquête, **votre rapporteure prend acte des limites liées à l'architecture actuelle des systèmes d'information.** Elle préconise, en conséquence, **une évolution des dispositions régissant le système national d'information inter-régimes** afin d'ouvrir la possibilité de répertorier, selon le statut administratif des publics, les dépenses de prestations servies par la branche maladie ⁽²⁾.

Cette modernisation est d'ailleurs appelée de ses vœux par le directeur général de l'Office français de l'immigration et de l'intégration qui, **s'agissant des soins remboursés aux assurés titulaires d'un titre de séjour pour soins**, exprimait un vif intérêt à l'idée de développer les croisements de fichiers susceptibles de mettre en évidence le « *montant réel des dépenses de santé* » financées par la solidarité nationale ⁽³⁾.

Recommandation n° 53 : faire évoluer le cadre législatif et réglementaire pour que l'assurance maladie puisse rendre compte des prestations de santé servies en fonction du statut administratif et de la nationalité de l'assuré.

Recommandation n° 54 : confier à la Cour des comptes la réalisation d'un exercice annuel de décomposition documentée de l'écart entre le nombre de bénéficiaires de la protection universelle maladie et le nombre de résidents recensés par l'Institut national de la statistique et des études économiques.

Au-delà des difficultés posées par les systèmes d'information des différents organismes, les travaux d'enquête ont mis en exergue le **faible investissement des services statistiques ministériels dans l'appréhension des conséquences économiques et financières du phénomène migratoire.**

(1) Office français de l'immigration et de l'intégration, réponses au questionnaire de la rapporteure.

(2) Une modification de l'article L. 161-28-1 du code de la sécurité sociale serait notamment nécessaire.

(3) Office français de l'immigration et de l'intégration, réponses au questionnaire de la rapporteure.

La direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques « *ne dispose pas d'études ou de statistiques permettant d'éclairer* » la question de son incidence sur les dépenses des organismes de sécurité sociale⁽¹⁾. Ses investigations se limitent à l'évaluation du sentiment général des Français à l'égard du système de protection sociale ainsi qu'à l'analyse du rapport entre les dépenses de protection sociale et les besoins identifiés ou exprimés par la population⁽²⁾. Autrement dit, la statistique publique est capable d'évaluer **la consommation de soins par décile de revenus de la population, mais elle n'est pas en mesure d'estimer la part des dépenses d'assurance maladie consacrée au financement des soins des populations « nées étrangères à l'étranger »**⁽³⁾.

S'agissant de la branche vieillesse, un renforcement des contrôles de l'existence des assurés sociaux résidant à l'étranger est également indispensable. En effet, les données relatives aux retraités qui résident à l'étranger ne permettent de faire la part entre les nationaux et les étrangers, et des constats relatifs à l'existence de situations d'indus ou de fraude perdurent à leur décès. Sur ce point, votre rapporteure fait état de sa pleine adhésion aux recommandations du service administratif national d'identification des assurés relatives au développement de tiers locaux de confiance, à la généralisation de la production de certificats d'existence et à la montée en charge d'outils biométriques permettant d'établir l'existence des assurés.

Elle y ajoute la proposition de suspendre le versement de toute allocation en l'absence de preuve d'existence de moins d'un an.

Recommandation n° 55 : suspendre le versement de toute allocation en l'absence de fourniture d'un certificat de vie datant de moins d'un an.

Cette situation vient d'ailleurs s'ajouter au contentieux cocasse qui oppose l'Algérie à la France s'agissant de la prise en charge des pensions des binationaux résidant en France qui n'auraient pas droit, aux termes de la législation algérienne marquée par un principe de territorialité, au versement des pensions par la caisse nationale de retraites⁽⁴⁾.

Concernant le poids global de l'économie, il existe différentes visions. Celle de MM. Ragot et Dumont, auditionnés, penche pour un effet positif de l'immigration sur les finances publiques. Ils s'appuient sur des études internationales.

(1) Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, réponses au questionnaire de la rapporteure.

(2) Audition de MM. Thomas Wanecq, directeur, et Franck Arnaud, sous-directeur des synthèses, des études économiques et de l'évaluation de la direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques, 21 janvier 2026.

(3) Ibid.

(4) Rapport n° 1963 de notre collègue Charles Rodwell sur les implications juridiques et budgétaires des accords bilatéraux conclus en matière de circulation, de séjour, de santé et d'emploi : l'exemple de l'Algérie, 15 octobre 2025, pp. 54-55.

Les travaux particulièrement fournis de l'Organisation de coopération et de développement économiques

Le défaut d'études robustes à l'échelle nationale en matière migratoire est partiellement compensé par la capacité de certaines organisations internationales et intergouvernementales à retracer les conséquences économiques et financières du phénomène migratoire.

L'Organisation de coopération et de développement économiques documente chaque année, au moyen du rapport « *Perspectives des migrations internationales* », les différences de rémunération perçues entre un travailleur immigré et non-immigré ⁽¹⁾.

En outre, elle dispose d'analyses relatives à la contribution fiscale des immigrés au regard des prestations qui leurs sont versées.

Pour l'année 2025, ses travaux mettent en avant deux constats.

Le premier constat tient à la faiblesse de la rémunération des immigrés, inférieure de l'ordre de 34 % à celle des travailleurs présentant des caractéristiques équivalentes ⁽²⁾. Cette situation s'explique dans deux tiers des cas par une concentration des immigrés dans des entreprises et secteurs à bas salaires (hôtellerie-restauration, bâtiment et travaux publics, services domestiques) ⁽³⁾. L'écart de salaire entre immigré et natif tend néanmoins à diminuer avec le temps, un immigré percevant en moyenne une rémunération inférieure de 19 % à celle d'un natif après cinq années de résidence sur le territoire ⁽⁴⁾.

Le deuxième constat apparaît contre-intuitif. En dépit d'un niveau de revenu inférieur à celui des natifs, les immigrés contribueraient positivement au financement des administrations publiques si l'on tient compte du différentiel entre les impôts et les cotisations dont ils s'acquittent, d'une part, et les dépenses de prestations de santé, de retraite et d'éducation dont ils bénéficient, d'autre part ⁽⁵⁾. Le surplus généré représente « *un point de produit intérieur brut sur la période 2006-2017* » mais il diminue fortement, tout en restant positif, après retranchement des autres catégories de dépenses publiques (justice, police, services régaliens) ⁽⁶⁾.

(1) *De même âge et de même sexe.*

(2) *Organisation de coopération et de développement économiques, réponses au questionnaire de la rapporteure.*

(3) *Ibid.*

(4) *Audition de MM. Jean-Christophe Dumont, Lionel Ragot et Nicolas Pouvreau-Monti, 25 février 2026.*

(5) *Ibid.*

(6) *Ibid. Le surplus devient légèrement négatif après prise en compte du service de la dette ou des dépenses liées au fonctionnement des administrations centrales.*

La rapporteure remarque que cette vision s'entend pour une immigration de travail, dont elle rappelle que l'étude de l'Organisation de coopération et de développement économiques la présente comme une immigration à faible rémunération qui n'est donc, *a priori*, pas assujettie à l'impôt sur le revenu et qui s'acquitte de moindres cotisations.

Logiquement, ce raisonnement ne peut donc pas s'appliquer à tous les étrangers qui ne travaillent pas et qui, par conséquent, ne cotisent pas ou ne paient pas d'impôt, à l'exception de quelques prélèvements comme la taxe sur la valeur ajoutée.

Afin de lever le voile sur ce pan peu évalué de l'action publique et pour sortir de biais souvent idéologiques, **votre rapporteure propose de confier aux organismes statistiques ministériels rattachés aux ministères sociaux** la mission d'estimer annuellement l'incidence financière des populations immigrées sur la protection sociale, en recettes comme en dépenses.

Recommandation n° 56 : confier à la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques la réalisation d'une étude annuelle portant sur les dépenses des différentes branches de la sécurité sociale spécifiques aux personnes nées étrangères à l'étranger.

2. Les soins donnés aux personnes non-affiliés aux régimes nationaux

● Au regard des déséquilibres croissants affectant la branche maladie, une attention particulière a été portée par la rapporteure aux **prestations spécifiques au « risque maladie » servies à l'attention des publics étrangers ou immigrés.**

En préalable, votre rapporteure signale à la manière de M. Nicolas Pouvreau-Monti, directeur de l'Observatoire de l'immigration et de la démographie, que « *les difficultés financières et les problèmes d'accès aux soins auxquels notre système de santé est aujourd'hui confronté n'ont pas pour cause racine l'immigration en tant que telle* »⁽¹⁾. Toutefois s'agissant de prises en charge spécifiques, par exemple les greffes et les dialyses, elle est la cause d'une aggravation de difficultés préexistantes en raison de pratiques de « tourisme médical ». En ce sens, le directeur général de l'Office français de l'immigration et de l'intégration observait une **concentration des coûts de prise en charge des soins** des publics bénéficiant d'un droit au séjour pour raisons médicales sur « *certaines pathologies* », principalement du fait d'un recours à des traitements plus onéreux tels que les chimiothérapies et les dialyses rénales⁽²⁾.

En outre, **certaines stratégies d'accès à des greffes ont été identifiées**, amenant une série de questionnements juridiques et moraux. Un déplacement dans le but exclusif de bénéficier d'une transplantation constitue, aux termes de la Déclaration d'Istanbul sur le trafic d'organes et le tourisme de transplantation de mai 2018, à du « tourisme de transplantation » dès lors que l'utilisation des ressources nécessaires a pour conséquence de diminuer la capacité du pays à fournir ce service à sa propre population⁽³⁾. Votre rapporteure juge indispensable **d'identifier les dispositifs de prise en charge des soins susceptibles de générer des tensions localisées sur l'offre de soins**, et des types de séjour en regard.

En effet, à chaque motif de séjour correspond un titre spécifique ouvrant des droits très larges et une prise en charge en santé par des acteurs différents.

(1) Audition de MM. Jean-Christophe Dumont, Lionel Ragot et Nicolas Pouvreau-Monti, 25 février 2026.

(2) Audition de M. Didier Leschi, directeur général de l'Office français de l'immigration et de l'intégration, 12 février 2026.

(3) Déclaration d'Istanbul contre le trafic d'organes et le tourisme de transplantation, 2018.

**UNE MULTITUDE DE DISPOSITIFS PERMETTANT AUX PUBLICS ÉTRANGERS
DE BÉNÉFICIER DE SOINS EN FRANCE**

| Dispositif permettant aux étrangers de bénéficier de soins | Enveloppe de financement | Base légale | Conditions d'ouverture du bénéfice de la prestation | Nombre de bénéficiaires | Montant (en millions d'euros) | Principaux postes de soins |
|--|--|---|--|-------------------------|-------------------------------|--|
| Aide médicale de l'État | Dotation État retracée au sein de la mission « Santé » du budget de l'État | Articles L. 251-1 à L. 251-3 du code de l'action sociale et des familles | Résidence ininterrompue de moins de trois mois Un montant de ressources inférieur à un plafond fixé annuellement Absence de détention de titre de séjour depuis moins de trois mois. | 463 866 | 1 208 | Maladies infectieuses, soins relevant des services d'hépatogastro-entérologie et de pneumologie |
| Forfait soins urgents | Dotation État retracée au sein de la mission « Santé » du budget de l'État | Article L. 254-1 du code de l'action sociale et des familles | Situation irrégulière Impossibilité de bénéficier de l'aide médicale de l'État Condition de gravité liée à l'absence de prise en charge par un établissement de santé | n.a | 132 | n.a |
| Titre de séjour pour soins | Assurance maladie au titre de la protection universelle maladie | Article L. 425-9 du code de l'entrée du séjour et des étrangers | Gravité exceptionnelle associée à l'absence de prise en charge Résidence habituelle en France Absence de traitement approprié au regard de l'offre de soins et des caractéristiques du système de santé du pays dont il est originaire | 19 516 | n.a | Troubles mentaux et du comportement (13,8 % des demandes en 2023) Maladies infectieuses (27,3 % des demandes en 2023) Tumeurs (15 % des demandes en 2023) Maladies de l'appareil circulatoire (27,3 % des demandes en 2023) |
| Récépissé de demande d'asile | Assurance maladie au titre de la protection universelle maladie | Article L. 551-8 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile | Condition de résidence de trois mois sauf pour les mineurs qui en sont dispensés | 211 276 | 120 | n.a |
| Permanence d'accès aux soins | Crédits du fonds d'intervention régional des agences régionales de santé | Articles L. 1110-1, L. 6112-1 et L. 6112-3 du code de la santé publique | Application du principe d'inconditionnalité de prise en charge, les « Pass » ne constituant pas, au sens strict, des dispositifs permettant aux publics étrangers de bénéficier de soins. | n.a | n.a | Actions de préventions en santé Soins buccodentaires Soins de premier recours |
| Soins programmés | Assurance maladie | Article R. 160-2 du code de la sécurité sociale | Condition de niveau d'infrastructure et de qualité d'équipement. Nécessité d'autorisation préalable sauf exceptions. | n.a | n.a | Soins nécessitant un plateau technique et une hospitalisation. |

Source : Office français de l'immigration et de l'intégration, réponses au questionnaire de la rapporteure. Caisse nationale de l'assurance maladie, réponses au questionnaire de la rapporteure. Rapport spécial n° 1996-40 de notre collègue Nicolas Ray sur les crédits de la santé du projet de loi de finances pour 2026, 23 octobre 2025.

L'aide médicale de l'État (AME) et le forfait pour « soins urgents » dépendent de dotations de l'État susceptibles d'abondements au regard de sous-estimations chroniques en loi de finances.

Les soins programmés quant à eux dépendent, en principe, de conventions internationales pour les pays extérieurs à l'Union européenne – dont pays membres de l'espace économique européen – et de dispositions de droit européen pour les États-membres. Ils peuvent faire l'objet de créances en l'absence de prépaiement.

Les permanences d'accès aux soins fonctionnant selon le principe de l'inconditionnalité sont, pour ce qui les concerne, directement financées par une fraction des crédits du fonds d'intervention régional piloté par les agences régionales de santé.

Enfin pendant la durée de traitement de leur demande d'asile, soit en moyenne six mois, **les demandeurs d'asile et les bénéficiaires de séjour pour soins lourds** dépendent de la protection universelle maladie. Ce sont eux qui sont invisibilisés dans les comptes nationaux et qui ne donnent lieu à aucun recouvrement de créances.

● À la lumière de ce panorama, une série de mesures pourraient être prises afin de **diminuer l'incidence du fait migratoire sur les dépenses d'assurance maladie, d'une part, et sur l'offre de soins, d'autre part.**

D'une manière globale, la rapporteure souhaite aligner le régime français sur celui existant dans d'autres pays européens, comme la Suisse, qui n'offre pas de dispositif équivalent hors prise en charge en urgence.

Recommandation n° 57 : aligner le cadre juridique français sur celui d'autres pays européens en matière de soins prodigués à des personnes non-affiliées.

a. S'agissant de l'aide médicale de l'État

S'agissant de **l'aide médicale de l'État, sa transformation en aide d'urgence vitale semble indispensable à votre rapporteure** afin de réduire le panier de soins associé à sa prise en charge et d'alléger la charge financière de sa gestion pour l'assurance maladie, estimée à près 9,9 millions d'euros en 2025 ⁽¹⁾.

Recommandation n° 58 : réduire le panier de soins offert par l'aide médicale de l'État aux seuls soins urgents pour lesquels une absence de traitement serait susceptible de dégrader sévèrement le pronostic vital du patient.

(1) Rapport spécial n° 1996-40 de notre collègue Nicolas Ray sur les crédits de la santé du projet de loi de finances pour 2026, 23 octobre 2025, p. 24.

b. S'agissant du titre de séjour dit « étranger malade »

S'agissant du **titre de séjour dit « étranger malade »**, dont la délivrance donne lieu à une décision préfectorale après avis de l'Office français de l'immigration et de l'intégration, votre rapporteure estime nécessaire un **meilleur suivi**, ce qui suppose la modification de l'article L. 425-9 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile.

En l'état du droit, un étranger qui se voit reconnaître le bénéfice du séjour sur le fondement de **cet article reçoit un titre avec la mention « vie privée et familiale »**, dont la **dénomination ne retranscrit qu'imparfaitement les raisons de sa délivrance**. La création d'une carte « séjour pour soins » permettrait aux services publics de mieux identifier cette population dont la présence sur le territoire s'explique exclusivement par sa situation médicale.

Au-delà de cette remarque qui serait une recommandation minimale et urgente, il apparaît, à la lecture du rapport de l'Office français de l'immigration et de l'intégration pour l'année 2023, une nette prévalence de certains pays bénéficiaires toutes pathologies confondues. Ainsi de l'Algérie, de la Géorgie, d'Haïti et des Comores ou encore de pays plus développés, membres du G20, comme le Canada et les États-Unis d'Amérique ⁽¹⁾.

Ce dispositif présente de nombreuses caractéristiques assez stupéfiantes.

Il prend en charge, par définition, des pathologies lourdes, chroniques ou vitales, évidemment onéreuses, concernant certains traitements comme celui de l'hémophilie qui dépasse deux millions d'euros par an. Les vingt médicaments les plus chers coûtent de 5 000 à 650 000 euros par an ⁽²⁾.

Notre ancienne collègue Véronique Louwagie avait estimé une dialyse à 80 000 euros par an pour 5 000 bénéficiaires, et cela sur plusieurs années. Certains pays laissent en pratique à la France le soin de prendre en charge leurs ressortissants pour les soins les plus onéreux ⁽³⁾.

Plus grave encore concernant l'Algérie, les ressortissants de ce pays utilisent tous les dispositifs qui leurs sont ouverts à l'occasion de différents motifs de migration. **Il y lieu d'estimer qu'il s'agit là d'une véritable externalisation du système de santé algérien en France avec fort peu de contribution en regard.**

De surcroît, l'attribution du titre de « *séjour pour soins étranger malade* » ⁽⁴⁾ s'est de plus en plus assouplie depuis l'ajout de la notion d'accessibilité effective et de qualité de soins dans le droit positif, elle-même interprétée de façon

(1) Rapport annuel au Parlement du service médical établi en application de l'article L. 425-9 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile, mars 2023, p. 19.

(2) Ibid.

(3) Rapport n° 4195 de notre ancienne collègue Véronique Louwagie relatif à la loi d'approbation des comptes de l'année 2020 et portant sur les crédits de santé votés en loi de finances, 26 mai 2021, p. 52.

(4) Article L. 425-9 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile.

extensive par le juge administratif. Le bénéfice de ce dispositif a été encore élargi par un arrêt du Conseil d'État au cours de l'hiver dernier ⁽¹⁾.

Concernant certaines pathologies, le dispositif s'avère contreproductif. Par exemple, il a été indiqué que le traitement en France d'étrangers porteurs du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) ou atteint du syndrome d'immunodéficience acquise (Sida) perturbe notablement l'aide apportée par le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA). En effet, les soins prodigués dans ce cadre dans les pays d'origine coûtent entre 60 et 70 euros par an contre 3 800 euros en France ⁽²⁾. De même s'agissant du diabète, le traitement n'est pas personnalisé et la mise sous insuline quasi-systématique ne présuppose pas le contrôle des complications par les soignants en France ⁽³⁾.

Enfin, les soins de santé associés aux prestations des maisons départementales des personnes handicapées que sont l'allocation adulte handicapé, l'accompagnement d'élèves en situation de handicap, les séjours en établissement médico-social et les aides aux vacances bénéficient aussi aux publics étrangers sans qu'une étude analytique n'ait été portée à la connaissance de rapporteure.

Recommandation n° 59 : modifier l'article L. 425-9 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile afin de remplacer la mention « vie privée et familiale » inscrite sur le titre de séjour d'un étranger malade par la mention « séjour pour soins ».

Recommandation n° 60 : supprimer dès que possible le dispositif de séjour pour soins ouvert par l'article L. 425-9 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile.

c. Les soins programmés

Concernant les soins programmés, la situation est relativement simple. Que ce soit concernant des accords avec les pays européens ou hors Union européenne, comme dans l'accord spécifique avec l'Algérie, votre rapporteure préconise de rétablir le prépaiement afin d'éviter la constitution des créances, voire dans certains cas de stocks de créances.

Il est important de noter que dans ce même cadre ⁽⁴⁾, le remboursement est également soumis à une autorisation de la Caisse nationale de l'assurance maladie dans les conditions de l'article R. 160-2 du code de la sécurité sociale. Il s'agit de prises en charge nécessitant le recours à des infrastructures ou équipements coûteux, et qui impliquent une durée d'hospitalisation supérieure à un jour.

(1) Conseil d'État n° 502417, Mbaku-Milandu, 2 février 2026.

(2) Rapport annuel au Parlement du service médical établi en application de l'article L. 425-9 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile, mars 2023, p. 19.

(3) *Ibid.*, p.19.

(4) Centre national des soins à l'étranger, réponses au questionnaire de la rapporteure, p. 4.

Les hôpitaux ont pris conscience de ce phénomène et ont mis peu à peu en place des systèmes pour le limiter.

Comme l'indiquait M. Bruno Gérard, associé secteur public du cabinet d'audit *Ernst & Young*, des « *créances sont restées irrécouvrables pour des montants parfois significatifs car, une fois que le patient est retourné dans son pays, il est impossible de le rattraper (...). En consolidant l'ensemble des établissements, on pourrait arriver à des sommes importantes* » ⁽¹⁾.

Recommandation n° 61 : généraliser le principe d'un prépaiement obligatoire pour la prise en charge d'étrangers non-affiliés au régime général de la sécurité sociale.

Enfin, la rapporteure ne saurait conclure son propos relatif aux dispositifs permettant aux étrangers de bénéficier de soins **sans évoquer les dispositions européennes et bilatérales qui encadrent le règlement de soins dispensés** dans un pays autre que celui d'affiliation d'un assuré social. Le régime applicable diffère d'ailleurs selon que le pays appartient ou non à l'Union européenne.

Dans l'affirmative, le droit européen garantit aux citoyens de l'Union européenne la **portabilité des droits à l'assurance maladie** offerts dans leur pays de résidence.

La **prise en charge des soins « médicalement nécessaires au cours d'un séjour temporaire »** est encadrée, en droit français, par l'article R. 160-1 du code de la sécurité sociale ⁽²⁾. Un assuré étranger bénéficie d'une avance de frais de la part de la Caisse nationale de l'assurance maladie, qui est ensuite remboursée par la caisse du pays d'affiliation au travers du Centre national des soins à l'étranger ⁽³⁾.

Dans le cadre ordinaire de ses prérogatives, **celui-ci rembourse les soins prodigués dans l'Union européenne à des assurés français à hauteur 212,4 millions d'euros en 2024**. Ce montant représente 54 % de l'ensemble des remboursements ⁽⁴⁾. Ce montant est en constante augmentation depuis 2020, quand les montants remboursés aux caisses des pays de l'Union européenne étaient de 11,8 millions d'euros seulement ⁽⁵⁾.

Pour les pays n'appartenant pas à l'Union européenne, **le remboursement est encadré par plus d'une trentaine d'accords bilatéraux** négociés conjointement par le ministère des affaires étrangères et la division des affaires

(1) *Audition de M. Bruno Gérard, associé audit secteur public chez Ernst & Young France, 21 janvier 2026.*

(2) *Qui fait application des règlements CE 883/2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale et des règlements CE 987/2009 fixant les modalités d'application du règlement (CE) n° 883/2004.*

(3) *Les soins programmés sont des soins ou traitements planifiés à l'avance et qui, par définition, n'interviennent pas à l'occasion d'un séjour touristique dans un pays étranger.*

(4) *Centre des liaisons européennes et internationales de sécurité sociale, « Décryptage : 2023 semble marquer la fin de l'impact direct de la crise sanitaire sur les dépenses relatives aux soins de santé internationaux », p. 7.*

(5) *Ibid.*

communautaires et internationales de la direction de la sécurité sociale⁽¹⁾. Le montant remboursé atteint en moyenne annuelle 12 millions d'euros sur la période 2020-2024⁽²⁾.

Recommandation n° 62 : renforcer l'application et multiplier les conventions internationales en matière de sécurité sociale.

Votre rapporteure observe que les montants en jeu ne peuvent être déterminés à partir des réponses qui lui ont été apportées, entre autres, par l'assurance maladie. Pire et comme indiqué précédemment, les services de la Caisse nationale de l'assurance maladie ont été jusqu'à indiquer que les données de dépenses de la protection universelle maladie n'étaient pas disponibles par nationalité, faute d'études et de moyens spécifiques consacrés à ce sujet.

Dans le même temps, elle constate, à l'instar du Centre des liaisons européennes et internationales de sécurité sociale, que le montant des créances contractées par certains pays du Maghreb à l'égard de la France est maintenu à un niveau « artificiellement » bas⁽³⁾. En effet, les autorités de certains pays refusent depuis 2020 de réunir la commission mixte permettant à chaque caisse de présenter ses observations et les montants ajustés des créances réciproques⁽⁴⁾.

Sur ce dernier point, votre rapporteure juge urgent de solliciter le ministère des affaires étrangères et la division compétente de la direction de la sécurité sociale afin de relancer les négociations bilatérales avec les pays réfractaires. Il y va de la confiance des citoyens qui comprendraient mal que certains ressortissants étrangers reçoivent des soins sans reste à charge, au seul motif que les États dont ils détiennent la nationalité refusent de reconnaître leurs dettes à l'égard de la France.

À partir du seul exemple de Mayotte, votre rapporteure considère qu'il existe un dangereux risque de glissement de notre système de protection sociale vers la prise en charge de missions relevant plutôt du champ des organisations non-gouvernementales ou de l'aide humanitaire.

Recommandation n° 63 : ordonner à la direction compétente du ministère des affaires étrangères et à la division des affaires communautaires et internationales de la direction de la sécurité sociale de relancer les discussions avec les pays refusant la tenue des commissions mixtes facilitant le remboursement des frais de santé.

(1) Direction de la sécurité sociale, réponses au questionnaire de la rapporteure.

(2) *Ibid.*

(3) Centre des liaisons européennes et internationales de sécurité sociale, « Décryptage : 2023 sembler marquer la fin de l'impact direct de la crise sanitaire sur les dépenses relatives aux soins de santé internationaux », p. 7.

(4) *Ibid.*

• Outre la branche maladie de la sécurité sociale, **le risque pauvreté comporte des vulnérabilités susceptibles d'affecter la confiance des citoyens** dans la qualité de la gestion de ce service public.

À cet égard, la rapporteure rappelle que de nombreuses prestations non-contributives bénéficient, en l'état du droit, à des publics étrangers sans autre condition qu'une résidence minimale de cinq ans pour le revenu de solidarité active, et la détention d'un titre de séjour en cours de validité pour l'aide personnalisée au logement ⁽¹⁾. Au fait des risques élevés de fraude à la résidence, elle prône un **affermissment des critères d'éligibilité à ces prestations non contributives**.

La jurisprudence du Conseil constitutionnel ouvre la voie à un encadrement des dispositions traduisant la « *mise en œuvre d'une politique de solidarité nationale en faveur des personnes défavorisées* ». Pour ce qui est du revenu de solidarité active ⁽²⁾, des exigences accrues se justifient en raison de l'objet même de la prestation destinée à permettre l'insertion professionnelle des bénéficiaires. Votre rapporteure, par ailleurs consciente des limites qui découlent du onzième alinéa du Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946 ⁽³⁾, estime qu'un allongement de la durée de résidence nécessaire à la perception du revenu de solidarité active et des allocations logement est conforme à la Constitution.

Concernant **le point particulier des conditions de résidence, votre rapporteure déplore fortement l'absence de communication du rapport mentionné par le chef de service de l'Inspection générale des affaires sociales** lors de son audition par la commission d'enquête, malgré les relances opérées auprès du cabinet de la ministre chargée de la santé et des solidarités.

Cela ne l'empêche pas de souhaiter, une fois de plus, **une harmonisation des conditions de délais de résidence entre la France et les autres pays de l'Union européenne**.

Recommandation n° 64 : affermir les conditions de résidence ouvrant le bénéfice du revenu de solidarité active et des allocations logements aux ressortissants étrangers.

Recommandation n° 65 : harmoniser les conditions de délais de résidence entre la France et les autres pays de l'Union européenne.

(1) Article L. 262-4 du code de l'action sociale et des familles. Le critère de résidence est apprécié à compter de la délivrance d'un titre de séjour autorisant la personne ressortissante d'un autre État que la France à travailler.

(2) Décision n° 2011-137 QPC du 17 juin 2011, M. Zeljko S, paragr. 4 à 6.

(3) « Elle garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé, la sécurité matérielle, le repos et les loisirs. »

Le rapporteure indique, en guise de conclusion de cette partie, que la lutte contre la fraude et les dispositifs de soins non-recouverts à des non-cotisants sont le pilier du rétablissement de la justice sociale. En revanche, elle rappelle que ce seul focus ne doit en rien occulter les différents dysfonctionnements répertoriés dans le présent rapport, autrement plus générateurs d'incertitudes et de manques à gagner.

*

* *

LISTE DES RECOMMANDATIONS

Recommandation n° 1 : mener dès que possible les travaux permettant d'intégrer les comptes de la caisse de sécurité sociale de Mayotte au périmètre de combinaison des comptes faisant l'objet d'une certification par la Cour des comptes.

Recommandation n° 2 : exiger la production d'une annexe pluriannuelle publiée à l'attention du Parlement présentant les engagements futurs de la branche vieillesse en regard des recettes attendues sur la même période.

Recommandation n° 3 : aligner les dates de clôture des comptes des établissements de santé sur le calendrier applicable aux organismes de sécurité sociale.

Recommandation n° 4 : confier à la direction de la sécurité sociale le soin de définir un indicateur de « conformité technologique » à l'échelle de chaque caisse sur le modèle de celui développé par la direction générale des finances publiques. Cet indicateur permettrait notamment de piloter les investissements sur les systèmes d'information afin de réduire le retard technologique accumulé par les différentes caisses.

Recommandation n° 5 : renforcer les moyens et les effectifs de l'Agence nationale de la sécurité des systèmes d'information.

Recommandation n° 6 : assigner un objectif d'investissement dans la sécurisation des systèmes d'information des différentes branches de la sécurité sociale dans les prochaines conventions d'objectifs et de gestion.

Publier une stratégie ministérielle de sécurité numérique applicable à l'ensemble des organismes de sécurité sociale dans l'année suivant la publication du présent rapport d'enquête.

Recommandation n° 7 : assortir systématiquement l'article liminaire des lois de financement de la sécurité sociale d'une présentation du solde des administrations de sécurité sociale hors Caisse d'amortissement de la dette sociale, afin de distinguer la capacité de financement courante des régimes de l'excédent comptable lié à l'amortissement de la dette passée.

Recommandation n° 8 : conditionner toute reprise de dette par la Caisse d'amortissement de la dette sociale à une trajectoire de retour à l'équilibre courant de la sécurité sociale.

Recommandation n° 9 : entamer une réflexion sur la pertinence du système issu des « ordonnances Juppé » de 1996 et ses évolutions envisageables pour garantir un réel équilibre budgétaire, prévenir tout risque de roulement de la dette sociale et envisager la clôture de la Caisse d'amortissement de la dette sociale.

Recommandation n° 10 : pour que les parlementaires aient le temps d'analyser les amendements de modification des tableaux d'équilibre et de l'article « tuyau » avec les votes intervenus, garantir un délai de vingt-quatre heures entre leur dépôt et leur examen pour la bonne tenue des débats et un choix éclairé.

Recommandation n° 11 : à défaut de mise à jour des annexes au projet de loi de financement de la sécurité sociale en cours d'examen, intégrer à l'article relatif aux transferts financiers entre administrations de sécurité sociale une annexe amendable qui retracerait précisément les affectations de recettes entre branches et les évolutions intervenues au cours de la navette parlementaire.

Recommandation n° 12 : poursuivre la simplification du schéma de financement de la sécurité sociale en supprimant les taxes à très faible rendement et en mettant en cohérence l'objet des prélèvements avec les politiques publiques menées par l'organisme attributaire.

Recommandation n° 13 : compléter la fiche consacrée aux mécanismes d'équilibrage dans le rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale par une ventilation des flux financiers par branche concernée, par type de mécanisme et par régime bénéficiaire pour que le Parlement puisse en apprécier l'incidence réelle sur le solde de chaque branche.

Recommandation n° 14 : compléter les tableaux d'équilibre des lois de financement par une présentation des soldes de chaque branche avant transferts, en sus de la présentation actuelle après transferts, afin de permettre au Parlement d'apprécier la situation financière intrinsèque de chaque branche et sa contribution réelle au solde d'ensemble des administrations publiques.

Recommandation n° 15 : dans l'annexe prévue à la recommandation n° 5 (annexe à l'article relatif aux transferts financiers entre administrations de sécurité sociale), reprendre les éléments publiés dans le rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale détaillant l'ensemble des transferts financiers entre branches, d'une part, et entre la sécurité sociale et les autres administrations publiques, d'autre part, en distinguant les prises en charge de cotisations et de prestations, les mécanismes d'équilibrage et les transferts au titre de la solidarité et de la compensation démographique.

Recommandation n° 16 : assurer la transparence du financement du régime de retraites de la fonction publique de l'État en modifiant la convention de présentation de la contribution de l'État au compte d'affectation spéciale *Pensions* pour la décomposer en trois éléments distincts :

- i) la cotisation employeur calculée à un taux comparable à celui du secteur privé, corrigé le cas échéant des différences d'assiettes ;
- ii) le financement des dépenses non contributives (minima de pension, avantages familiaux, périodes non cotisées) ;
- iii) la subvention d'équilibre liée au déséquilibre démographique du régime.

En tirer les conséquences sur la présentation des comptes du régime de la fonction publique de l'État dans les rapports à la Commission des comptes de la sécurité sociale et dans les tableaux d'équilibre figurant dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale.

Recommandation n° 17 : fournir, en annexe aux projets de loi de financement de la sécurité sociale et aux projets de loi d'approbation des comptes de la sécurité sociale, une présentation des comptes de chaque branche avant refinancement entre administrations (État, sécurité sociale, collectivités territoriales). Cette présentation permettrait d'apprécier la situation financière intrinsèque de chaque branche avant la neutralisation des flux croisés qui brouillent aujourd'hui la lecture des déficits par branche.

Recommandation n° 18 : au-delà de l'implémentation technique de la solidarité à la source, mener une réflexion globale pour repenser le sens de chaque prestation sociale et, en conséquence, les conditions pour y prétendre.

Recommandation n° 19 : accélérer l'harmonisation progressive des bases ressources des prestations sociales autour d'un revenu social de référence unique, adossé au dispositif de ressources mensuelles (DRM).

Recommandation n° 20 : poursuivre en parallèle l'extension du périmètre du dispositif de ressources mensuelles aux revenus qui n'y sont toujours pas intégrés, tels que les pensions alimentaires, les revenus des travailleurs indépendants et les revenus perçus à l'étranger.

Recommandation n° 21 : prévoir, à terme, la fusion des nombreuses prestations existantes au sein d'un groupement d'allocation le plus large possible dans des conditions qui garantissent un gain systématique au travail.

Recommandation n° 22 : pérenniser le suivi mensuel des dépenses des administrations de sécurité sociale et des administrations publiques locales.

Recommandation n° 23 : rendre publics les comptes rendus des comités mensuels dans un souci de transparence.

Recommandation n° 24 : modifier les dispositions légales et organiques afin de soumettre la nomination des directeurs de caisse nationale et de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale au vote des commissions parlementaires compétentes.

Recommandation n° 25 : fixer à cinq ans la durée du mandat des directeurs généraux de caisse, sur le modèle de la Caisse nationale de l'assurance maladie.

Recommandation n° 26 : attribuer le pilotage stratégique et politique du service public de la sécurité sociale à un ministre d'État chargé de la protection sociale ayant compétence sur l'ensemble des ministères en charge de la conduite des politiques publiques qui s'y réfèrent.

Recommandation n° 27 : repousser la date limite de dépôt annuel du projet de loi d'approbation des comptes de la sécurité sociale au 15 juin.

Recommandation n° 28 : permettre d'amender les conventions d'objectifs et de gestion en cas de changement majeur de l'économie générale du contrat et prévoir une information spécifique des commissions compétentes de l'Assemblée nationale et du Sénat lorsqu'un tel changement intervient.

Recommandation n° 29 : intégrer au calendrier des travaux de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale des auditions régulières des caisses et de la direction de la sécurité sociale sur l'exécution des conventions d'objectifs et de gestion.

Recommandation n° 30 : créer une « convention d'objectifs et de gestion cadre » portant sur les sujets transversaux à toutes les branches de la sécurité sociale.

Recommandation n° 31 : prévoir un débat, voire un vote du Parlement sur les objectifs et les éléments de cette convention-cadre.

Recommandation n° 32 : inscrire cette convention-cadre dans une réflexion globale sur le pilotage pluriannuel de la sécurité sociale.

Recommandation n° 33 : simplifier le régime de la prescription en matière sociale en alignant le délai de prescription en matière de prestations sociales sur celui applicable en matière de cotisations sociales et de droit fiscal pour le faire passer de deux à trois ans.

Recommandation n° 34 : créer dans chaque branche une base d'archivage des cotisations prélevées et des prestations versées permettant de conserver les données sur toute la période de prescription des indus frauduleux, soit au moins vingt ans.

Recommandation n° 35 : approfondir les travaux permettant aux organismes chargés du recouvrement des cotisations de distinguer les redressements relevant de la fraude dans le cadre des contrôles comptables d'assiette.

Recommandation n° 36 : confier à la mission interministérielle de coordination anti-fraude la création d'une typologie et d'un référentiel communs à l'ensemble des caisses de sécurité sociale et à l'administration en matière d'actes frauduleux ou quasi-frauduleux. Rendre ce référentiel opposable aux caisses et aux administrations concernées.

Recommandation n° 37 : créer un ministère chargé de la lutte contre la fraude afin d'assurer le pilotage politique de la coordination anti-fraude.

Recommandation n° 38 : dresser un bilan de la réforme de l'abus de droit dans le champ du recouvrement issue de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2024 d'ici la fin de l'année 2026.

Recommandation n° 39 : transposer la notion d'abus de droit aux autres branches de la sécurité sociale et à l'assurance chômage.

Recommandation n° 40 : aligner les pénalités applicables en cas d'abus de droit dans le champ social (20 % du montant des cotisations et contributions éduées) sur celles applicables en matière fiscale (de 40 % à 80 % suivant les situations).

Recommandation n° 41 : engager rapidement des travaux d'évaluation sur la fraude des travailleurs indépendants menés par l'administration fiscale et les Unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales, comme le propose le Haut Conseil du financement de la protection sociale.

Recommandation n° 42 : pour les recettes recouvrées par l'administration fiscale, tenter de distinguer fraudes et erreurs pour disposer d'une évaluation de la fraude au sens strict sur l'ensemble du champ sécurité sociale.

Recommandation n° 43 : accélérer et intensifier les travaux de complétion du périmètre d'évaluation de la fraude sociale en intégrant les champs non couverts de l'assurance maladie et de la branche recouvrement (travailleurs indépendants et recettes fiscales affectées) et en produisant des données consolidées pour la branche autonomie.

Recommandation n° 44 : développer un indicateur de complétude du périmètre couvert par les évaluations.

Recommandation n° 45 : assurer un suivi spécifique des nouveaux dispositifs de tiers payant, en particulier s'agissant de la prise en charge des fauteuils roulants.

Recommandation n° 46 : renforcer les moyens du service national de lutte contre la fraude à enjeux qui a démontré son intérêt dans la lutte contre la fraude organisée.

Recommandation n° 47 : répliquer le modèle du service national de lutte contre la fraude à enjeux dans l'ensemble des branches et accroître le lien de ces structures avec la mission interministérielle de coordination anti-fraude sous l'autorité d'un ministre chargé de la lutte contre la fraude.

Recommandation n° 48 : renforcer la régulation des centres de santé dans le prolongement des lois dites « Khattabi » et « Valletoux ».

Recommandation n° 49 : réduire les délais de transmission des factures et pièces justificatives permettant aux professionnels de santé de bénéficier du remboursement en tiers-payant.

Recommandation n° 50 : étendre les obligations légales de contrôle et de sanction des fraudes aux maisons départementales des personnes handicapés.

Recommandation n° 51 : confier au Haut Conseil du financement de la protection sociale une revue annuelle consolidée des données relatives aux indus afin de déterminer leur montant total et leurs sous-jacents.

Recommandation n° 52 : fournir une étude complémentaire afin d'expliquer l'écart entre les 2,4 millions de dossiers actifs listés dans le rapport de certification des comptes pour l'exercice 2024 et les 400 000 dossiers actifs mentionnés par la Cour des comptes dans le rapport afférent à l'exercice 2025.

Recommandation n° 53 : faire évoluer le cadre législatif et réglementaire pour que l'assurance maladie puisse rendre compte des prestations de santé servies en fonction du statut administratif et de la nationalité de l'assuré.

Recommandation n° 54 : confier à la Cour des comptes la réalisation d'un exercice annuel de décomposition documentée de l'écart entre le nombre de bénéficiaires de la protection universelle maladie et le nombre de résidents recensés par l'Institut national de la statistique et des études économiques.

Recommandation n° 55 : suspendre le versement de toute allocation en l'absence de fourniture d'un certificat de vie datant de moins d'un an.

Recommandation n° 56 : confier à la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques la réalisation d'une étude annuelle portant sur les dépenses des différentes branches de la sécurité sociale spécifiques aux personnes nées étrangères à l'étranger.

Recommandation n° 57 : aligner le cadre juridique français sur celui d'autres pays européens en matière de soins prodigués à des personnes non-affiliées.

Recommandation n° 58 : réduire le panier de soins offert par l'aide médicale de l'État aux seuls soins urgents pour lesquels une absence de traitement serait susceptible de dégrader sévèrement le pronostic vital du patient.

Recommandation n° 59 : modifier l'article L. 425-9 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile afin de remplacer la mention « vie privée et familiale » inscrite sur le titre de séjour d'un étranger malade par la mention « séjour pour soins ».

Recommandation n° 60 : supprimer dès que possible le dispositif de séjour pour soins ouvert par l'article L. 425-9 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile.

Recommandation n° 61 : généraliser le principe d'un prépaiement obligatoire pour la prise en charge d'étrangers non-affiliés au régime général de la sécurité sociale.

Recommandation n° 62 : renforcer l'application et multiplier les conventions internationales en matière de sécurité sociale.

Recommandation n° 63 : ordonner à la direction compétente du ministère des affaires étrangères et à la division des affaires communautaires et internationales de la direction de la sécurité sociale de relancer les discussions avec les pays refusant la tenue des commissions mixtes facilitant le remboursement des frais de santé.

Recommandation n° 64 : affermir les conditions de résidence ouvrant le bénéfice du revenu de solidarité active et des allocations logements aux ressortissants étrangers.

Recommandation n° 65 : harmoniser les conditions de délais de résidence entre la France et les autres pays de l'Union européenne.

EXAMEN EN COMMISSION

Lors de sa réunion du mardi 2 juin 2026, la commission d'enquête procède à l'examen, à huis clos, du projet de rapport.

Mme la présidente Annie Vidal. Depuis sa réunion constitutive du 6 janvier, cette commission d'enquête aura siégé à trente-trois reprises, pour plus de quarante-quatre heures d'auditions, auxquelles il faut ajouter les deux déplacements de la rapporteure dans les Bouches-du-Rhône et au siège de la Caisse nationale de l'assurance maladie.

J'ai le sentiment que notre travail a été à la fois dense, sérieux et respectueux de chacun. En tant que présidente, garante de nos travaux, j'ai veillé à ce que toutes les opinions puissent s'exprimer, aussi bien parmi les membres de la commission que s'agissant des personnes auditionnées. Je remercie les collègues qui ont participé avec assiduité aux auditions ainsi que nos invités pour l'expertise et les éclairages qu'ils nous ont apportés.

Nous avons pu discuter et débattre. Les comptes rendus attestent le sérieux de nos échanges et leur technicité parfois très élevée. Nous nous sommes confrontés à une tâche aride, complexe et peu propice aux éclats de voix et aux oppositions idéologiques. C'était un travail ingrat, mais qui a sa vertu.

Permettez-moi de citer les propos par lesquels Mme Amélie de Montchalin, alors ministre, a conclu son audition : « Le climat d'écoute et de travail exigeant dans lequel se déroulent les travaux de votre commission d'enquête est à l'honneur de la démocratie. Ce travail en profondeur sur des sujets aussi complexes, malgré nos divergences partisans et nos différences d'approche, honore vraiment le Parlement. La question majeure du financement de la sécurité sociale nécessitait que l'on y consacre un peu de temps. Je vous remercie de l'avoir fait. » Je crois que chacun pourra se retrouver dans ce jugement et je remercie les membres des différents groupes d'avoir fait en sorte que nos travaux se déroulent dans les meilleures conditions.

Les contributions que les commissaires souhaiteraient rédiger seront annexées au rapport au moment de sa publication. Elles pourront être transmises aux services jusqu'à jeudi, à 17 heures. Puisqu'elles n'engagent que leurs signataires, elles ne seront pas soumises à un vote.

À l'issue de notre discussion d'aujourd'hui, je mettrai aux voix l'adoption du projet de rapport. Conformément à l'ordonnance du 17 novembre 1958, sa publication aura lieu à l'expiration d'un délai de cinq jours francs, soit après la journée de lundi. Dans l'intervalle, je vous demanderai de ne pas communiquer les documents en votre possession.

Madame la rapporteure, permettez-moi de vous adresser les mêmes remerciements qu'aux autres membres de la commission. Si nos auditions, qui se sont déroulées sous le regard des Français, ont été sérieuses, c'est que, malgré les divergences qui nous opposent, vous les avez menées dans un esprit constructif. Comme plusieurs de nos collègues, j'ai consulté le projet de rapport au cours des derniers jours. Il vous revient désormais d'en exposer officiellement les conclusions et de répondre aux éventuelles objections ou questions des collègues présents.

Mme Joëlle Mélin, rapporteure. Merci, madame la présidente, pour ces mots qui illustrent bien la réalité des travaux menés sous votre œil attentif. Je tiens aussi à vous remercier pour votre investissement et pour la position constructive que vous avez adoptée tout au long de nos travaux, preuve de votre attachement au respect des pouvoirs de contrôle du Parlement et des groupes d'opposition.

Six mois, c'est à la fois bien long et bien court pour s'attaquer à un objet aussi dense et étendu que les incertitudes budgétaires et comptables qui affectent la gestion des organismes de sécurité sociale. Je l'affirme d'autant plus aisément que ces questions – privilège de l'expérience – suscitent tout à la fois mon intérêt et mes inquiétudes depuis plus de trente ans. Le présent rapport constitue l'aboutissement d'un travail que j'ai commencé, à titre personnel et très modestement, comme professionnelle de santé et comme citoyenne.

C'est aussi, j'y insiste, un état des lieux que nous avons voulu le plus objectif possible, car il en allait de notre crédibilité comme principal groupe d'opposition, au sujet des déterminants de la gestion des organismes de sécurité sociale et des difficultés qui s'y rattachent.

Enfin, je n'ai nul besoin de dissimuler la dimension programmatique de ce rapport et de ses recommandations. Si le constat se veut méthodique et scientifique, la recherche de solutions aux problématiques que nous avons abordées ensemble implique, c'est bien légitime, que la politique reprenne ses droits.

Pour ce qui est du constat, je retiens principalement trois enseignements de nos travaux.

En premier lieu, l'organisation du service public de la sécurité sociale souffre de nombreuses ambiguïtés. Avec un mode de fonctionnement à mi-chemin entre gestion paritaire et étatisation, la chaîne de responsabilités des acteurs apparaît confuse. Pire, les parlementaires n'ont qu'un pouvoir d'action restreint dans ce champ pourtant majeur de l'action publique. À titre d'exemple, nous n'avons qu'une très faible influence pour ce qui est des conditions de nomination des directeurs de caisse, alors qu'ils sont les véritables responsables de la conduite des politiques publiques. De même, lors de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale, notre action se limite pour l'essentiel à voter des objectifs de dépenses, sans réel pouvoir de contrôle sur leur exécution.

Le deuxième constat est plus évident car il est transversal : comme dans d'autres champs de l'action publique, l'inflation et l'instabilité normatives affectent

très largement la qualité du service rendu aux usagers et les conditions de travail des personnels. Ainsi, les réformes qui ont affecté le versement de la prime d'activité et les modalités de calcul des allocations logement en 2019 et 2021 ont très fortement dégradé la qualité des indicateurs de risque de la branche famille.

Dernier constat, l'exigence de justice consubstantielle à la préservation de notre modèle social implique une série de clarifications, qu'il s'agisse de la diminution des indus, de l'efficacité de la lutte contre certains schémas de fraude en bande organisée, ou de la légitimité de prestations versées à des populations qui ne contribuent pas, ou seulement marginalement, au financement de la protection sociale.

En miroir de ces constats, notre rapport préconise notamment de renforcer le rôle des commissions parlementaires s'agissant des conditions de nomination des directeurs généraux de caisse, et plus encore de permettre aux parlementaires de débattre des conventions d'objectifs et de gestion signées par les branches et de les amender.

En matière de simplification normative, la question de la création d'une allocation sociale unique est évidemment posée. Ce sera, à n'en pas douter, un important sujet de débat l'année prochaine.

En réponse à notre troisième constat, nous avons listé une série de préconisations telles que le renforcement des contrôles sur les assurés résidant à l'étranger. Je ne m'y attarderai pas, sinon pour dire qu'elles me semblent relever du bon sens si nous voulons préserver, dans un cadre national, le principe fondateur de la sécurité sociale, souvent résumé en : « de chacun selon ses moyens à chacun selon ses besoins ».

Je tiens à tous vous remercier et je vous invite à voter en faveur de la publication de ce rapport, qui me paraît utile aussi bien pour les agents et dirigeants que pour les usagers de ce bien commun que constitue la sécurité sociale.

M. Thibault Bazin (DR). Je vous remercie pour le travail que vous avez fourni ainsi que pour la qualité de votre rapport et de vos recommandations. Le programme des auditions a été très dense.

J'ai consulté le rapport la semaine dernière et j'en rejoins certains constats. La sécurité sociale a effectivement une gouvernance ambiguë. Je trouve intéressante votre préconisation de faire intervenir le Parlement à propos des conventions d'objectifs et de gestion des différentes caisses.

Vous avez également raison d'appeler à ne pas confondre l'audit et la certification avec la performance.

Le rapport aborde, à juste titre, l'enjeu des systèmes d'information. À chaque réforme se pose la question de notre capacité à l'appliquer. On l'a bien vu pendant les débats relatifs au congé de naissance s'agissant des délais et des

difficultés de mise en œuvre. La complexité du système et la fraude qu'elle génère sont un véritable enjeu. La Cour des comptes a d'ailleurs présenté il y a quelques jours à la commission des affaires sociales un rapport qui rejoint vos préconisations. Je trouve très intéressant que vous soyez restée au cœur de l'actualité et que vous ayez amendé votre rapport pour tenir compte de cette audition.

Vous proposez par ailleurs d'élargir le périmètre du projet de loi de financement de la sécurité sociale, qui ne correspond pas à celui des administrations de sécurité sociale : il ne couvre qu'une partie des dépenses de protection sociale, ce qui conduit à une confusion. La Cour des comptes avait déjà fait cette recommandation à plusieurs reprises. Il est vrai que la situation soulève des questions, notamment à propos de l'assurance chômage, de l'Agirc-Arrco et de l'avenir de la Caisse d'amortissement de la dette sociale.

Les transferts entre branches, qui nous valent des débats sans fin avec la commission des finances, rendent les comptes sociaux profondément illisibles. Ils font courir le risque d'une perte définitive du sens de la cotisation. Le rapport pose bien cette question essentielle pour l'avenir de la protection sociale. Je ne sais pas qui sera candidat à la prochaine élection présidentielle, mais ce sera un sujet important.

J'ai trouvé très intéressant le paragraphe consacré aux retraites des fonctionnaires, au sujet desquelles on entend tout et son contraire. Il faut reconnaître que la contribution d'équilibre pose un problème de lisibilité. Modifier un peu le périmètre permettrait peut-être d'y voir plus clair.

Je voterai en faveur de la publication du rapport, en espérant que nous pourrions donner suite à certaines recommandations relevant de la loi organique ou de la loi ordinaire. D'autres mesures, en revanche, nécessitent un changement de pratique qui n'est pas du ressort du Parlement.

M. Stéphane Viry (LIOT). Je salue également tout le travail accompli par Joëlle Mélin sur ce sujet qui lui tient à cœur. Je suis très favorable à la publication du rapport, non pour nous mais pour l'opinion publique : les assurés sociaux méritent de savoir où l'on va.

Pour notre génération, le « trou de la Sécu » est un véritable serpent de mer. Il est temps d'apporter des réponses à ce que notre rapporteure a pudiquement qualifié d'incertitudes budgétaires, et qui relève plutôt du déficit chronique et de l'incapacité à garantir que les branches tiennent les promesses républicaines faites aux assurés. Si on avait des certitudes, on ne parlerait pas du trou de la sécurité sociale : il y aurait un pilotage, des décisions et peut-être une responsabilisation des uns et des autres.

Si des divergences nous opposent souvent, madame la rapporteure, je ne doute pas un instant que le présent rapport soit une source d'inspiration pour les décideurs, qu'ils soient élus, cadres ou dirigeants de caisse. J'avais à l'origine certains doutes sur la pertinence d'une telle commission d'enquête : ils ont été levés

et j'ai foi dans l'utilité de notre travail pour l'avenir de la sécurité sociale, qu'il s'agisse de son périmètre ou de son financement.

Mme la présidente Annie Vidal. Puisqu'il n'y a plus de demande de prise de parole, je mets aux voix le projet de rapport.

La commission adopte le rapport à l'unanimité.

Mme la présidente Annie Vidal. La publication aura donc lieu dans une semaine. Je vous remercie, chers collègues, pour le travail accompli au cours des six derniers mois et pour la qualité de nos échanges.

*

* *

ANNEXE N° 1 : LISTE DES PERSONNES ENTENDUES

(Par ordre chronologique)

- **MM. Bernard Lejeune**, président de la sixième chambre, **Jean-Luc Fulachier**, conseiller maître et président de section à la sixième chambre, et **Michel Tomas**, conseiller maître à la sixième chambre de la Cour des comptes.
- **Mmes Marie-Christine Lepetit**, présidente, et **Marie-Pierre Calmel**, directrice générale du Conseil de normalisation des comptes publics.
- **M. Robert Ophèle**, président, et **Mme Géraldine Viau-Lardennois**, directrice générale du collège de l’Autorité des normes comptables.
- **M. Bruno Gérard**, associé audit secteur public chez Ernst & Young France*.
- **Mme Virginie Magnant**, secrétaire générale, et **MM. Nassim Mekeddem**, chef de projet auprès de la secrétaire générale, et **Bruno Gigueaux**, chef du bureau de la maîtrise des risques financiers à la direction des finances, des achats et des services du secrétariat général des ministères sociaux.
- **MM. Thomas Wanecq**, directeur, et **Franck Arnaud**, sous-directeur des synthèses, des études économiques et de l’évaluation de direction de la recherche, des études, de l’évaluation et des statistiques (Drees).
- **M. Alexis Klein**, secrétaire général de la mission comptable permanente, et **Mme Anne Fichen**, sous-directrice des études et des prévisions financières de la direction de la sécurité sociale.
- **M. Jean-Pierre Viola**, secrétaire général de la Commission des comptes de la sécurité sociale.
- **MM. Fabrice Lenglant**, directeur général, et **Guillaume Houriez**, conseiller auprès du directeur des études et synthèses économiques de l’Institut national de la statistique et des études économiques (Insee).
- **MM. Philippe Vincent**, président, **Maximilien Mézard**, directeur de cabinet et délégué général de la Compagnie nationale des commissaires aux comptes*, et **Cyril Brogniart**, directeur des *hubs* public, économie, protection sociale et services financiers du cabinet Grant Thornton.

- **MM. Thomas Fatôme**, directeur général, et **Marc Scholler**, directeur délégué audit, finances et lutte contre la fraude, et **Mmes Bintou Boité**, directrice déléguée des systèmes d'information, **Aurélie Combas-Richard**, directrice déléguée aux opérations, et **Véronika Lévendof**, chargée des relations avec le Parlement de la Caisse nationale de l'assurance maladie.
- **MM. Nicolas Grivel**, directeur général, et **Laurent Treluyer**, directeur des systèmes d'information, et **Mmes Lorraine Canton**, responsable de la sécurisation des activités à la direction comptable et financière, et **Klara Le Corre**, chargée des relations institutionnelles de la Caisse nationale des allocations familiales.
- **M. Renaud Villard**, directeur général, **Mme Véronique Puche**, directrice déléguée au système d'information et au pilotage des transformations, et **M. Thomas Gagniarre**, directeur comptable et financier de la Caisse nationale d'assurance vieillesse.
- **M. Damien Ientile**, directeur, **Mmes Camille L'Hernault**, directrice comptable et financière, et **Caroline Rossigneux-Meheust**, secrétaire générale, et **M. Jean-Baptiste Courouble**, directeur des systèmes d'information de l'Urssaf Caisse nationale.
- **M. Maëlig Le Bayon**, directeur général, **Mme Aude Muscatelli**, directrice générale adjointe, et **MM. Cédric Bastelica**, directeur comptable et financier, **Jean-Michel Lamiaux**, responsable de la mission contrôle interne et conformité, et **Macaire Lawin**, directeur des systèmes d'information de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.
- **Mme Amélie de Montchalin**, ministre de l'action et des comptes publics.
- **MM. Franck von Lennep**, conseiller maître à la Cour des comptes, ancien directeur de la sécurité sociale, et **Morgan Delaye**, chef de service à la direction de la sécurité sociale.
- **M. Jean Pascal Beaufret**, inspecteur général des finances à la retraite, ancien directeur général des impôts.
- **Mmes Céline Roy**, directrice des assurés de l'étranger, et **Stéphanie Toussaint**, responsable du Service administratif national d'identification des assurés.
- **Mme Françoise Le Fur**, directrice générale, et **MM. Jean François Le Guern**, directeur comptable et financier, et **Christophe Albou**, directeur adjoint du Centre national des soins à l'étranger.
- **M. Didier Leschi**, directeur général de l'Office français de l'immigration et de l'intégration.
- **M. Dominique Libault**, président du Haut Conseil du financement de la protection sociale et directeur de l'École nationale supérieure de sécurité sociale.

- **MM. Thomas Audigé**, chef, et **Laurent Habert**, président du comité des pairs « protection sociale » de l'Inspection générale des affaires sociales.
- **MM. Éric Belfayol**, chef, et **Pierre Barbier**, chef de projet « Enjeux sociaux » à la mission interministérielle de coordination anti-fraude.
- **MM. Pierre Pribile**, directeur, et **Morgan Delaye**, adjoint au directeur et chef de service à la direction de la sécurité sociale.
- **M. Jean-Pierre Farandou**, ministre du travail et des solidarités, et **Mme Stéphanie Rist**, ministre de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées.
- **Mme Magali Mangin**, directrice comptable et financière et de la maîtrise des risques, **MM. Jacques Bouldoires**, directeur général du GIE iMSA, et **Thibault Chauvel**, directeur financement et comptabilité, et **Mme Sophie Godrie**, directrice maîtrise des risques institutionnelles de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole.
- **MM. Pierre Ricordeau**, président du conseil d'administration, et **Philippe Petitbon**, secrétaire général de la caisse d'amortissement de la dette sociale.

➤ *Table ronde :*

– **MM. Nicolas Pouvreau-Monti**, directeur général, et **Grégoire Daubigny**, directeur des relations institutionnelles de l'Observatoire de l'immigration et de la démographie ;

– **M. Lionel Ragot**, professeur d'économie à l'université Paris Nanterre et conseiller scientifique au Centre d'études prospectives et d'informations internationales (CEPII) ;

– **M. Jean-Christophe Dumont**, chef de la division des migrations internationales au sein de la direction de l'emploi, du travail et des affaires sociales de l'Organisation de coopération et de développement économiques.

➤ *Table ronde des organisations syndicales :*

– **M. Éric Badonnell**, secrétaire confédéral de la Confédération française démocratique du travail (CFDT) ;

– **M. Joël Raffard**, conseiller confédéral de la Confédération générale du travail (CGT) ;

– **Mmes Christelle Thieffinne**, secrétaire nationale, et **Anne Bernard**, cheffe du service économie et protection sociale de la Confédération française de l'encadrement – Confédération générale des cadres (CFE-CGC) ;

– **MM. Léonard Guillemot**, chef de file santé, assurance maladie et financement de la protection sociale, et **Nassim Chibani**, conseiller technique protection sociale de la Confédération française des travailleurs chrétiens (CFTC).

➤ *Table ronde des organisations patronales :*

– **M. Patrick Martin**, président, **Mmes Diane Milleron-Deperrois**, directrice générale d’Axa santé et collectives et co-présidente de la commission protection sociale, **France Henry-Labordère**, responsable du pôle social, **My-Lan Nguyen**, responsable du pôle affaires publiques, et **Camilia M’Hamed-Saïd**, conseillère auprès du président, et **M. Antoine Bessière**, chargé de mission protection sociale du Mouvement des entreprises de France (Medef) ;

– **MM. Amir Reza-Tofighi**, président, et **Éric Chevée**, vice-président en charge des affaires sociales, et **Mmes Gwendoline Delamare-Deboutteville**, directrice affaires sociales, et **Sandrine Bourgogne**, secrétaire générale adjointe de la Confédération des petites et moyennes entreprises (CPME) ;

– **MM. Michel Picon**, président, et **Christian Pineau**, chef du service relations du travail, protection sociale et dialogue social, et **Mme Thérèse Note**, chargée des relations parlementaires de l’Union des entreprises de proximité (U2P).

** Ces représentants d’intérêts ont procédé à leur inscription sur le répertoire de la Haute Autorité pour la transparence de la vie publique s’engageant ainsi dans une démarche de transparence et de respect du code de conduite établi par le Bureau de l’Assemblée nationale.*

ANNEXE N° 2 :
LISTE DES CONTRIBUTIONS ÉCRITES

- **Conseil d'orientation des retraites**
- **M Joël Raffard**, conseiller confédéral de la confédération générale du travail (CGT)

ANNEXE N° 3 :
LISTE DES INSTITUTIONS ET PERSONNES RENCONTRÉES À
L'OCCASION DES DÉPLACEMENTS

➤ *Déplacement à l'Assistance Publique – Hôpitaux de Marseille (AP-HM) :*

– **Mme Caroline Jacquin**, directrice de cabinet du directeur général de l'Assistance Publique – Hôpitaux de Marseille (AP-HM).

➤ *Déplacement à l'Union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales des Bouches-du-Rhône :*

– **M. Franck Barbe**, directeur régional ;

– **Mme Isabelle Damesin**, sous-directrice contrôle et lutte contre la fraude, Urssaf caisse nationale ;

– **Mme Caroline Rossigneux Meheust**, directrice de la communication et secrétaire générale du conseil d'administration ;

– **Mme Karine Mos**, sous-directrice juridique et contrôle, Urssaf Caisse nationale.

➤ *Déplacement dans le cadre d'un contrôle sur pièces et sur place de la rapporteure au siège de la caisse nationale de l'assurance maladie :*

– **M. Thomas Fatôme**, directeur général de la caisse nationale de l'assurance maladie ;

– **M. Damien Vergé**, directeur de la stratégie des études et des statistiques de la caisse nationale de l'assurance maladie ;

– **Mme Veronika Levendof**, directrice adjointe à la direction de la médiation chargée des relations avec le Parlement et du suivi des travaux législatifs.