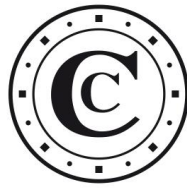


Cour des comptes



FINANCES ET COMPTES PUBLICS

**CERTIFICATION
DES COMPTES DU
RÉGIME GÉNÉRAL DE
SÉCURITÉ SOCIALE**

Exercice 2022

Mai 2023

Sommaire

Procédures et méthodes	5
Délibéré	7
Synthèse	9
PREMIÈRE PARTIE - COMPTES DE L'ACTIVITÉ DU RECOUVREMENT ET DES BRANCHES DU RÉGIME GÉNÉRAL	27
Opinion de la Cour sur les comptes de l'activité de recouvrement de l'exercice 2022	29
A - Opinion de la Cour	30
B - Fondements de l'opinion de la Cour	30
C - Anomalies significatives	31
D - Insuffisances d'éléments probants	33
Opinion de la Cour sur les comptes de la branche maladie de l'exercice 2022	55
A - Opinion de la Cour	56
B - Fondements de l'opinion de la Cour	57
C - Anomalies significatives	57
D - Insuffisances d'éléments probants	59
Opinion de la Cour sur les comptes de la branche accidents du travail – maladies professionnelles de l'exercice 2022	85
A - Opinion de la Cour	86
B - Fondements de l'opinion de la Cour	86
C - Anomalie significative	87
D - Insuffisances d'éléments probants	87
Opinion de la Cour sur les comptes de la branche famille de l'exercice 2022	93
A - Opinion de la Cour	94
B - Fondements de l'opinion de la Cour	94
C - Anomalies significatives	95
D - Insuffisances d'éléments probants	96
Opinion de la Cour sur les comptes de la branche vieillesse de l'exercice 2022	113
A - Opinion de la Cour	114
B - Fondements de l'opinion de la Cour	115
C - Anomalie significative	115
D - Insuffisances d'éléments probants	116

Opinion de la Cour sur les comptes de la branche autonomie de l'exercice 2022	131
A - Opinion de la Cour	132
B - Fondements de l'opinion de la Cour	132
C - Anomalies significatives	133
D - Insuffisances d'éléments probants	135
DEUXIÈME PARTIE - COMPTES DES ORGANISMES NATIONAUX DU RÉGIME GÉNÉRAL	149
Opinion de la Cour sur les comptes de l'Acoss.....	151
A - Opinion de la Cour	151
B - Fondements de l'opinion de la Cour	151
Opinion de la Cour sur les comptes de la Cnam	153
A - Opinion de la Cour	153
B - Fondements de l'opinion de la Cour	153
Opinion de la Cour sur les comptes de la Cnaf	155
A - Opinion de la Cour	155
B - Fondements de l'opinion de la Cour	155
Opinion de la Cour sur les comptes de la Cnav.....	157
A - Opinion de la Cour	157
B - Fondements de l'opinion de la Cour	157
TROISIÈME PARTIE - COMPTE RENDU DES VÉRIFICATIONS OPÉRÉES PAR LA COUR.....	159
I - Caractéristiques de la mission de la Cour	159
A - L'objet de la certification	159
B - Les normes d'audit appliquées.....	160
C - Responsabilité de la Cour à l'égard des comptes	161
II - Caractéristiques des comptes soumis à certification	161
A - Les comptes des organismes de sécurité sociale.....	161
B - Les responsabilités des organismes nationaux du régime général	162
III - Vérifications effectuées par la Cour	162
A - Démarche d'audit	162
B - Vérifications réalisées par la Cour	164
C - Suivi des constats formulés par la Cour au titre de l'exercice 2021	167
IV - Communication des résultats de l'audit.....	170
A - À l'issue des missions intermédiaires	170
B - À l'issue des missions finales	171
Annexes	175
A - Les états financiers de l'exercice 2022	175
B - Liste des abréviations	195

Procédures et méthodes

En application des dispositions de l'article LO. 132-2-1 du code des juridictions financières (CJF), la Cour établit chaque année un rapport de certification des comptes du régime général de sécurité sociale, qu'elle remet au Parlement et au Gouvernement au titre de sa mission constitutionnelle d'assistance au Parlement et au Gouvernement dans le contrôle de l'application des lois de financement de la sécurité sociale (article LO. 111-4-6 du code de la sécurité sociale).

Par cette certification, la Cour se prononce sur la régularité, la sincérité et l'image fidèle donnée par les comptes des entités constitutives du régime général de sécurité sociale sur leur résultat, leur situation financière et leur patrimoine. La Cour conduit ses vérifications en appliquant les normes internationales d'audit. Les conditions dans lesquelles ces normes sont appliquées sont précisées dans la partie du présent rapport consacrée au compte rendu des vérifications opérées par la Cour, établi en application de l'article LO. 132-2-1 du CJF.

Dans l'exercice de sa mission de certification, la Cour fait application des trois principes fondamentaux qui gouvernent son organisation et son activité, ainsi que celles des chambres régionales et territoriales des comptes : l'indépendance, la contradiction et la collégialité.

L'**indépendance** institutionnelle des juridictions financières et l'indépendance statutaire de leurs membres garantissent que les contrôles effectués et les conclusions tirées le sont en toute liberté d'appréciation.

La **contradiction** implique que toutes les constatations et appréciations faites lors d'un contrôle ou d'une enquête, de même que toutes les observations et recommandations formulées ensuite, sont systématiquement soumises aux responsables des administrations ou organismes concernés ; elles ne peuvent être rendues définitives qu'après prise en compte des réponses reçues et, s'il y a lieu, après audition des responsables concernés.

La **collégialité** intervient pour conclure les principales étapes des procédures de contrôle et de publication. Tout contrôle ou enquête est confié à un ou plusieurs rapporteurs. Le rapport d'instruction, comme le rapport définitif, sont examinés et délibérés de façon collégiale, par une formation comprenant au moins trois magistrats. L'un des magistrats assure le rôle de contre-rapporteur et veille à la qualité des contrôles.

*

**

L'audit des comptes du régime général de sécurité sociale est réalisé par la sixième chambre de la Cour. Les vérifications sont confiées à des équipes composées de magistrats et de rapporteurs de la Cour et d'experts. L'un des magistrats de cette chambre assure le contre-rapport des travaux.

Le projet de rapport de certification soumis à la chambre du conseil a été préparé par la sixième chambre de la Cour des comptes, présidée par Mme Hamayon, présidente de chambre, et composée de Mme Carrère-Gée, MM. Rabaté, de La Guéronnière, Colcombet, Fulachier, Appia, Mme Mondoloni, MM. Burckel, Fourier, Moguérou, conseillers maître.

Les travaux dont est issu le projet de rapport de certification ont été effectués par M. Fulachier, conseiller maître, rapporteur général de la certification des comptes du régime général de sécurité sociale, M. Kersauze, conseiller référendaire, Mme Terrasse, auditrice, M. Delmas, conseiller référendaire en service extraordinaire, Mmes Aghoyan, Billard (jusqu'au 14 octobre 2022), Le Vouedec (à compter du 29 août 2022), Novikova, Vecchiato (jusqu'au 3 mars 2023), Veyrat, Yah, MM. Azran, Bellosta, Bullier, Chouabi (à compter du 16 septembre 2022), Colin, Coppola (à compter du 1^{er} novembre 2022), Dardigna, Debroas, Delage (à compter du 5 décembre 2022), Ozo, Renié, Mc Shine, Uffler, experts et M. Raynal, vérificateur (à compter du 22 août 2022). Le contre-rapporteur était M. Moguérou, conseiller maître.

Le projet de rapport de certification a été examiné et approuvé, le 5 mai, par le comité du rapport public et des programmes de la Cour des comptes, composé de M. Moscovici, premier président, M. Rolland, rapporteur général, Mme Podeur, Mme Camby, M. Bertucci, Mme Hamayon et M. Meddah, présidentes et présidents de chambre de la Cour, M. Tournier et Mme Soussia, président et présidente de section, représentant M. Charpy et Mme Démier, président et présidente de chambre de la Cour, MM. Michaut et Advielle, présidents de chambre régionale des comptes, M. Gautier, procureur général, entendu en ses avis.

Le rapport de certification a ensuite été délibéré par la chambre du conseil.

*

**

Le rapport de certification des comptes du régime général de sécurité sociale est accessible en ligne sur le site internet de la Cour des comptes et des chambres régionales et territoriales des comptes : www.ccomptes.fr.

Il est également diffusé par La Documentation française

Délibéré

La Cour des comptes, délibérant en chambre du conseil, a adopté le présent rapport de *certification des comptes du régime général de sécurité sociale pour l'exercice 2022*.

Elle a arrêté ses positions au vu des projets de motivations détaillées et du compte-rendu des vérifications opérées, communiqués au préalable aux ministres et aux organismes nationaux du régime général de sécurité sociale et des réponses qu'ils ont adressées en retour à la Cour.

Ont participé au délibéré : M. Moscovici, Premier président, M. Charpy, Mmes Camby, Démier, Hamayon, MM. Meddah, Rolland, présidents de chambre, MM. Barbé, Lefebvre, Antoine, Guérout, Guillot Mme Périn, MM. Miller, Chatelain, Appia, Mme Mondoloni, MM. Tersen, Chastenet de Géry, Mme Roche, MM. Bonnaud, Burckel, Ledroit, et Rivoisy, conseillers maîtres, M. Richier, Mme Reynier, MM. Pelé, Autran, Saint-Paul, Keïta, conseillers maîtres en service extraordinaire.

Ont été entendus :

- en sa présentation, Mme Hamayon, présidente de chambre chargée des travaux sur lesquels le rapport est fondé et de la préparation du rapport ;
- en son rapport, M. Rolland, rapporteur général, rapporteur du projet devant la chambre du conseil, assisté de M. Fulachier, conseiller maître, rapporteur général, M. Kersauze, conseiller référendaire, M. Delmas, conseiller référendaire en service extraordinaire, Mme Terrasse, auditrice de 1^{ère} classe, rapporteurs devant la chambre chargée de le préparer et de M. Moguérou, conseiller maître, contre-rapporteur devant cette même formation;
- en ses observations orales, sans avoir pris part au délibéré, M. Gautier, procureur général, accompagné de M. Slama, substitut général.

Les membres de la chambre du conseil dont les noms suivent n'ont pas pris part à la délibération : M. Bertucci, président de chambre et M. Sitbon, président de section.

Mme Wirgin, secrétaire générale, assurait le secrétariat de la chambre du conseil.

Fait à la Cour, le 16 mai 2023.

Synthèse

La mission de certification confiée à la Cour

La Cour rend compte dans le présent rapport, en application de l'article LO. 132-2-1 du code des juridictions financières, des vérifications qu'elle a effectuées en vue de certifier la régularité, la sincérité et l'image fidèle donnée sur le résultat, la situation financière et le patrimoine du régime général de sécurité sociale pour l'exercice 2022, à travers les 10 jeux de comptes suivants :

- les comptes¹ de l'activité de recouvrement, des branches maladie, accidents du travail-maladies professionnelles (AT-MP), famille et vieillesse, ainsi que les comptes de la branche autonomie. Les comptes de l'activité de recouvrement et des branches maladie, AT-MP, famille et vieillesse sont issus de la combinaison² de ceux de leurs organismes nationaux et locaux. Les comptes de la branche autonomie sont ceux de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), qui en est le seul organisme ;
- les comptes annuels de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (Acoss), de la Caisse nationale d'assurance maladie (Cnam), de la Caisse nationale des allocations familiales (Cnaf) et de la Caisse nationale d'assurance vieillesse (Cnav).

La Cour formule sur chacun de ces comptes une opinion écrite, motivée et indépendante, après s'être attachée à collecter les éléments de nature à procurer une assurance raisonnable sur la conformité des états financiers, dans tous leurs aspects significatifs, aux règles et principes comptables qui leur sont applicables.

Pour exprimer ses opinions, la Cour effectue des travaux d'audit, détaillés dans le présent rapport (« Compte rendu des vérifications opérées par la Cour »), se fonde sur son jugement professionnel et se conforme aux modalités de présentation généralement applicables en matière d'audit d'états financiers. Un résumé des états financiers audités figure en annexe.

¹ L'article LO. 132-2-1 du code des juridictions financières a été modifié par l'article 7 de la loi organique n° 2022-354 du 14 mars 2022 relative aux lois de financement de la sécurité sociale qui a supprimé à compter du 16 mars 2022 le mot « combinés » dans la phrase désignant les comptes des branches du régime général.

² Des comptes combinés sont établis au titre d'entités qui composent un même groupe, mais n'ont pas de liens en capital (à la différence de comptes consolidés).

Présentation du rapport de certification

La présentation du rapport sur la certification des comptes du régime général de sécurité sociale se fonde sur les normes internationales d'audit, en particulier la norme ISA 705 (révisée) « *Expression d'une opinion modifiée dans le rapport de l'auditeur indépendant* ». La Cour relève les cas dans lesquels elle constate une anomalie significative ou une insuffisance d'éléments probants.

Une anomalie significative traduit un désaccord sur les comptes. Elle correspond à 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.

L'insuffisance d'éléments probants traduit une limitation aux travaux d'audit. Elle recouvre deux situations distinctes :

- l'absence d'éléments permettant d'apprécier le caractère significatif ou non de la portée financière d'anomalies identifiées ou potentielles ;
- la présence d'éléments conduisant à constater des écarts significatifs entre les opérations effectuées et par conséquent comptabilisées et celles qui auraient dû l'être si les règles de droit applicables à la réalisation de ces opérations avaient été appliquées dans tous les cas. Compte tenu du caractère significatif des écarts constatés, le contrôle interne a un caractère insuffisamment probant pour la maîtrise des risques de portée financière qui ont une incidence sur les comptes.

Des enjeux financiers qui dépassent le seul régime général

Les produits soumis à certification

Le réseau des Urssaf recouvre les cotisations et contributions sociales, des impôts et taxes affectés et des produits divers pour le compte des branches du régime général (430,7 Md€, contre 406,9 Md€ en 2021).

Pour le financement des charges liées à l'activité des branches du régime général sont également comptabilisés des produits et des transferts internes à la sécurité sociale (53,1 Md€, contre 53,7 Md€ en 2021).

Enfin, le réseau des Urssaf agit pour le compte de plus de 900 attributaires relevant de la sécurité sociale – autres régimes de sécurité sociale, Fonds de solidarité vieillesse, Caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades) – ou non – Unédic, État et autorités organisatrices de la mobilité notamment (128,8 Md€ de produits, contre 109,4 Md€ en 2021).

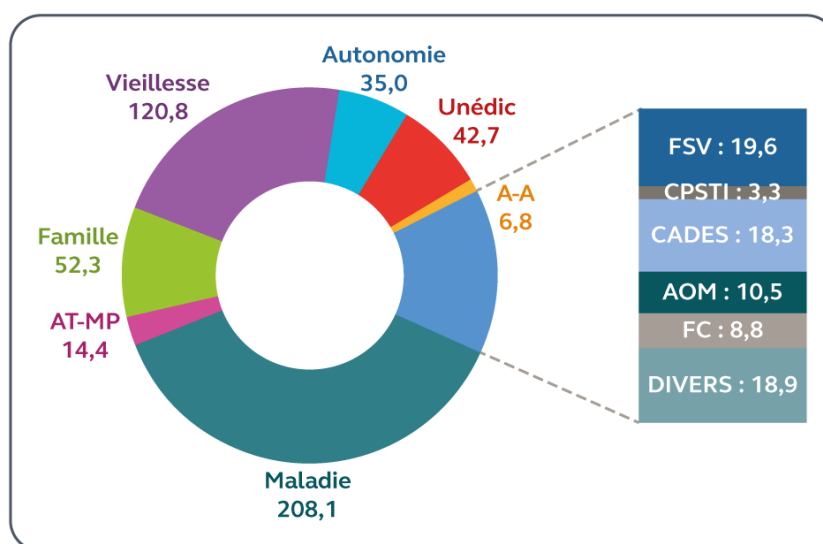
Tableau n° 1 : produits et charges entrant dans le champ de la mission de certification de la Cour (2022)

<i>Produits</i>	<i>Md€</i>	<i>Charges</i>	<i>Md€</i>
<i>Produits recouverts par le réseau des Urssaf pour les branches du régime général</i>	430,7	Charges des branches du régime général	503,9
<i>Autres produits et transferts internes à la sécurité sociale</i>	53,1		
<i>Sous-total régime général</i>	483,8	<i>Sous-total régime général</i>	503,9
<i>Produits apportés par l'État et les collectivités territoriales (hors régime général)</i>	52,2	Prestations versées pour le compte de l'État et des collectivités territoriales	52,2
<i>Produits recouverts par le réseau des Urssaf pour d'autres attributaires (hors régime général)</i>	128,8		
<i>Total</i>	664,8	<i>Total</i>	556,2

Source : Cour des comptes, à partir des états financiers des branches du régime général et de l'activité de recouvrement

Au total, les produits soumis à la certification de la Cour ont atteint 664,8 Md€ en 2022, soit 25,2 % du PIB (à comparer à 619,7 Md€ en 2021, représentant 24,9 % du PIB). Leur répartition entre leurs destinataires était la suivante.

Graphique n° 1 : destinataires des produits recouverts entrant dans le champ de la mission de certification de la Cour en 2022 (en Md€)

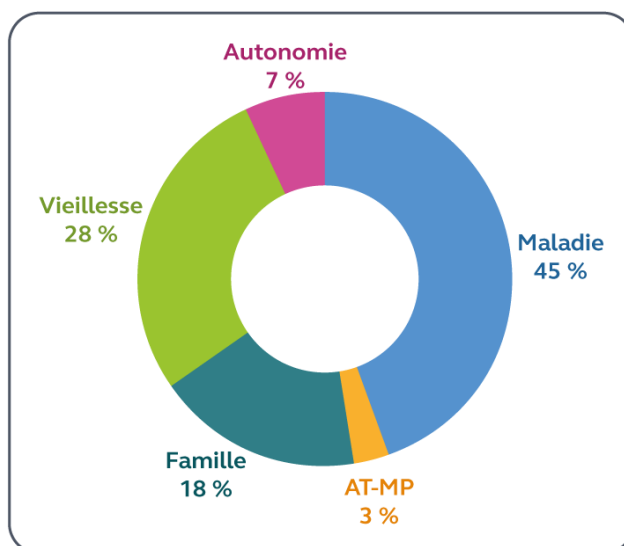


Source : Cour des comptes - A-A : Agirc-Arrco ; F C : France compétences

Les charges soumises à certification

À titre principal, les charges du régime général sont constituées par des prestations sociales financées par les cotisations, contributions et autres impositions affectées à ce régime, des transferts (Fonds de solidarité vieillesse) et par des tiers (État et départements). Leur répartition par branche est la suivante.

Graphique n° 2 : répartition des charges par branche du régime général (% des charges - 2022)



Source : Cour des comptes, à partir des états financiers des branches du régime général

Ces charges atteignent, en incluant celles financées par des tiers (soit pour l'essentiel 49,6 Md€ pour la branche famille et 1,3 Md€ pour la branche maladie), 556,2 Md€ en 2022 contre 533,2 Md€ en 2021.

L'importance du contrôle interne et de la mesure de son efficacité

Du point de vue de l'audit financier, le régime général se caractérise par le nombre considérable d'opérations effectuées par les organismes qui le composent, en faveur de plus de 60 millions d'assurés ou d'allocataires ou en lien avec 10,7 millions d'entreprises ou de personnes cotisantes, ainsi que par l'importance des masses financières en jeu.

Sauf exception, chaque opération effectuée ne représente qu'une part réduite, sinon infime, des montants comptabilisés dans les états

financiers soumis à certification. Dans ces conditions, l'examen de l'efficacité du contrôle interne, entendu comme l'ensemble des dispositifs³ qui concourent à prévenir ou bien à détecter et corriger les anomalies qui les affectent, est un élément clé pour l'appréciation de la fiabilité des comptes par la Cour.

Pour une grande partie des opérations comptabilisées, l'efficacité des dispositifs de contrôle interne est mesurée par des indicateurs de risque financier résiduel, dont la Cour examine le périmètre, la fiabilité et le niveau.

Les indicateurs de risque financier résiduel

Les dispositions du code de la sécurité sociale relatives au contrôle interne des régimes obligatoires de base de sécurité sociale prévoient que les organismes nationaux établissent des indicateurs mesurant « *le risque financier résiduel après supervision de l'ordonnateur et contrôle du directeur comptable et financier* »⁴.

Le calcul de ces indicateurs repose sur la vérification approfondie d'un échantillon d'opérations représentatif de celles effectuées et comptabilisées durant l'exercice ou pendant une période donnée. Par-delà les différences observées entre les branches dans la constitution des échantillons, l'organisation des contrôles et les périodes couvertes, les résultats des contrôles réalisés permettent en général d'établir :

- la fréquence des erreurs détectées, qui correspond au pourcentage des opérations vérifiées pour lesquelles subsiste au moins une erreur de portée financière ;
- un taux d'incidence financière des erreurs, obtenu en rapportant la somme des montants d'erreurs au montant total des prestations versées de l'échantillon. Cette somme est exprimée en valeur absolue, certaines erreurs étant au détriment, et d'autres en faveur des assurés ou des tiers concernés (professionnels de santé en tiers payant, par exemple) ;
- par extrapolation, le montant global des erreurs de portée financière, calculé en appliquant le taux d'incidence financière précité à l'ensemble des prestations versées au cours de la période retenue.

³ Dans la chaîne de réalisation des opérations, contrôles intégrés aux systèmes d'information, procédures de gestion, ainsi que supervisions internes aux services ordonnateurs et contrôles effectués par les directions comptables et financières.

⁴ Article D. 114-4-7 du code de la sécurité sociale résultant du décret n° 2013-917 du 14 octobre 2013 et du décret n° 2022-1283 du 30 septembre 2022 relatifs au contrôle interne de régimes obligatoires de base de sécurité sociale et des organismes concourant à leur financement.

Les indicateurs étant calculés selon une méthode statistique, leur valeur s'établit à l'intérieur d'un intervalle de confiance. Dans le cadre de ce rapport, sont ainsi évoqués le niveau et l'évolution des valeurs centrales de ces intervalles de confiance, ainsi que les fourchettes dans lesquelles se situent les indicateurs avec une probabilité de 95 %.

La Cnaf s'est dotée d'indicateurs portant d'une part sur les données déclaratives pour partie fiabilisées par des actions de contrôle prises en compte par les CAF pour attribuer les prestations légales et d'autre part sur les opérations qu'elles effectuent. La Cnam dispose d'indicateurs relatifs aux remboursements de frais de santé (hors séjours dans les établissements de santé publics et privés non lucratifs) et aux indemnités journalières pour les branches maladie et accidents du travail-maladies professionnelles. La Cnav suit des indicateurs relatifs aux prestations de retraite. La branche autonomie ne s'est toujours pas dotée d'indicateurs synthétiques comparables.

La conception même de ces indicateurs peut varier d'une branche à l'autre. En outre, la nature des prestations est différente selon chaque branche, tout comme les risques auxquels elles sont exposées, ce qui doit conduire à privilégier l'analyse de l'évolution de chaque indicateur dans la durée, en ne procédant que de manière exceptionnelle à une comparaison des niveaux atteints dans les différentes branches.

Les opinions formulées par la Cour sur les comptes de 2022 : six éléments marquants à retenir

La fiabilité des comptes suppose le respect des règles et principes comptables en vigueur, en particulier le principe de comptabilisation en droits constatés⁵ dont découle le rattachement des produits et des charges à l'exercice, ainsi que les principes de régularité, de sincérité et d'image fidèle que doivent donner les états financiers de la situation financière et du patrimoine de l'entité concernée.

L'examen de la fiabilité des comptes de l'exercice 2022 appelle six remarques essentielles.

⁵ Les produits et les charges doivent être rattachés à l'exercice qui a vu naître les droits et obligations, indépendamment des dates auxquelles sont intervenus les encaissements et décaissements en trésorerie. Les produits à recevoir, les dépréciations de créances, les charges à payer et les provisions inscrits dans les comptes permettent de retracer l'ensemble des droits et obligations au 31 décembre de l'exercice.

1 – L'exercice 2022 s'inscrit dans le contexte particulier des suites du refus de certifier les comptes de l'activité de recouvrement pour 2021 et des conséquences que le Parlement en a tirées dans la LFSS pour 2023.

La Cour avait relevé dans son rapport de certification des comptes du régime général de 2021 que la comparabilité des produits de cotisations et de contributions sociales des travailleurs indépendants et des résultats de leurs attributaires entre les exercices 2020 et 2021 n'était pas assurée. Ce désaccord majeur sur les comptes avait conduit la Cour à refuser de certifier les comptes de l'activité de recouvrement de 2021.

Afin d'assurer la comparabilité de l'exercice 2022 par rapport à l'exercice 2021, la Cour a demandé dans le cadre de son audit l'établissement de comptes *pro forma* de l'exercice 2021. Cette demande n'a pas été suivie. Si cela avait été le cas, il aurait été constaté, pour le régime général, un déficit *pro forma* pour 2021 de 27,7 Md€, après neutralisation de l'effet en 2021 de la régularisation des acomptes provisionnels appelés en 2020.

La modification des tableaux d'équilibre par le Parlement lors de l'adoption de la LFSS pour 2023

Les tableaux d'équilibre sont établis à partir du compte de résultat des branches du régime général ou de l'ensemble des régimes de base. Ils présentent un montant agrégé de « recettes » (correspondant aux produits des comptes, après retraitement), un montant agrégé de « dépenses » (correspondant aux charges des comptes, après retraitement) et un « solde » qui correspond exactement au résultat constaté dans les comptes de chaque branche.

Lors de l'examen du PLFSS pour 2023, le Parlement a modifié les tableaux d'équilibre du régime général et des régimes obligatoires de base de sécurité sociale. En effet, il a approuvé pour 2021 un montant de recettes des branches du régime général et de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale de 5 Md€ inférieur à celui ressortant des comptes approuvés par ces branches, du fait d'une correction portant sur ces produits. Le déficit est affecté pour le même montant (27,7 Md€ au lieu de 22,7 Md€).

Les organismes nationaux du régime général et leurs tutelles ont fait le choix de ne pas modifier la présentation des comptes et uniquement d'expliquer dans les annexes aux comptes des branches du régime général les données figurant au sein du tableau d'équilibre approuvé par la LFSS pour 2023.

La Cour considère que la seule information donnée dans l'annexe aux comptes de l'activité de recouvrement et des branches concernées pour l'exercice 2022 ne permet pas d'apprécier de façon satisfaisante les effets de cette atteinte à l'image fidèle des comptes de 2021, rappelés dans ceux de l'exercice de 2022. En outre, cette présentation ne rend pas compte de la portée des décisions adoptées par le Parlement lors de l'examen du projet de LFSS pour 2023.

Dans le contexte où le législateur organique a précisément prévu l'instauration d'une loi d'approbation des comptes de la sécurité sociale, la Cour considère que la modification par la loi des tableaux d'équilibre doit être présentée dans les états financiers de l'exercice 2022, dans le rappel des comptes de 2021. Ce désaccord relatif à la présentation des produits de prélèvements sociaux des travailleurs indépendants entre les exercices 2021 et 2022 affecte les comptes de l'activité de recouvrement ainsi que les soldes de l'exercice 2021 des branches maladie, famille et vieillesse et, dans une moindre mesure, de la branche autonomie du régime général, conduisant la Cour à constater une anomalie significative affectant chacun de ces jeux de comptes.

2 - L'exercice 2022 reste affecté par les conséquences de la crise sanitaire.

S'agissant de l'activité de recouvrement, des mesures exceptionnelles avaient été prises dans le contexte de la crise sanitaire. L'Acosse a continué de suspendre en 2022 l'application d'une partie des dispositifs de contrôle interne, en l'absence d'une reprise complète des mesures habituelles et automatisées de recouvrement amiable et forcé des créances. Par ailleurs, le recouvrement du montant appelé des prélèvements sociaux, reporté par les pouvoirs publics dans le contexte de la crise sanitaire, a été poursuivi en 2022 par l'envoi de plans d'apurement de créances. Les créances des Urssaf vis-à-vis des cotisants, qui s'inscrivent à un niveau encore élevé, sont particulièrement exposées aux risques de non-recouvrement et de prescription.

Pour la branche maladie, l'exercice 2022 est l'année de sortie de crise avec, au fil des mois, une nette réduction du montant des dépenses liées à la crise sanitaire. Néanmoins, certaines mesures exceptionnelles (comme les indemnités journalières dérogatoires ou la garantie de financement des établissements de santé) ont été maintenues tout au long de l'année et plusieurs dispositifs de contrôle ont été allégés (sur les indemnités journalières) ou suspendus (sur la tarification des séjours par les établissements de santé).

3 - Les dispositifs de maîtrise des risques de portée financière ont connu une évolution contrastée en 2022.

Certains progrès peuvent être constatés en matière d'estimation de la fraude aux prestations sociales, à la suite de l'application de la feuille de route interministérielle fixée en décembre 2020. Répondant aux demandes de la Cour, l'assurance maladie a poursuivi et étendu sa démarche d'estimation de la fraude, engagée en 2021 (infirmiers libéraux et complémentaire santé solidaire), à plusieurs domaines en 2022 (médecins généralistes, transporteurs, masseurs -kinésithérapeutes, pharmaciens). Ces éléments confirment l'enjeu significatif de la fraude, le total des estimations réalisé s'établissant entre 0,9 et 1,3 Md€ sur ce seul périmètre⁶. Des actions spécifiques ont également été conduites par l'assurance maladie contre la fraude aux tests covid (69 M€ de préjudice détecté). La branche vieillesse a produit une première estimation de la fraude en 2022 qui, si elle présente des limites relevées dans les fondements de l'opinion sur les comptes de la branche vieillesse, s'inscrit dans une démarche positive. La branche famille pour sa part n'a pas réitéré l'enquête qu'elle conduisait chaque année, l'estimation de la fraude étant désormais biennale.

Toutefois, la principale caractéristique de l'exercice 2022 en matière de contrôle interne reste la dégradation de la capacité des dispositifs de maîtrise des risques à prévenir les risques de portée financière.

Les faiblesses persistantes du contrôle interne continuent à être reflétées par les valeurs toujours élevées, voire croissantes, des indicateurs de risque financier résiduel qui mesurent les erreurs affectant les prestations retracées par les états financiers des branches du régime général de sécurité sociale, malgré les dispositifs de contrôle interne qui ont pour objet de les prévenir ou de les corriger. Ces erreurs se traduisent par le versement de prestations non conformes aux droits des assurés, des allocataires ou des acteurs du système de santé en tiers payant, en leur faveur (versements de sommes indues qui ne sont pas mises en recouvrement) ou à leur détriment (rappels qui seraient à effectuer). Leur importance affecte la correcte représentation des droits et obligations des branches de sécurité sociale retracées par leurs états financiers.

Les indicateurs présentés ci-après ont une maturité variable (ceux de la branche famille sont plus anciens et leur assiette en nombre de contrôles est large ; ceux de la branche vieillesse également ; en revanche,

⁶ Sur les enjeux de la fraude aux prestations sociales, il est renvoyé aux travaux de la Cour conduits dans le cadre du rapport 2023 sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale.

l'indicateur de la branche maladie relatif aux prestations en nature a fait l'objet d'évolutions en 2022). Le niveau d'incidence financière des erreurs résiduelles après contrôle constaté dans les différentes branches est variable, sans être totalement comparable (cf. *supra*). Il s'établit à 1,1 % du montant des pensions liquidées au cours de l'exercice pour la branche vieillesse, à 3,3 % pour les prestations en nature de la branche maladie et à 7,6 % du montant des prestations du fait des erreurs portant sur les données déclarées par les allocataires, 24 mois après leur attribution, pour la branche famille.

Pour l'activité de recouvrement, la mesure des erreurs liées aux données déclarées par les cotisants et celle de la fraude sont toujours limitées. S'agissant des risques résultant de l'activité des organismes du réseau, les indicateurs ne couvrent pas encore certains risques significatifs et manquent encore de fiabilité.

La branche autonomie ne dispose pas d'un indicateur de risque résiduel spécifique couvrant ses principales dépenses.

Alors que des progrès avaient été relevés par la Cour en 2021 pour la branche vieillesse, sous l'effet d'une mobilisation accrue de la caisse nationale et du réseau pour prévenir les erreurs de liquidation des prestations, la situation s'est dégradée en 2022. En effet, portant sur les liquidations de l'exercice (6,4 Md€ en 2022⁷), la mesure des risques résiduels a fait l'objet de retraitements qui conduisent la Cour à retenir, pour permettre la comparaison entre les deux exercices, un taux corrigé de fréquence des erreurs constatées en hausse par rapport à l'année précédente. Ces erreurs continuent à s'inscrire à un niveau élevé, tout particulièrement parmi les principaux organismes de la branche.

Ainsi, une prestation de retraite nouvellement attribuée sur sept a été affectée d'au moins une erreur de portée financière en 2022, comme en 2021.

S'agissant de la branche maladie, la fréquence des erreurs affectant les remboursements de frais de santé (pour l'essentiel en tiers payant aux professionnels et aux établissements de santé, représentant un montant total de 103 Md€ en 2022) atteint en 2022 plus de 10 % des remboursements. Bien qu'il soit fondé désormais sur un échantillon qui a élargi la base de référence des dossiers contrôlés, l'indicateur permettant d'apprécier la fréquence et l'incidence financière de ces erreurs reste incomplet : il

⁷ Cet indicateur contribue également à calculer l'incidence financière des erreurs commises en 2022 et au cours des exercices antérieurs sur l'intégralité des charges de prestations légales (soit un montant de 116 Md€).

n'intègre pas, notamment, les impacts, non mesurés, des règlements erronés aux établissements publics et privés non lucratifs et des droits ouverts aux prestations d'assurance maladie lorsque les assurés concernés n'en remplissent pas ou plus les conditions. Par ailleurs, l'indicateur relatif aux prestations en espèce conduit à relever qu'une indemnité journalière sur dix est entachée d'une erreur de portée financière. Cette situation appelle une action vigoureuse de la Cnam dans le cadre des chantiers de maîtrise des risques qu'elle a ouverts pour répondre aux recommandations de la Cour et qui sont en cours de mise en œuvre.

Pour l'ensemble des branches de prestations du régime général, les valeurs des indicateurs de risque financier résiduel atteintes en 2022 sont éloignées des objectifs fixés par leurs conventions d'objectifs et de gestion avec l'État pour la période 2018-2022.

4- La situation de la branche famille conduit la Cour à constater qu'elle n'est pas en mesure d'en certifier les comptes.

La situation de la branche famille est plus préoccupante. Après avoir pris en compte les difficultés rencontrées pour mettre en œuvre la réforme des aides au logement de 2021, la Cour avait insisté dans le précédent rapport de certification sur la dégradation continue ou l'absence d'inflexion notable des performances de la branche famille en matière de maîtrise des risques, relevant l'efficacité déclinante des dispositifs mis en œuvre et l'anticipation insuffisante des adaptations rendues nécessaires par les réformes. La situation a peu évolué en 2022.

Le montant agrégé des erreurs liées à des données déclaratives non corrigées, qui affectent encore, neuf mois après leur mise en paiement, les primes d'activité versées en 2022, équivaut à près d'un quart des montants versés cette proportion est de près d'un sixième pour le revenu de solidarité active (RSA) et d'un huitième pour les aides au logement. L'indicateur à 9 mois qui avait été affecté lors de l'exercice précédent, de façon mécanique, par la réforme des allocations logement, se stabilise à un haut niveau.

Connaissant une nouvelle dégradation, l'indicateur de risque financier résiduel à 24 mois s'établit à 7,6 % (contre 7,1 % pour les prestations versées en 2020 et 5,5 % pour celles versées en 2019), soit 5,8 Md€ d'indus et de rappels qui ne seront jamais détectés par les diverses actions de contrôle mises en œuvre (contre 5,4 Md€ pour les prestations versées en 2020 et 4,0 Md€ pour celles versées en 2019).

Au demeurant, malgré l'évolution de ces indicateurs, la branche a maintenu ses contrôles à un niveau inférieur à la situation antérieure à la crise sanitaire. Le nombre de contrôles sur place et sur pièces réalisés en

2022 demeure inférieur à celui de 2019, du fait notamment de nouvelles mesures d'allègement des objectifs décidées au cours de l'exercice. De plus, une partie de ces contrôles sont orientés par un modèle d'exploration des données dont la performance n'est pas évaluée et dont la conception, fondée sur des données d'apprentissage datant de 2016-2017, ne garantit pas son adaptation à l'évolution du risque. Les supervisions de l'ordonnateur, visant à s'assurer de la qualité des liquidations, ont été allégées au cours de l'exercice. Même si le rendement financier total des contrôles s'est accru, il ne suffit pas à améliorer la couverture d'un risque qui progresse plus rapidement encore, les indus et rappels non détectés ayant doublé en quatre ans.

Surtout, à la différence des autres branches du régime général, en réponse à la demande de la Cour de préciser une stratégie rapide de redressement permettant d'améliorer la qualité des liquidations de prestations, la branche a renvoyé la constatation de progrès à l'utilisation du dispositif de ressources mensuelles⁸ et aux évolutions du système d'information qui constituent deux chantiers essentiels mais dont les effets ne seront constatés qu'à moyen terme.

En conséquence, la Cour constate que, au regard du niveau auquel se situent les indicateurs et de l'absence d'évolution du dispositif de contrôle interne, elle ne dispose pas de perspectives d'amélioration des constats réitérés en matière d'incidence financière résiduelle après contrôle interne, qui lui aurait permis de certifier les comptes de la branche famille.

⁸ Autorisé par l'article 78 de la LFSS pour 2019, le dispositif ressources mensuelles (DRM) permet aux organismes sociaux d'acquérir en temps réel une grande partie des données de ressources auprès de tiers de confiance aux bénéficiaires de prestations sociales : les employeurs qui versent les salaires et les organismes sociaux qui versent les prestations.

Tableau n° 2 : évolution des indicateurs de risque financier résiduel, après contrôle interne (2020 – 2022)

	Indicateur (par branche)	Rappel 2020	Données 2021	Données 2022	Évolution 2022/2021
maladie et ATMP	Remboursements de frais de santé - Fréquence des erreurs (en %)	6,0	7,7	10,8	↑
	Remboursements de frais de santé – Incidence financière des erreurs (en Md€)	1,9	2,5	3,4	↑
	Indemnités journalières - Fréquence des erreurs (en %)	8,1	10,2	9,8	→
	Indemnités journalières – Incidence financière des erreurs (en Md€)	0,26	0,32	0,36	→
famille	Incidence financière des erreurs résiduelles « données déclarées » à 9 mois (en %)	9,4	10,3	10,4	→
	Incidence financière des erreurs résiduelles « données déclarées » à 9 mois (en Md€)	7,0	7,9	7,7	→
	Incidence financière des erreurs résiduelles « données déclarées » à 24 mois (en %)	5,5	7,1	7,6	↗
	Incidence financière des erreurs résiduelles « données déclarées » à 24 mois (en Md€)	4,0	5,3	5,8	↗
	Incidence financière des erreurs résiduelles internes aux CAF « métier » à 6 mois (en %)	1,4	1,6	1,7	→
	Incidence financière des erreurs résiduelles pour l'action sociale collective (en %)	NC	2,8	4,0	↑
vieillesse	Fréquence des erreurs résiduelles de liquidation de retraites dans l'Outil retraite (en %)	16,4	14,0	15,0*	↗
	Incidence financière des erreurs (en %)	1,9	1,2	1,1	→
	Incidence financière cumulative des erreurs sur la durée de service (en %)	1,1	0,9	0,7	→
	Fréquence des erreurs résiduelles de liquidation de retraites dans Asur (en %)	2,9	3,9	7,0	↑
	Incidence financière des erreurs (en %)	0,2	0,3	0,7	↑

NB : les données portent sur les exercices 2020, 2021 et 2022 respectivement, à l'exception de l'indicateur relatif aux erreurs résiduelles « données déclarées » à 24 mois qui s'applique aux exercices 2019, 2020 et 2021

Lecture des évolutions : le sens des flèches reflète les progrès ou reculs des résultats ; leur couleur correspond à l'ampleur de la portée financière des erreurs.

* Afin d'assurer la comparabilité, la Cour retient l'indicateur calculé selon un périmètre similaire à celui établi en 2021. Selon la nouvelle méthode, la fréquence des erreurs résiduelles de liquidation serait de 13,0 %.

Source : Cour des comptes, d'après les résultats des caisses nationales

5 – Les nouveaux outils informatiques connaissent des difficultés de mise en œuvre qui appellent une évolution des dispositifs de maîtrise des risques.

Le développement des télétransmissions et des échanges dématérialisés entre les bénéficiaires des prestations sociales et les organismes, accéléré par la crise sanitaire, s’est poursuivi en 2022.

Alors que les déclarations des bénéficiaires des prestations versées par les CAF comportent de fréquentes erreurs, volontaires ou non, le dispositif ressources mensuelles (DRM) fournit la possibilité de faire reposer sur des tiers de confiance l’acquisition des données relatives aux montants de salaires et de prestations sociales. Cinq CAF ont expérimenté en 2022 l’utilisation du DRM pour calculer le RSA et la prime d’activité. Cette première phase expérimentale a conclu à la nécessité d’évolutions réglementaires (inscription d’une notion de « net social » sur les bulletins de paie, modification des mois de référence pour le calcul des prestations) et à la poursuite de l’expérimentation avant d’envisager une généralisation du dispositif.

Pour la branche vieillesse, le déploiement du nouveau système de régularisation des carrières se poursuit très progressivement, les fonctionnalités susceptibles de réduire les erreurs liées aux données de carrière n’étant pas encore pleinement opérationnelles. Par ailleurs, malgré un effort de fiabilisation des données présentes au répertoire d’échanges inter-régimes (EIRR) intervenu en 2021, les majorations de pensions de réversion et du minimum contributif en attente de calcul demeurent très nombreuses en 2022. Ce défaut de fiabilisation régulière introduit un aléa sur la réalisation de cette charge et une incertitude sur l’estimation de la provision afférente.

S’agissant de la branche maladie, les projets structurants de refonte du moteur de liquidation des prestations en nature (*METEORE*), d’extension de l’outil de liquidation des indemnités journalières (*ARPEGE*) à l’ensemble des ressortissants du régime général, le remplacement du logiciel du service médical (projet *MATIS*) ou encore le développement de la prescription électronique connaissent des délais de mise en œuvre qui s’allongent, alors que ces outils, associés à une augmentation des contrôles *a posteriori*, sont essentiels pour assurer la fiabilisation de la liquidation des prestations.

La montée en puissance des échanges de données entre les régimes et organismes met en lumière le besoin d’une gouvernance renforcée dans la conduite et la gestion des projets ainsi qu’une adaptation des actions de contrôle interne.

La grande hétérogénéité des systèmes informatiques comptables et leurs limites doivent conduire à accélérer les projets visant à permettre aux organismes nationaux du régime général de disposer d'outils communs facilitant la production des comptes et limitant les risques d'erreurs. Pour l'autonomie, les limites du logiciel de la branche, par ailleurs tributaire des informations comptables produites par de nombreuses autres entités de sécurité sociale, invitent à engager une réflexion sur un système d'information convergent.

6 – D'autres désaccords, ainsi que des limitations à l'audit des comptes, sont relevés.

De manière générale, la justification des comptes de la branche maladie présente d'importantes marges d'amélioration, malgré des progrès constatés, avec notamment une meilleure distinction entre provisions pour charges de prestations et charges à payer, répondant à une demande de la Cour formulée depuis plusieurs années. L'établissement des comptes de la branche autonomie a connu également des améliorations.

Pour autant, des désaccords sur les comptes de l'activité de recouvrement sont liés à des situations persistantes de non-respect du principe de tenue de la comptabilité en droits constatés et à la comparabilité des produits et réductions forfaitaires « covid » de prélèvements sociaux des travailleurs indépendants. En outre, des incertitudes continuent d'affecter l'estimation des produits à recevoir de remises dues par les entreprises pharmaceutiques, en forte hausse à nouveau en 2022, avec des effets qui pourraient être sensibles sur le solde de la branche maladie, ainsi que sur le taux d'évolution des dépenses relevant de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam), dont les remises sont déduites. Des incertitudes pesant sur les données de recouvrement des créances anciennement couvertes par un plan d'apurement, notamment, limitent le niveau d'assurance sur la fiabilité du montant calculé des dépréciations.

**

L'exercice 2022 ayant mis en lumière la persistance de désaccords et d'incertitudes sur les comptes et la fragilité des dispositifs de contrôle interne, de nouveaux progrès sont indispensables pour les renforcer et les fiabiliser ou pour mettre en place les indicateurs permettant d'apprécier leur efficacité et pour améliorer la fiabilité des comptes soumis à certification.

Les situations de crise appellent une adaptation du service public, pouvant entraîner des aménagements temporaires et limités des contrôles. Pour autant, la qualité du service rendu aux assurés sociaux et le bon emploi

des prélèvements sociaux et des impôts affectés au financement de la sécurité sociale nécessitent que le paiement à bon droit des prestations soit assuré. Or, ce dernier est directement affecté par le niveau élevé des erreurs qui n'ont pas été prévenues ou détectées par des actions de contrôle, y compris celles visant spécifiquement les fraudes. Ces faiblesses concernent aussi l'exhaustivité du recouvrement des prélèvements sociaux.

S'agissant de la branche famille, la Cnaf escompte pour l'avenir des progrès du fait de l'indication, sur les bulletins de paie, à compter du 1^{er} juillet 2023⁹, d'un montant net social, de l'utilisation de cette donnée dans le dispositif de ressources mensuelles à compter de 2024 et de l'extension de son utilisation pour la liquidation de nouvelles prestations en 2024. La Cour sera attentive à l'évolution du dispositif de maîtrise des risques dans ce cadre.

De plus, au-delà même d'une redéfinition des objectifs de contrôle fixés à son réseau, il apparaît nécessaire que la branche famille rénove son modèle de contrôle interne afin de tenir compte de l'évolution des risques auxquels elle est désormais confrontée et des missions nombreuses et complexes qui lui sont confiées.

La Cour relève que des efforts restent encore à faire en matière de données relatives aux charges de la branche vieillesse.

D'une part, le Fonds de solidarité vieillesse (FSV) n'est toujours pas intégré au périmètre des comptes combinés de la branche vieillesse du régime général de sécurité sociale. Cette dernière affiche en conséquence un déficit de 2,9 Md€, au lieu de 1,7 Md€ s'il prenait en compte la quote-part du résultat du FSV, devenu bénéficiaire en 2022.

D'autre part, la Cour constate, comme elle le fait depuis de nombreuses années, que l'annexe aux comptes de la branche vieillesse, contrairement au compte général de l'État¹⁰ ne mentionne pas les engagements pluriannuels à l'égard des titulaires d'une pension de retraite et de leurs ayants droit.

Au regard des enjeux qui s'attachent à la branche vieillesse, une plus grande transparence doit être assurée, qui passerait notamment par la

⁹ 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.

¹⁰ Il est renvoyé notamment au compte général de l'État et au projet de loi de règlement du budget et d'approbation des comptes de l'année 2022 (déposé sur le bureau de l'Assemblée nationale le 13 avril 2023) qui détaillent les engagements hors bilan au titre des besoins de financement pluriannuel des régimes des fonctionnaires civils et militaires.

combinaison des comptes de la branche vieillesse et du FSV et la production d'engagements hors bilan.

**

La présentation au Parlement, avant le 1^{er} juin, d'un projet de loi d'approbation des comptes des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et du FSV au titre du dernier exercice clos, interviendra pour la première fois en 2023 (exercice 2022), conformément à la loi organique du 14 mars 2022¹¹. La Cour souligne qu'il en résulte un calendrier très contraint sur les travaux relatifs à la certification des comptes du régime général et aux avis sur les tableaux d'équilibre et de situation patrimoniale. En effet, la Cour doit formuler ces avis dans le rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, désormais conjoint au dépôt du projet de loi d'approbation des comptes de la sécurité sociale.

La Cour avait relevé dans son précédent rapport de certification que cela devrait conduire les ministères de tutelle à réexaminer le calendrier de l'arrêté définitif des comptes de résultat et bilans des régimes obligatoires de base, aujourd'hui fixé au 15 mars. Un groupe de travail associant la Cour et la direction de la sécurité sociale, ainsi que les principaux organismes de base de sécurité sociale, a été mis en place à l'automne 2022 pour examiner les enjeux d'un avancement du calendrier dont les conclusions devraient être tirées rapidement.

Dans le cadre de ces évolutions, il devrait être tenu compte de deux impératifs : une transmission plus précoce à la Cour, par les organismes nationaux du régime général, des éléments de justification des comptes ; la préservation des délais incompressibles à l'exercice par la Cour de sa mission de certification.

¹¹ Loi organique n° 2022-354 du 14 mars 2022 relative aux lois de financement de la sécurité sociale.

En définitive, plusieurs axes d'amélioration prioritaires pour les prochains exercices découlent ainsi des constats portés par la Cour sur les états financiers du régime général de l'exercice 2022, notamment dans le cadre des conventions d'objectifs et de gestion entre l'État et les organismes nationaux du régime général :

- une action résolue pour réduire, puis faire disparaître les incertitudes constatées dans les enregistrements et les estimations comptables ;
- un renforcement des moyens affectés à la conduite des chantiers relatifs aux systèmes d'information et au contrôle interne, en veillant au développement des contrôles automatisés et des échanges de données numérisées et à l'intégration systématique aux applications informatiques de contrôles bloquants et d'aides à la décision à l'attention des agents comme, à chaque fois que nécessaire, des usagers ;
- sans attendre ces évolutions, l'extension des contrôles palliatifs portant sur les processus à forts enjeux financiers, et le renforcement des dispositifs de maîtrise des risques ayant une incidence sur les comptes ;

la définition de dispositifs de contrôle interne dès la mise en œuvre de mesures nouvelles afin de stopper le plus précocement possible les paiements indus et de limiter les risques d'irrecouvrabilité.

**PREMIÈRE PARTIE -
COMPTES DE L'ACTIVITÉ
DU RECOUVREMENT
ET DES BRANCHES
DU RÉGIME GÉNÉRAL**

Opinion de la Cour sur les comptes

de l'activité de recouvrement

de l'exercice 2022

L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (Acos) assure la gestion unifiée de la trésorerie des branches de prestations du régime général de sécurité sociale. Elle gère, avec son réseau de 21 unions pour le recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (Urssaf) et 4 caisses générales de sécurité sociale (CGSS)¹², 10,7 millions de comptes de cotisants.

Les comptes de l'activité de recouvrement retracent les opérations de l'Acos et celles de chacune des Urssaf et CGSS. Les CGSS font l'objet d'une combinaison partagée avec les branches maladie, AT-MP et vieillesse, ainsi qu'avec le régime agricole des non-salariés.

L'intégration de la Caisse de sécurité sociale de Mayotte (CSSM) 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 entités précitées¹³.

Dans ces comptes, 559,5 Md€ de produits ont été mis en recouvrement et répartis par l'Acos et les Urssaf pour le compte des

¹² Organismes de sécurité sociale qui recouvrent les prélèvements sociaux et gèrent les prestations des branches maladie, AT-MP et vieillesse en Guadeloupe, en Guyane, en Martinique et à La Réunion.

¹³ Cet élément explicatif n'est pas repris dans la suite du présent rapport.

branches du régime général, de la Cades, de l'Unédic et de plus de neuf cents autres organismes tiers.

L'activité de recouvrement a connu deux extensions de son périmètre à compter du 1^{er} janvier 2022¹⁴, à savoir : des contributions relatives à la formation professionnelle et la taxe d'apprentissage pour France compétences (8,8 Md€) et de cotisations pour la caisse nationale des industries électriques et gazières (3,5 Md€).

A - Opinion de la Cour

En application des dispositions de l'article LO. 132-2-1 du code des juridictions financières, la Cour a effectué l'audit des comptes de l'activité de recouvrement pour l'exercice clos le 31 décembre 2022, arrêtés le 14 avril 2023 par le directeur et la directrice comptable et financière de l'Acos, dont un résumé est annexé au présent rapport.

La Cour certifie que, sous réserve des incidences des anomalies significatives et des insuffisances d'éléments probants décrites ci-après dans la section « Fondements de l'opinion de la Cour », les comptes de l'activité de recouvrement sont, au regard des normes comptables applicables aux organismes de sécurité sociale, réguliers et sincères et donnent, dans l'ensemble de leurs aspects significatifs, une image fidèle du résultat des opérations de l'exercice écoulé, ainsi que de la situation financière et du patrimoine de cette activité à la clôture de l'exercice.

B - Fondements de l'opinion de la Cour

La Cour a constaté que les comptes de l'activité de recouvrement de l'exercice 2022 sont affectés par trois anomalies significatives.

Par ailleurs, pour huit autres cas, la Cour ne dispose pas d'éléments probants suffisants qui permettraient d'écarter le risque d'anomalies significatives dans les comptes.

¹⁴ Prévues par l'article 18 de la LFSS pour 2020.

C - Anomalies significatives

1 - Des situations persistantes de non-respect du principe de tenue de la comptabilité en droits constatés

Les modalités de notification des impôts et taxes affectés (Itaf) et de la contribution sociale généralisée (CSG) recouvrés par les services des ministères financiers (106,9 Md€, contre 102,3 Md€ en 2021) ne permettent toujours pas leur comptabilisation par l'Acosse selon le principe des droits constatés.

Comme les exercices précédents, les notifications de produits à recevoir (12,4 Md€) adressées à l'Acosse sont fondées sur les déclarations ou les encaissements reçus en janvier et février de l'année N+1. Leur correct dénouement ne peut être apprécié, les flux de versements effectués par l'État n'étant toujours pas détaillés par année d'antériorité. En outre, l'Acosse ne reçoit toujours pas de notification des créances, des dépréciations de créances et des provisions pour risque au titre des ITAF dont les organismes de sécurité sociale supportent le risque de non recouvrement ou de restitution en cas de litige.

Une évaluation à fin 2022 du montant brut des créances (0,6 Md€), des dépréciations qui s'y rapportent (0,4 Md€), ainsi que des provisions pour risque (0,1 Md€) a été communiquée par la DGFIP et la DGDDI. En l'absence d'une ventilation en fonction de leur année de naissance, l'Acosse ne peut toujours pas comptabiliser ces montants et les notifier à ses attributaires. C'est également le cas des provisions pour risque, l'estimation communiquée couvrant d'autres entités que les seuls attributaires de l'Acosse.

Par ailleurs, les produits issus des redressements faisant suite à un contrôle sont comptabilisés au moment de l'envoi de la mise en demeure. Or, il découle des dispositions de l'article R. 243-59 du code de la sécurité sociale en vigueur depuis 2020 que le fait générateur est la fin de la période contradictoire, laquelle varie selon l'émission ou non d'observations par le cotisant. Si le système d'information de l'activité de recouvrement a été adapté en 2022 afin de prendre en compte cette évolution, la mise en place de cette adaptation n'a pas encore eu lieu. Il en résulte un risque, non évalué par l'Acosse, d'enregistrement comptable dans l'exercice suivant de redressements se rattachant à l'exercice en cours.

2 - Le défaut de comparabilité entre les exercices 2021 et 2022 des produits de cotisations et de contributions sociales des travailleurs indépendants et des résultats de leurs attributaires

La Cour avait relevé dans son rapport de certification des comptes du régime général de 2021 que la comparabilité des produits de cotisations et de contributions sociales des travailleurs indépendants et des résultats de leurs attributaires entre les exercices 2020 et 2021 n'était pas assurée. Ce désaccord majeur sur les comptes avait conduit la Cour à refuser de certifier les comptes de l'activité de recouvrement de 2021.

En effet, l'évolution de leur montant intégrait, à hauteur de 6,7 Md€, le contrecoup de l'abattement de 50 % du revenu pris en compte pour appeler les prélèvements sociaux en 2020. Ce montant de 6,7 Md€ intégrait des effets estimés par la Cour respectivement à 5 Md€ pour les branches concernées du régime général de sécurité sociale (maladie, vieillesse, famille et autonomie) et à 1,7 Md€ pour les attributaires extérieurs à ce dernier (CPSTI, Unédic et Cades).

La seule information dans l'annexe aux comptes de l'activité de recouvrement et des branches concernées pour l'exercice 2022 ne permet pas d'apprécier de façon satisfaisante les effets de cette atteinte à l'image fidèle des comptes de 2021, rappelés dans ceux de l'exercice de 2022. En outre, cette présentation ne rend pas compte de la portée des décisions adoptées par le Parlement lors de l'examen du projet de loi de financement pour 2023. En effet, sur ce dernier point, l'article 1^{er} de la LFSS pour 2023 a approuvé pour 2021 un montant de recettes des branches du régime général et de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale inférieur de 5 Md€ à celui ressortant des comptes approuvés par ces branches, du fait d'une correction portant sur ces produits. Le résultat est affecté pour le même montant.

En l'absence de production de comptes *pro forma* pour 2021, minorant notamment ces produits de 6,7 Md€, la comparabilité des produits de prélèvements sociaux des travailleurs indépendants et des résultats pour l'ensemble des attributaires concernés n'est *de facto* toujours pas assurée entre 2021 et 2022.

3 - Le défaut de comparabilité entre les exercices 2021 et 2022 de la réduction forfaitaire « covid » en faveur des travailleurs indépendants

Les pouvoirs publics ont fait bénéficier de réductions forfaitaires de prélèvements sociaux les travailleurs indépendants relevant des secteurs

fortement affectés par les mesures administratives de fermeture d'activité intervenues dans le contexte de la crise sanitaire. Ces travailleurs indépendants ont déclaré en 2021 un montant total de 0,7 Md€ de réduction forfaitaire de prélèvements sociaux au titre des périodes d'activité de 2020 et de janvier à mars 2021.

La Cour avait relevé dans son rapport de certification des comptes du régime général de 2021 que les produits reçus de l'État à ce titre et ces réductions de produits qui en sont la contrepartie étaient surestimés à hauteur de ce montant rattachable à l'exercice 2020.

La seule information dans l'annexe aux comptes ne permet pas d'apprécier de façon satisfaisante la portée de cette erreur. En l'absence de production de comptes *pro forma* pour 2021, comprenant en particulier une minoration de 0,7 Md€ des comptes précités, la comparabilité des comptes n'est *de facto* toujours pas assurée entre 2021 et 2022.

D - Insuffisances d'éléments probants

1 - Les incertitudes affectant l'estimation des produits à recevoir de remises sur les prix des médicaments et des dispositifs médicaux

Les produits à recevoir de remises dues par les entreprises concernées sur les prix publics des médicaments et des dispositifs médicaux estimés par le comité économique des produits de santé – CEPS (7,7 Md€) ont augmenté de façon importante par rapport à 2021 (+ 2,0 Md€, soit + 35 %). À cette estimation s'ajoute 0,8 Md€ de produits à recevoir relatifs à des remises de 2021 non encore mises en recouvrement par les Urssaf à fin 2022, ce qui limite l'analyse de leur dénouement.

La détermination des produits à recevoir relatifs à ces remises qui ne font pas l'objet d'échanges contradictoires avec les laboratoires préalablement à leur comptabilisation repose pour une part sur des données incomplètes ou provisoires, en l'absence de connaissance de certaines données nécessaires à leur estimation lors de l'arrêté des comptes. En outre, les risques d'erreurs et de non-exhaustivité de ces estimations persistent, en raison notamment des limites de l'outil de gestion des remises.

Fondée sur des méthodes similaires, l'évaluation des produits à recevoir de remises au titre des dispositifs médicaux (0,2 Md€, contre 0,1 Md€ en 2021) est exposée aux mêmes risques. En outre, quoique de portée modérée, l'éventualité d'un déclenchement de la clause de

sauvegarde, dite contribution « Z »¹⁵, portant sur ces derniers, crée une incertitude pour l'exhaustivité des produits.

Plus spécifiquement, les produits à recevoir (0,8 Md€) au titre des remises portant sur des spécialités bénéficiant d'une autorisation temporaire d'utilisation (ATU/post-ATU), d'une autorisation d'accès précoce (AAP), d'autorisation d'accès compassionnel (AAC) continuent de présenter un risque de non-exhaustivité et de défaut d'exactitude. En effet, le calcul définitif d'une partie de ces remises dépend de déclarations de chiffre d'affaires des entreprises concernées et d'informations relatives à l'utilisation des spécialités, qui sont obtenues postérieurement à l'arrêté des comptes. Il suppose également la fixation de prix de référence des différentes spécialités par le CEPS, nécessaire au calcul des remises, qui intervient dans certains cas après l'arrêté des comptes, à la suite de négociations avec les entreprises.

Outre les faiblesses affectant l'évaluation de l'ensemble des produits à recevoir, celle au titre de la contribution « M »¹⁶ (1,1 Md€, contre 0,7 Md€ en 2021), qui repose sur une réglementation complexe, est affectée par des incertitudes résultant de l'emploi de données partiellement estimatives et non définitives.

2 - Les incertitudes affectant une partie des estimations comptables calculées par l'Acos

a) Les dépréciations de créances sur les cotisants

Dans le contexte de la crise sanitaire, pour estimer les provisions pour dépréciations de créances sur les cotisants, l'Acos a défini une méthode *ad hoc*, en complément de la méthode habituelle qui reste fondée sur l'observation des taux de recouvrement sur le long terme. La méthode *ad hoc*, appliquée aux créances nées pour l'essentiel pendant la crise et couvertes par un plan d'apurement conclue entre l'Urssaf et le cotisant, retient un taux moyen de dépréciation (17 % en moyenne) nettement plus faible que celui de la méthode habituelle (80 % en moyenne).

¹⁵ La LFSS 2022 a fixé à 2,15 Md€ de montants remboursés par l'assurance maladie, après déduction des remises, le seuil de déclenchement de la contribution « Z ».

¹⁶ La contribution « M » est due par les entreprises pharmaceutiques lorsque le chiffre d'affaires de l'année civile minoré des remises réalisées par l'ensemble des entreprises est supérieur à un montant M fixé par la loi (pour 2022, le montant M était fixé à 24,5 Md€ par la LFSS 2022). Les entreprises peuvent en être exonérées en s'engageant à verser des remises à ce titre, selon un barème fixé par arrêté.

L'estimation par l'Acosse des dépréciations de créances sur les cotisants selon la méthode habituelle (25,8 Md€, contre 22,1 Md€ à fin 2021) prend toujours insuffisamment en compte les perspectives de recouvrement différenciées selon la nature de certaines créances (créances relatives à des comptes radiés ou suspendus, créances sur les cotisants en procédure collective, etc.).

S'agissant des plans d'apurement rompus par les Urssaf en raison du non-respect de ces derniers par les cotisants (2,4 Md€), les données historiques de recouvrement de ces créances ne sont pas suffisantes et comparables à celles utilisées dans la méthode habituelle. Cette situation limite le niveau d'assurance sur la fiabilité du montant calculé des dépréciations correspondantes *de facto* très incertain (1,8 Md€). En outre, une part de ces plans faisant l'objet d'un nouvel échéancier de paiement ont été dépréciés selon le taux de dépréciation de la méthode habituelle, ce qui peut avoir pour effet de la majorer (de 0,2 Md€ selon une évaluation de l'Acosse).

Par ailleurs, les données historiques de recouvrement utilisées pour l'estimation des dépréciations des travailleurs indépendants ne sont toujours pas corrigées de certains flux financiers intégrés à tort dans ce calcul. Il en résulte une probable surévaluation des dépréciations des créances, non évaluée par l'Acosse, estimée par la Cour à 0,2 Md€ en moyenne pour l'ensemble des attributaires.

S'agissant de la méthode *ad hoc* appliquée aux montants de créances des plans d'apurement non rompus par les Urssaf en 2022 (5,6 Md€, contre 17 Md€ à fin 2021), l'estimation des dépréciations des créances correspondantes (1 Md€, contre 5 Md€) est également affectée de plusieurs limites qui tiennent notamment au défaut d'exactitude et de profondeur de données utilisées pour son calcul et à la prise en compte de créances qui devraient être dépréciées selon la méthode habituelle. À l'inverse des situations précitées, il en résulte une probable sous-évaluation des dépréciations des créances, non évaluée par l'Acosse.

Par ailleurs, en contradiction avec le principe de prudence, les créances éligibles à une admission en non-valeur à la clôture, non obtenues dans le cadre de l'audit, ne sont toujours que partiellement dépréciées (72 % au 31 décembre 2022), alors qu'elles auraient dû l'être intégralement leur recouvrement étant fortement compromis. En outre, les modalités d'identification des créances susceptibles d'être admises en non-valeur procurent une assurance partielle sur l'exhaustivité de leur détection en raison de retards de traitement, de limites informatiques et d'insuffisances des contrôles, ce qui a pour effet de reporter la constatation des créances admises en non-valeur sur le ou les exercices suivants. Ce risque est

particulièrement élevé pour les caisses générales de sécurité sociale des départements et régions d'outre-mer.

b) Les provisions pour risques et charges

En dehors des contestations visant ou conduisant à remettre en cause les taux de cotisation pour accidents du travail et maladies professionnelles, les provisions pour litiges (soit 1 Md€, contre 1,15 Md€ à fin 2021) portent sur des montants réglés par les cotisants, mais ultérieurement contestés, généralement à la suite de redressements issus de contrôles.

L'exhaustivité et la fiabilité des données servant de base au calcul de cette provision restent imparfaitement assurées. C'est également le cas du recensement des événements postérieurs à la clôture à prendre en compte pour l'évaluation de la provision. Par ailleurs, l'analyse du dénouement des provisions demeure limitée par le système d'information qui ne permet pas de suivre l'évolution d'un même litige à chaque stade juridictionnel, en l'absence d'un identifiant unique de gestion.

D'autres incertitudes continuent d'affecter l'évaluation de la provision pour réduction des produits de cotisations au titre des contentieux relatifs à l'application de la législation AT-MP pendant à la clôture de l'exercice (0,8 Md€). Les remboursements aux employeurs des cotisations AT-MP, à la suite de contentieux perdus par les caisses primaires d'assurance maladie, ne font pas l'objet d'un suivi par l'activité de recouvrement, ce qui ne permet pas de fiabiliser le montant de la provision estimée par la Cnam à partir d'un suivi de son dénouement au cours des exercices suivants. Il est par ailleurs renvoyé à la motivation de l'opinion de la Cour sur les comptes de la branche AT-MP (cf. D-2).

3 - Les limites affectant la justification de la répartition des produits, des créances et des charges entre les attributaires

La correcte répartition des produits, des charges et des encaissements (et ce faisant des restes à recouvrer) entre les attributaires de l'Acosse n'a pu être directement auditée à partir de données détaillées par compte cotisant, en l'absence de requêtes disponibles pour l'audit des données contenues dans l'entrepôt national de stockage de données de comptabilité générale constitué par l'Acosse. Comme les exercices précédents, son appréciation a donc uniquement reposé sur les tests réalisés dans le cadre de l'audit et sur les études de corroboration produites par l'Acosse, par ailleurs pertinentes.

Si le montant du stock des anomalies de répartition faisant l'objet d'une répartition forfaitaire entre attributaires reste faible, en l'absence d'évolution au cours de l'exercice, le traitement informatique de répartition continue de porter sur la déclaration prise dans son ensemble, et non sur la seule rubrique déclarative rejetée.

La cohérence globale des données entre les comptes cotisants, la comptabilité générale des organismes locaux et les notifications nationales aux attributaires s'est légèrement dégradée à fin juillet 2022 (le taux d'instabilité des créances par attributaire au niveau national atteint 1,42 %, contre 1,25 % fin 2021). En outre, des écarts entre les données relatives aux créances (0,5 Md€) continuent d'affecter la fiabilité de la répartition des restes à recouvrer. Ils concernent majoritairement des soldes antérieurs à l'exercice 2019 et sont liés aux modalités alors appliquées de répartition de la réduction générale de cotisations.

4 - Les faiblesses du cadre général du contrôle interne

a) La conception et le déploiement du dispositif national de contrôle interne

La refonte du cadre du contrôle interne unifié de l'ordonnateur et du comptable pour toutes les catégories de cotisants et activités dont la gestion incombe aux Urssaf et à l'Acosse progresse. Elle ne permet cependant pas encore de relier de façon appropriée les risques cartographiés et dispositifs de maîtrise de ces risques aux processus « métiers », ce qui limite le niveau d'assurance sur les correctes identification, évaluation et couverture des risques. S'agissant des travailleurs indépendants, l'absence de réévaluation des risques depuis trois ans limite la portée de la carte des risques en vigueur.

Comme en 2021, pour les cotisants hors travailleurs indépendants, plus d'un risque sur quatre identifié par la carte n'est toujours pas couvert par des dispositifs de maîtrise des risques définis à l'échelon national ou ne l'est que très insuffisamment. La carte des risques des Urssaf n'est que partiellement reliée à celle des applications informatiques. La multiplicité des cartes des risques peut conduire à une couverture hétérogène des risques selon les catégories de cotisants.

Prévue par le décret du 14 octobre 2013, la mise en place d'un plan de contrôle unique commun à l'ordonnateur et à la direction comptable et financière n'est toujours pas achevée en 2022. Par ailleurs, la conception de plusieurs plans nationaux de contrôle comporte toujours des fragilités, qui tiennent notamment à leurs modalités de réalisation et, malgré des

progrès, à la faible volumétrie des opérations contrôlées, peu adaptée à l'activité contrôlée ou encore à l'acuité des risques propre à chaque Urssaf. En outre, une partie des risques liés à certaines activités ou dispositifs ne sont pas couverts par ces contrôles (notamment, le recouvrement amiable et forcé, le contrôle des cotisants et les exonérations) ou le sont, à défaut, par des plans d'action nationaux dont la portée est limitée (comme la réduction générale et les revenus de remplacement).

La gestion courante des coordonnées bancaires des cotisants donne lieu à des actions de contrôle dont le périmètre et le ciblage restent encore imparfaitement adaptés aux situations les plus à risque, dans l'attente du déploiement d'outils et de contrôles destinés à fiabiliser leur contrôle. Par ailleurs, l'un des deux contrôles que doivent mettre en œuvre les Urssaf sur l'utilisation du fichier des comptes bancaires (Ficoba) fait encore apparaître des situations de non-conformité.

Malgré des progrès notables, le contrôle des « transactions sensibles », qui permettent aux agents de modifier manuellement les données des systèmes d'information, ne couvre que partiellement les risques liés à leur utilisation.

La mise à jour de dispositifs de maîtrise des risques n'est pas achevée pour certaines activités majeures (comme l'intégration aux comptes des cotisants des montants exigibles déclarés par ces derniers, la gestion par l'Urssaf des remboursements en faveur des cotisants, le recouvrement amiable et forcé ou le contrôle des cotisants) ou contribue parfois insuffisamment à leur efficacité (comme sur la gestion des données administratives et les exonérations).

Plusieurs plans nationaux de contrôles prescrits par l'Acoss demeurent imparfaitement mis en œuvre par les Urssaf. Leur traçabilité reste par ailleurs imparfaitement assurée, en raison notamment des limites des outils nationaux de maîtrise des risques.

En outre, les résultats de ces plans manquent encore souvent de fiabilité et ne permettent pas de disposer d'éléments d'information nécessaires à l'amélioration des processus « métiers ». Par ailleurs, ils ne reflètent qu'une partie des anomalies relevées. En tout état de cause, les résultats de certains d'entre eux (gestion des données administratives, créances prescrites et créances susceptibles d'être admises en non-valeur) font apparaître des anomalies ou des non-conformités récurrentes qui appellent la mise en œuvre de plans d'action renforcés et mieux suivis.

b) Les indicateurs de mesure des risques résiduels

L'activité de recouvrement mesure annuellement la fréquence et la portée financière des erreurs déclaratives affectant les prélèvements sociaux qui lui sont déclarés par les cotisants par rapport à la réglementation applicable, ainsi que celles relatives à la fraude. Ces mesures ne sont pas déterminées à partir du contrôle par l'Acosse d'un échantillon représentatif de dossiers qui, comme pour les branches du régime général versant des prestations, pourrait être audité par la Cour.

Malgré des progrès, les mesures des risques financiers résiduels de l'activité de recouvrement ne reposent toujours pas en 2022 sur des données suffisamment fiables et complètes, ce qui limite à nouveau les possibilités d'appréciation de l'efficacité du contrôle interne.

En effet, les mesures des erreurs liées aux données déclarées par les cotisants et de la fraude comportent toujours des limites malgré l'effet positif lié à la reprise des contrôles en 2022. Elles tiennent notamment à leur périmètre incomplet (excluant une partie importante des travailleurs indépendants, les employeurs publics, les particuliers employeurs ou encore les travailleurs détachés et plus largement les cotisants situés dans les départements d'outre-mer) et à l'ancienneté de données servant à leur calcul (résultats datés compris entre 2011 à 2018, à titre d'exemple). Une limite supplémentaire porte sur la mesure de la fraude du fait de l'absence d'évaluation des activités totalement dissimulées. Par ailleurs, l'imprécision des hypothèses de calcul de la fraude ou des données relatives aux erreurs conduit à fragiliser le résultat de ces mesures. *In fine*, ces limites tendent à sous-évaluer au total leur montant.

Enfin, la mesure des erreurs liées aux données déclarées par les cotisants n'est pas encore calculée par processus « métiers » ou activités (gestion des données administratives et déclarées, des exonérations) et ne permet pas d'évaluer de façon distincte les risques résultant de la mise en œuvre des opérations internes des Urssaf. Sous réserve de ces limites, la mesure des erreurs liées aux données déclarées par les cotisants affiche en 2022 un risque résiduel lié au manque à gagner après contrôle, de surcroît provisoire¹⁷, estimé à 1,2 Md€ pour les employeurs du secteur privé et 1,3 Md€ pour les micro-entrepreneurs (contre, respectivement, 1,3 Md€ et 1,1 Md€ en 2021). S'agissant de la fraude, elle est estimée à 5,0 Md€ sur le seul champ des employeurs du secteur privé (contre 4,0 Md€ en 2021).

¹⁷ En raison du niveau partiel des résultats retenus pour son calcul (60 % des contrôles prévus en 2022 par l'Acosse), lié au processus de remontée de ces résultats ayant lieu jusqu'à la fin du 1^{er} semestre suivant l'exercice considéré. L'information n'était pas disponible en montant.

L'analyse de l'évolution de ces mesures n'a pu être produite par l'Acos pour l'audit, ce qui induit une limitation aux travaux de la Cour.

S'agissant des risques résultant de l'activité des organismes du réseau, les indicateurs ne couvrent pas encore certains risques significatifs, notamment ceux liés aux processus concernant le recouvrement des créances et la répartition. De plus, les indicateurs établis par l'Acos (portant sur la gestion des crédits et des remboursements et les admissions en non-valeur) sont souvent insuffisamment fiables et ne retracent qu'une partie des anomalies relevées par les organismes.

c) La couverture des risques propres à l'activité de l'établissement public Acoss

Dans l'attente du déploiement d'un plan de contrôle unique de l'ordonnateur et du comptable, le plan de contrôle interne propre aux activités de l'Acos ne couvre pas le risque lié au suivi et à la comptabilisation des opérations relatives au dispositif de reversement des sommes dues¹⁸, après déduction d'un taux forfaitaire représentatif des frais de non recouvrement et de gestion. En outre, les modalités de réalisation de plusieurs contrôles de supervision relatifs au recouvrement direct, réalisés par les services de l'ordonnateur, ne permettent pas d'assurer leur traçabilité.

Par ailleurs, le calcul de la répartition entre leurs attributaires des produits recouverts par d'autres collecteurs que les Urssaf (administration fiscale notamment) et centralisés par l'Acos demeure réalisé à l'aide d'outils bureautiques, ce qui expose à des risques d'erreurs.

S'agissant de la gestion de la trésorerie, le plan de contrôle interne de l'Acos ne permet pas de s'assurer de la portée des contrôles réalisés et de la couverture de l'ensemble des risques propres à ce processus.

d) Le contrôle interne de la gestion financière du réseau

Le contrôle interne de la gestion financière du réseau (encaissements des prélèvements sociaux, remontée quotidienne de fonds vers l'Acos, etc.) a été renforcé en 2022, mais il comporte encore des consignes nationales ambiguës ou obsolètes. En outre, sa portée est amoindrie par une application parfois incorrecte des consignes de l'Acos par les organismes du réseau. Par ailleurs, la mise à jour des plans nationaux de contrôle liée

¹⁸ Prévu par l'article 18 de la LFSS 2020.

au nouveau logiciel de gestion de la trésorerie (TMS), déployé fin 2021, n'a été réalisée que fin 2022.

e) La couverture des risques relatifs au système d'information

Les exigences réglementaires applicables en matière de sécurité des systèmes d'information ne sont toujours que partiellement satisfaites, dans un contexte toujours marqué par des attaques informatiques.

Le processus de gestion des habilitations et les outils associés présentent des faiblesses, qui ne sont que partiellement compensées par les contrôles en vigueur. Par ailleurs, les contrôles en lien avec la sécurité du système d'information sont déployés de façon progressive au niveau de l'Acoss. L'outil de traçabilité des consultations par les agents de données personnelles des cotisants, déployé en 2022 ne couvre qu'une partie des applications utilisées par les Urssaf.

Malgré des progrès, le processus de gestion des changements informatiques présente encore des faiblesses pouvant entraîner des risques de régression. De même, la méthodologie de gestion de projets ne couvre pas l'ensemble du processus et les changements informatiques ne sont pas gérés dans le cadre d'un outil unifié, ce qui affecte l'efficacité de leur pilotage. Par ailleurs, des indicateurs de performance font toujours défaut. Enfin, la gestion des changements techniques reste pénalisée par les faiblesses de l'outil de déploiement qui leur est consacré.

Malgré le renforcement du pilotage de la gestion des incidents, des indicateurs font toujours défaut pour apprécier l'efficacité du dispositif de gestion des incidents en l'absence de définition de niveaux de service. Le stock d'incidents encore ouverts diminue, notamment pour le système central de production SNV2, mais l'ancienneté de ces derniers depuis leur date d'ouverture reste élevée. Contrairement aux dispositions de l'article D. 114-4-13 du code de la sécurité sociale, l'identification et l'évaluation des incidents ayant une probable incidence financière n'est toujours pas effectuée. Des améliorations ont été apportées au processus de gestion des problèmes, qui vise à analyser les incidents similaires dont la cause est inconnue, mais des indicateurs font défaut pour en apprécier l'efficacité.

L'activité de recouvrement a mis en œuvre un plan de secours informatique qui lui permet d'assurer l'exercice de ses missions en cas d'incident majeur affectant l'un de ses centres de données. En revanche, des faiblesses peuvent limiter sa capacité à opérer un service optimal.

f) La couverture des risques de conflits d'intérêts et de fraude

Le dispositif national de prévention et de détection des conflits d'intérêts concernant les salariés reste appliqué de manière hétérogène dans les organismes de l'activité de recouvrement, ce qui affecte le degré de maîtrise de ces risques.

Les Urssaf ne pratiquent pas de contrôles formalisés en amont des réunions du conseil d'administration qui viseraient à s'assurer de l'absence de conflits d'intérêts au regard des éléments déclarés par les administrateurs. Par ailleurs, les comptes cotisants des administrateurs de certaines Urssaf et de l'Acoss, qui sont employeurs de salariés ou travailleurs indépendants, n'ont pas fait l'objet de contrôles en 2022.

En ce qui concerne la couverture des risques liés à la fraude interne et externe (hors contrôle des cotisants, voir ci-après), l'incomplétude du plan national de contrôle interne n'est que partiellement compensée par les contrôles mis en œuvre dans les organismes du réseau.

5 - Les insuffisances des contrôles visant à réduire les risques de non-exhaustivité ou d'inexactitude des prélèvements sociaux*a) La gestion des données administratives*

La gestion des données administratives des cotisants couvre l'ensemble des opérations liées à leur affiliation, à la modification de leurs données administratives ou à la radiation de leurs comptes. La fiabilité des données administratives conditionne le correct enchaînement des différentes phases du recouvrement des prélèvements sociaux.

Une part importante des opérations liées à la gestion des données administratives (environ 25 %, contre 32 % en 2021) est encore traitée manuellement dans le réseau, malgré la mise en place d'un dispositif d'intégration automatique de déclarations dans le compte cotisant géré par l'Urssaf. Cette situation expose toujours à des risques d'erreurs qui restent insuffisamment couverts par le contrôle interne.

L'absence de référentiel unique de centralisation des données administratives limite la fiabilisation des données administratives entre le répertoire des individus (REI), le référentiel commun des déclarants (RCD) et le système central de production SNV2. Par ailleurs, les données du RCD relatives aux situations administratives des cotisants présentent encore des divergences importantes par rapport à celles de l'Insee, ce qui accroît le risque d'inexactitude des produits. Ce risque concerne notamment le

« versement mobilité »¹⁹, dont le taux dépend de la commune où est situé l'établissement, une divergence étant constatée pour 137 000 établissements (soit 1,4 % de ceux du RCD).

Le pilotage des dossiers en instance de traitement ne permet pas de réduire suffisamment leur ancienneté, ce qui affecte la fiabilité des données administratives et peut avoir des incidences financières sur l'exhaustivité et l'exactitude des produits de prélèvements sociaux à recouvrer.

La conception de certains plans nationaux de contrôle et l'inadaptation des échantillons à la population testée, voire les biais de représentation de cette dernière, continuent d'affecter la fiabilité des résultats des contrôles réalisés sur les données administratives. L'espacement de la fréquence de contrôles majeurs intervenu en 2020 (devenue semestrielle au lieu de trimestrielle) déjà reconduit en 2021 l'a été à nouveau en 2022, ce qui retarde l'appréhension du niveau de maîtrise des risques et la détection d'anomalies.

De plus, les contrôles précités demeurent réalisés dans des conditions insuffisamment rigoureuses, ce qui affecte leurs résultats et retarde la mise en œuvre de plans d'actions visant à améliorer la fiabilité des données administratives. La documentation et la traçabilité des vérifications effectuées au titre de ces plans nationaux de contrôle sont hétérogènes selon les organismes, ne sont qu'imparfaitement assurées et sont souvent insuffisantes.

b) Les données déclarées par les employeurs de salariés et intégrées aux comptes des cotisants

Alors que près d'une déclaration sociale nominative (DSN) sur douze fait encore l'objet d'un rejet, les suivis effectués par l'Acoss sur la qualité de ces déclarations ne comprennent pas d'analyse des causes, récurrentes ou conjoncturelles, de ces rejets, ce qui ne permet pas la mise en œuvre de plans d'action correctifs. Les stocks d'anomalies déclaratives en instance de traitement sont en baisse, mais leur suivi encore insuffisant ne permet pas d'en maîtriser l'ancienneté. Ces insuffisances accentuent les risques de non-exhaustivité et d'inexactitude des produits constatés.

Par ailleurs, le plan d'action national visant à fiabiliser les données déclarées par les cotisants a été lancé en 2022 encore plus tardivement qu'en 2021. Or, la concentration de ces actions à mener sur une courte

¹⁹ Prévu par l'article L. 2333-64 du code général des collectivités territoriales, le versement destiné au financement des services de mobilité est plafonné, par type de collectivités, à 0,55 %, 0,85 %, 1% ou au maximum 1,75 % de l'assiette de cotisations.

période en fin d'exercice peut entraîner un report ou un défaut de traitement des dossiers en question, et plus généralement limiter leur efficacité.

Les contrôles automatisés déployés dans toutes les Urssaf à l'automne 2022 dès la réception des DSN par « Net entreprises » marquent une évolution notable. Ils ne permettent cependant pas de vérifier l'exhaustivité et l'exactitude des données déclarées par salarié ni d'opérer des croisements de données avec celles agrégées que sur une partie d'entreprises et ce sur la fin de l'exercice. De plus, les modalités de signalement aux cotisants des erreurs détectées à cette occasion ne leur permettent pas systématiquement de les corriger, ce qui réduit l'effet de ces contrôles. De même, les erreurs qui ne seraient pas corrigées ne font pas l'objet d'une régularisation par les Urssaf, dans l'attente de la parution d'un décret d'application de l'article L. 133-5-3-1 du code de la sécurité sociale.

Les contrôles automatisés, en particulier, ne permettent pas encore de détecter les erreurs ou omissions déclaratives s'agissant des cotisations de la caisse nationale des industries électriques et gazières (CNIEG), des contributions relatives à la formation professionnelle et de la taxe d'apprentissage, dont le recouvrement a été transféré aux Urssaf en 2022.

Les études menées par l'Acoss sur les DSN dites de régularisation font toujours état d'un impact financier significatif : ces corrections rétroactives représentent 1,5 % du montant des déclarations initiales de 2021 (vision fin 2022) contre 2,1 % du montant de celles de 2020 (vision fin 2021), soit des incidences de 4 Md€ pour les périodes d'emploi de 2021 et de 5,2 Md€ pour celles de 2020.

S'agissant des taxations d'office en 2022 (0,8 Md€, comparable à 2021), le taux de non-conformité du plan national de contrôle visant à apprécier le bien-fondé de leur annulation reste élevé (23 % en 2022, contre 30 % en 2021), ce qui dénote un risque significatif de non-exhaustivité des taxations d'office.

La conception de certains plans nationaux de contrôle comporte toujours des fragilités qui limitent leur efficacité. À titre d'exemple, le seuil déclenchant le constat d'une anomalie fixé à 2 % des cotisations lors du contrôle du versement mobilité rend presque impossible le constat d'une non-conformité majeure. Par ailleurs, les conditions d'exécution insuffisamment rigoureuses de certains plans de contrôle exposent à un risque élevé de non-détection d'anomalies, ce qui est susceptible d'affecter la fiabilité de leurs résultats.

Le dispositif de contrôle encadrant la gestion des crédits (4,4 Md€ à fin 2022, contre 3,3 Md€ à fin 2021) et les remboursements aux cotisants ne permet toujours pas de couvrir suffisamment les risques de

remboursement à tort ou pour un montant erroné, ni de garantir le traitement exhaustif des crédits prescrits, ce qui induit des risques d'erreurs dans les comptes. De plus, leurs modalités de réalisation affectent la fiabilité de leurs résultats²⁰. En tout état de cause, à fin 2022, les résultats des plans nationaux de contrôle sur les crédits et remboursements restent dégradés.

Comme lors des exercices précédents, les pénalités de retard pour les déclarations de régularisation tardives ne sont pas appliquées et l'incidence financière de cette non-application n'est pas évaluée.

Les risques relatifs aux précomptes de prélèvements sociaux recouvrés par le réseau des Urssaf demeurent insuffisamment couverts par le plan de fiabilisation annuel qui leur est consacré, dans l'attente de l'utilisation du dispositif Pasrau²¹ pour la déclaration de ces revenus et de la mise en place de contrôles adaptés.

c) La réduction générale et les exonérations de cotisations

L'insuffisance des contrôles intégrés au système d'information sur les données déclarées au titre de la réduction générale (34,5 Md€ en 2022, + 33,9 % par rapport à 2021) expose toujours l'activité de recouvrement à des risques d'erreurs et de non-exhaustivité des cotisations enregistrées.

Sur ce point, les résultats des études sur la cohérence réciproque des données individuelles et agrégées par établissement et les contrôles de cohérence entre les données respectivement déclarées aux Urssaf et à l'Agirc-Arrco font apparaître des anomalies potentiellement significatives, quoique moins nombreuses qu'en 2021, dont l'incidence sur les comptes reste incertaine. Comme en 2021, la mise à jour de l'étude sur le recalcul de la réduction générale²² n'a pas été communiquée à la Cour. En effet, l'Acosse estime que la qualité insuffisante des données individuelles par salarié dans la DSN ne permet pas de recalculer de façon fiable les montants de cette réduction (par exemple les données portant sur les heures d'activité effectives et les heures supplémentaires rémunérées, la quotité de travail et le temps de travail qui peuvent faire apparaître des incohérences, etc.).

²⁰ Intégration des remboursements déjà annulés à la suite des contrôles *a priori* dans l'échantillon du plan de contrôle *a posteriori* ayant pour objet de mesurer le risque financier résiduel, par exemple.

²¹ Prélèvement A la Source pour les Revenus AUtres.

²² L'étude réalisée par l'Acosse pour l'exercice 2020 estimait l'insuffisance globale de la réduction générale déclarée par les cotisants à un montant qui pourrait s'élever, en net, entre 1,6 Md€ et 2,5 Md€.

Dans ces conditions, les compensations à l'Agirc-Arrco (6,5 Md€) et à l'Unédic (4,5 Md€) de la réduction générale sont comptabilisées en 2022 sur la base de données ne procurant pas une assurance raisonnable sur leur exhaustivité et leur exactitude.

S'agissant des exonérations de cotisations ciblées en faveur de certains cotisants, secteurs économiques ou territoires (5,8 Md€ en 2022), les organismes du recouvrement n'ont pas mis en œuvre, depuis 2020, les plans nationaux de contrôle en vigueur, en raison notamment de la suspension des traitements informatiques ou de l'absence d'exploitation des signalements informatiques, ce qui affecte la fiabilité des exonérations déclarées et compensées par le budget de l'État. De surcroît, certaines exonérations ciblées prises en charge par l'État (notamment « Aide à domicile personnes fragiles », soit 1,6 Md€ en 2022 ; « Lodeom » soit 1,3 Md€ en 2022) ne sont toujours pas intégrées au dispositif national de maîtrise des risques et font uniquement l'objet de plans d'action nationaux visant à les fiabiliser, dont la portée reste limitée.

Malgré des progrès, les contrôles des organismes du recouvrement ne permettent toujours pas de s'assurer du respect de l'ensemble des critères d'éligibilité aux exonérations et à l'aide au paiement des prélèvements sociaux accordées aux employeurs de salariés dans le contexte de la crise sanitaire (0,4 Md€, contre 3,2 Md€ en 2021), ce qui affecte la fiabilité des montants comptabilisés à ce titre.

d) Le contrôle des cotisants

Contrairement à 2021, toutes les entreprises sont à nouveau susceptibles de faire l'objet d'un contrôle comptable d'assiette. En revanche, le nombre de contrôles est inférieur à celui constaté avant crise (environ 38 000 contrôles engagés à fin 2022, contre 57 800 à fin 2019), en raison d'une nouvelle stratégie de ciblage des situations à risques et de l'extension du champ des mesures à contrôler à l'origine d'un allongement du temps des contrôles. C'est également le cas du montant des cotisations contrôlées (23,2 Md€ à fin 2022, contre 28,4 Md€ à période comparable en 2019) et du montant des redressements (0,5 Md€ à fin 2022 contre 0,8 Md€ à période comparable en 2019), même si le taux de redressement sur le champ des employeurs de salariés est proche de celui de 2019.

Le nombre de contrôles effectués au titre de la lutte contre le travail illégal (LCTI) augmente sensiblement sans avoir retrouvé son niveau de 2019, ce qui est en revanche le cas des montants redressés (0,8 Md€).

Au-delà de ces évolutions, le périmètre des contrôles portant sur l'assiette déclarée par les cotisants est toujours incomplet. En effet, il n'intègre pas la plupart des entreprises adhérant au dispositif TESE et les associations adhérant au chèque emploi associatif (CEA), les praticiens et auxiliaires médicaux, ainsi que les services de l'État (en dehors de contrôles ponctuels sur certains services déconcentrés).

D'autres catégories de cotisants ou de prélèvements font l'objet de contrôles portant sur un champ partiel. Ainsi, les particuliers employeurs sont contrôlés uniquement dans le cadre des actions de LCTI. Les revenus de remplacement ne font pas l'objet d'un ciblage particulier et sont uniquement contrôlés de manière complémentaire aux prélèvements sur les salaires dont les cotisants déclarent être redevables.

De plus, le risque de liquidation amiable frauduleuse n'est pas suffisamment maîtrisé par les Urssaf. La réglementation en vigueur ne prévoit pas la production préalable d'une attestation indiquant que le cotisant concerné est à jour du règlement de ses prélèvements sociaux.

Par ailleurs, le plan national de contrôle interne du processus de contrôle comptable d'assiette couvre dorénavant l'établissement de la lettre d'observation adressée au cotisant à l'issue du contrôle. En revanche, aucun contrôle n'est réalisé sur l'établissement de la mise en demeure des créances liées à des redressements.

Enfin, une partie des résultats des contrôles n'est toujours pas intégrée aux comptes des cotisants selon un procédé automatisé. Cette situation emporte des risques d'erreur qui ne sont pas compensés par le plan national de contrôle interne en vigueur. En effet, celui-ci ne permet pas de garantir l'exhaustivité et l'exactitude de l'enregistrement des redressements opérés dans les comptes des cotisants à la fin de la période contradictoire.

e) Le recouvrement amiable et forcé des créances

En 2022, l'Acos a continué de suspendre l'application d'une partie des dispositifs de contrôle interne, en l'absence d'une reprise complète des mesures habituelles et automatisées de recouvrement amiable et forcé dans le contexte de crise sanitaire. En outre, les contrôles maintenus sont imparfaitement mis en œuvre dans les Urssaf, ce qui affecte la fiabilité des résultats affichés.

Au-delà de cet aspect conjoncturel, plusieurs activités ne font toujours pas l'objet de plans nationaux de contrôle. Il s'agit notamment de l'octroi de délais de paiement des créances, de l'identification des créances

admises en non-valeur, ainsi que de la conformité et du suivi des créances inscrites dans les mises en demeure, des contraintes et des déclarations de créances.

Ces constats renforcent les risques de non-recouvrement et de prescription des créances, dont le montant a peu diminué au cours de l'exercice dans un contexte de reprise tardive du recouvrement amiable et forcé (17,1 Md€ de créances non prescrites à fin 2022 sur le champ des employeurs de salariés du secteur privé, contre 19,7 Md€ à fin 2021). En particulier, les créances nées avant la crise sanitaire (6 Md€ hors majorations et pénalités) et celles relatives à un plan d'apurement dénoncé par les Urssaf (au moins 0,8 Md€ en raison d'une estimation partielle par l'Acoss) sont particulièrement exposées aux risques de non-recouvrement et de prescription.

La prévention de la prescription des créances et la correcte identification des créances prescrites restent imparfaitement assurées. Cette situation provient notamment du caractère discontinu des opérations de codification du traitement automatisant le calcul de la date de prescription dans le système d'information et des faiblesses relatives à la couverture des contrôles et au suivi des créances par les Urssaf.

Les actions de contrôle de l'application des règles d'éligibilité aux exonérations et à l'aide au paiement « covid », ainsi que des crédits de prélèvements sociaux présentent toujours des faiblesses. Leur portée est insuffisante pour prévenir le risque d'intégration de montants de créances non fiabilisés aux périmètres des plans d'apurement et des autres délais de paiement accordés dans le contexte de la crise sanitaire. Par ailleurs, ces délais ne font toujours pas l'objet de contrôles au sein des organismes.

Enfin, les majorations de retard et pénalités n'ont à nouveau pas été systématiquement appliquées, en contradiction avec la réglementation. En outre, l'absence ou le retard de traitement de leurs remises ou annulations fait peser une incertitude sur les montants comptabilisés à ce titre. Par ailleurs, le manque de contrôle des remises ou annulations de ces dernières expose à des risques d'erreurs.

6 - Les faiblesses affectant spécifiquement le contrôle interne du recouvrement des prélèvements des travailleurs indépendants

a) Les dispositifs de supervision et de contrôle

Les insuffisances portant sur la conception et le déploiement du dispositif national de contrôle interne s'appliquent pour l'essentiel aux processus et activités des travailleurs indépendants.

Les montants déclarés et comptabilisés au titre du dispositif de la réduction forfaitaire « covid » des prélèvements sociaux en faveur des travailleurs indépendants (0,2 Md€, contre 0,7 Md€ en 2021), compensées par le budget de l'État, comportent toujours un caractère pour partie incertain, compte tenu de contrôles non finalisés ou d'erreurs non encore régularisées à fin 2022.

b) La réalité des créances constituées de taxations d'office

En 2022, les appels de prélèvements sociaux en taxation d'office ont augmenté : ils se sont élevés à 1,4 Md€ (1,2 Md€ en 2021). Une partie des cotisants concernés ne régulariseront pas leur situation en produisant une déclaration de revenus professionnels. Les créances constituées de taxations d'office sont dépréciées, mais ont souvent une réalité plus qu'incertaine.

Malgré l'annulation chaque année de montants significatifs de créances correspondant à des taxations d'office (0,4 Md€ en 2022, après 0,5 Md€ en 2021), dans le cadre des plans de fiabilisation des revenus des travailleurs indépendants, les créances de taxations d'office non régularisées atteignent encore 3,7 Md€ au 31 décembre 2022 (3,8 Md€ fin 2021), dont 0,5 Md€ pour les taxations d'office portant sur plusieurs exercices (0,6 Md€ fin 2021).

c) Le contrôle des soldes créditeurs et remboursements

La somme des montants créditeurs issus du dispositif dit « 3 en 1 »²³ s'élève à 1,5 Md€ en 2022 (contre 1,4 Md€ en 2021), dont 0,3 Md€ ont été remboursés aux cotisants (contre 0,2 Md€ en 2021).

La supervision des services de l'ordonnateur visant à s'assurer par un contrôle *a posteriori* de l'exactitude des régularisations créditrices et

²³ Ce dispositif permet de calculer automatiquement la régularisation des cotisations relatives à l'exercice N-1, d'ajuster en conséquence les cotisations provisionnelles de l'exercice N et d'informer le cotisant des appels de cotisations relatifs à l'exercice N+1.

des ajustements créditeurs des comptes actifs et radiés issus du dispositif « 3 en 1 » comporte des erreurs récurrentes, qui ne sont que partiellement détectées. Surtout, les déclarations de revenus professionnels auprès de la DGFIP en format dématérialisé, qui représentent l'essentiel des déclarations et échappent dorénavant à cette supervision. En outre, elles ne sont pas suffisamment couvertes par des contrôles compensatoires.

Aussi, la mesure du risque financier résiduel affectant les remboursements de crédits en faveur des travailleurs indépendants calculée par l'Acosse porte sur un champ partiel et manque par ailleurs de fiabilité.

d) Le recouvrement amiable et forcé des créances

La plupart des contrôles sur les actions de recouvrement amiable et forcé, pour l'essentiel suspendues depuis mars 2020, n'ont été rétablis qu'en fin d'exercice en raison d'une reprise progressive de cette activité à l'automne 2022.

Dans ce contexte, le montant des créances non prescrites a peu diminué au cours de l'exercice (12,0 Md€ à fin 2022, contre 15,9 Md€ à fin 2021). Le recouvrement du montant appelé des cotisations reporté par les pouvoirs publics dans le contexte de la crise sanitaire, engagé à partir du printemps 2021, a été poursuivi en 2022 par l'envoi de plans d'apurement de créances. Les créances qui restent dues à ce titre atteignent 3,9 Md€ à fin 2022 (contre 5,2 Md€ à fin 2021), auxquelles s'ajoutent 1,7 Md€ de créances liées à des plans non respectés par les cotisants dénoncés par les Urssaf fin 2022.

Ces situations exposent le réseau des Urssaf à des risques élevés de non recouvrement et de prescription des créances concernées, y compris pour celles nées avant la crise sanitaire (3,5 Md€ à fin septembre, non obtenu par la Cour à fin 2022). En outre, les risques liés à l'application des plans d'apurement sont très peu couverts par des contrôles.

Par ailleurs, la prévention de la prescription des créances et la correcte identification des créances prescrites restent imparfaitement assurées, en raison notamment des faiblesses du contrôle interne.

e) Les cotisations et prises en charge de cotisations des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés

Des incertitudes continuent à affecter les cotisations sociales des praticiens et auxiliaires médicaux et les prises en charge de ces cotisations par l'assurance maladie (2,2 Md€ au total).

Le déploiement de nouveaux contrôles a conduit à renforcer la maîtrise des processus et activités relatifs aux praticiens et auxiliaires médicaux. Cependant, une part importante des plans nationaux de contrôle a été suspendue sur l'exercice, ce qui en limite la portée. Par ailleurs, des faiblesses persistantes affectent la gestion des crédits et remboursements en faveur de ces cotisants et induisent des risques d'inexactitude et de non exhaustivité des charges de cotisations qu'ils ont déclarées.

La fiabilité des données intégrées au système d'information n'est toujours pas garantie en raison d'une cohérence insuffisante des données administratives des cotisants détenues par l'activité de recouvrement avec celles de l'assurance maladie.

f) L'appel des cotisations d'indemnités journalières des professions libérales

La LFSS pour 2021 a créé au 1^{er} juillet 2021 un dispositif d'indemnités journalières pour maladie en faveur des professionnels libéraux affiliés à la Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales (CNAVPL), financé par une cotisation spécifique à leur charge recouvrée dans les conditions de droit commun.

En accord avec le ministère chargé de la sécurité sociale, l'Acoss n'a pas modifié en 2021 les appels provisionnels de prélèvements sociaux des professions libérales, afin d'intégrer cette nouvelle cotisation, contrairement aux dispositions légales applicables. Dans son rapport de certification des comptes du régime général 2021, la Cour relevait que l'Acoss n'avait pas enregistré de produits à recevoir relatifs aux cotisations dues et non appelées au titre du second semestre 2021, ce qui affectait l'exhaustivité des produits de l'exercice 2021.

En l'absence de correction de cette erreur, les produits de l'exercice 2022 enregistrés dans les comptes définitifs comprennent à tort un montant de l'ordre de 50 M€ de cotisations dues au titre de 2021, ce qui affecte également la comparabilité de ces produits entre 2021 et 2022.

7 - L'insuffisante couverture des risques propres aux prélèvements sociaux des particuliers employeurs

Le dispositif de contrôle interne propre au centre national Cesu (2,5 Md€ de prélèvements sociaux en 2022) n'est toujours pas intégré à l'outil national de maîtrise des risques de l'activité de recouvrement. Dans ces conditions, le pilotage et la gestion de plusieurs processus reposent encore sur des outils bureautiques, ce qui expose à des risques d'erreur.

Le contrôle interne du centre national Pajemploi (3,7 Md€ de prélèvements sociaux en 2022), renforcé avec le déploiement de nouveaux contrôles fin 2022, conserve des faiblesses qui tiennent notamment aux outils bureautiques utilisés, source d'erreurs potentielles. Plusieurs contrôles affichent des taux d'anomalies encore élevés sur une partie importante de l'exercice qui reflètent une maîtrise insuffisante de risques propres à l'activité du centre. De plus, les limites du système d'information pèsent sur l'efficacité et la qualité du recouvrement des créances.

Requis par la réglementation en vigueur, les contrôles effectués sur la validité des agréments des assistantes maternelles couvrent toujours insuffisamment le risque de versement à tort des prestations.

Enfin, malgré des progrès notables, les actions visant à prévenir et à détecter la fraude présentent encore une portée limitée, dans l'attente notamment de la mise en place de contrôles automatisés portant sur les données bancaires. Le travail d'évaluation de la fraude potentielle n'a toujours pas été engagé.

8 - Les faiblesses affectant le recouvrement des indus de l'indemnité inflation

La loi du 1^{er} décembre 2021 de finances rectificative pour 2021 a prévu le versement d'une aide exceptionnelle de 100 euros pour faire face à la hausse du coût de la vie au cours du dernier trimestre 2021. L'Acoss a pour mission dans ce cadre d'assurer le versement direct de l'indemnité aux travailleurs indépendants et salariés à domicile, de prendre en compte le versement de l'indemnité par les employeurs à leurs salariés dans les opérations de recouvrement des cotisations et d'assurer la compensation, pour le compte de l'État, de l'indemnité inflation pour l'ensemble des organismes de sécurité sociale (3,2 Md€, contre 0,2 Md€ en 2021).

Par ailleurs, la mission de compensation confiée par l'État à l'Acoss a donné lieu à l'application d'une procédure visant pour l'essentiel à s'assurer de la cohérence des données déclarées par les organismes avec les prévisions et à procéder à des contrôles comptables élémentaires. Ainsi, ce dispositif de contrôle interne de l'activité de recouvrement n'a, comme en 2021, pas permis d'assurer le respect du principe de versement d'une aide unique à chaque bénéficiaire, tel que prévu par la loi. 1,4 million de doublons (soit 140 M€ de versements indus) ont été constatés pour les

versements relevant des organismes nationaux du régime général et compensés *via* l'Acoss par le budget de l'État²⁴.

Le décret du 11 décembre 2021²⁵, conformément au principe fixé par la loi, dispose que les aides indûment perçues sont reversées par leur bénéficiaire à l'État et qu'elles peuvent aussi faire l'objet d'une récupération par la DGFIP. Le dispositif de remboursement volontaire mis en place par cette dernière n'a permis de recouvrer qu'une part symbolique des doublons en question (0,8 M€).

²⁴ Pour l'ensemble des organismes ayant procédé au versement de l'aide, prise en charge par le budget de l'État, 1,7 million de personnes ont perçu la prime plus d'une fois, sur 38,7 millions de personnes en ayant bénéficié. Cf. Cour des comptes, Le budget de l'État en 2022, avril 2023.

²⁵ Article 12 du décret n° 2021-1623 du 11 décembre 2021 modifié relatif aux modalités de versement de l'aide exceptionnelle prévue à l'article 13 de la loi n° 2021-1549 du 1^{er} décembre 2021 de finances rectificative pour 2021.

Opinion de la Cour sur les comptes de la branche maladie de l'exercice 2022

La branche maladie assure le service des prestations d'assurance maladie, maternité, paternité, invalidité et décès dont bénéficient plus de 65 millions d'assurés du régime général²⁶, ainsi que les travailleurs indépendants non-agricoles depuis le 1^{er} janvier 2018.

Les comptes de la branche maladie intègrent les éléments de comptes produits, au titre des opérations relevant de cette branche, par la Cnam, les 100 caisses primaires d'assurance maladie (CPAM), la caisse régionale d'assurance maladie d'Île-de-France (Cramif), 16 directions régionales du service médical (DRSM) et 8 centres de traitement informatique (CTI). Les comptes des 15 caisses d'assurance retraite et de la santé au travail (Carsat) font l'objet d'une combinaison partagée entre les branches maladie, AT-MP et vieillesse. Les comptes de la branche maladie intègrent par ailleurs des éléments de comptes des 4 CGSS, qui font l'objet d'une combinaison partagée entre l'activité de recouvrement, les branches maladie, AT-MP et vieillesse et le régime agricole des non-salariés. Ils intègrent également des éléments de comptes des caisses communes de sécurité sociale de la Lozère et des Hautes-Alpes, qui font l'objet d'une combinaison partagée entre les branches maladie, AT-MP et famille.

Au total, les charges de la branche maladie pour l'exercice 2022 ont atteint 246,4 Md€, soit près de la moitié des charges du régime général, contre 240,2 Md€ en 2021. Au titre de l'exercice 2022, la branche maladie a comptabilisé 207,5 Md€ de charges de prestations légales et dégagé un résultat déficitaire de 21 Md€, après un déficit de 26,1 Md€ en 2021.

²⁶ Selon les données au 1^{er} janvier 2023 du répertoire national inter-régimes des bénéficiaires de l'assurance maladie (RNIAM).

A - Opinion de la Cour

En application des dispositions de l'article LO. 132-2-1 du code des juridictions financières, la Cour a effectué l'audit des comptes de la branche maladie pour l'exercice clos le 31 décembre 2022, arrêtés le 17 avril 2023 par le directeur général et le directeur comptable et financier de la Cnam, dont un résumé est annexé au présent rapport.

La Cour certifie que, sous réserve des incidences des anomalies significatives et des insuffisances d'éléments probants décrites ci-après dans la section « Fondements de l'opinion de la Cour », les comptes de la branche maladie sont, au regard des normes comptables applicables aux organismes de sécurité sociale, réguliers et sincères et donnent, dans l'ensemble de leurs aspects significatifs, une image fidèle du résultat des opérations de l'exercice écoulé, ainsi que de la situation financière et du patrimoine de la branche à la clôture de l'exercice.

Par ailleurs, sans remettre en cause son opinion, la Cour appelle l'attention sur deux points particuliers relatifs à la compréhension des états financiers de la branche maladie.

L'annexe aux comptes de la branche maladie ne mentionne pas d'engagements pluriannuels à l'égard des titulaires de pensions d'invalidité et d'allocations supplémentaires d'invalidité à fin 2022, appréciés et évalués en fonction des règles de droit en vigueur à cette date. Ces engagements significatifs peuvent être évalués de manière fiable et portent sur des prestations ayant un objet identique à celui de prestations pour lesquelles l'État reconnaît des passifs à ce même titre (sous la forme de provisions pour charges).

Par ailleurs, l'article 69 de la LFSS 2021 a créé, à compter du 1^{er} juillet 2021, un dispositif d'indemnités journalières en faveur des professionnels libéraux relevant de la CNAVPL. Ces prestations sont versées par la branche maladie et sont financées par une cotisation spécifique à la charge des assurés concernés, recouvrée dans les conditions de droit commun. La CNAVPL est chargée de veiller à l'équilibre financier de ce dispositif. Or, en 2022, la branche maladie du régime général continue de subir un décalage entre la comptabilisation de produits et de charges et supporte en conséquence une charge non justifiée (104 M€ en cumul au 31 décembre 2022).

B - Fondements de l'opinion de la Cour

La Cour a constaté que les comptes de la branche maladie de l'exercice 2022 sont affectés par deux anomalies significatives.

Dans neuf autres cas, elle ne dispose pas d'éléments probants suffisants qui permettraient d'écarter le risque d'anomalies significatives dans les comptes. Compte tenu du caractère significatif des écarts entre les opérations effectuées et par conséquent comptabilisées et celles qui auraient dû l'être si les règles de droit propres à ces opérations avaient été appliquées dans tous les cas, le contrôle interne a un caractère insuffisamment probant pour la maîtrise des risques de portée financière ayant une incidence sur les comptes de la branche maladie. Faute d'intégrer les actifs et passifs qui auraient résulté d'un contrôle interne efficace, les comptes de la branche maladie reflètent imparfaitement ses droits et obligations à l'égard des principaux tiers à cette dernière que constituent les professionnels et établissements de santé et les assurés (cas des charges liées aux droits à l'assurance maladie, aux règlements de frais de santé facturés ou valorisés par les professionnels et les établissements de santé, aux indemnités journalières et aux pensions d'invalidité, voir partie D *infra*, points 5 à 9).

C - Anomalies significatives

1 - Le défaut de comparabilité entre les exercices 2021 et 2022 des produits de prélèvements sociaux des travailleurs indépendants

La Cour avait relevé dans son rapport de certification des comptes du régime général de 2021 que la comparabilité des produits de prélèvements sociaux des travailleurs indépendants et du résultat de la branche entre les exercices 2020 et 2021 n'était pas assurée.

La seule information dans l'annexe aux comptes de la branche ne permet pas d'apprécier de façon satisfaisante les effets de cette atteinte à l'image fidèle des comptes de 2021, rappelés dans ceux de l'exercice de 2022. En outre, cette présentation ne rend pas compte de la portée des décisions adoptées par le Parlement. En effet, sur ce dernier point, l'article 1^{er} de la LFSS pour 2023 a approuvé pour 2021 un montant de recettes de la branche de 2,6 Md€ inférieur à celui ressortant des comptes approuvés par le conseil de la Cnam, du fait d'une correction portant sur les produits de prélèvements sociaux des travailleurs indépendants. Le résultat pour 2021 est affecté pour le même montant.

Les montants des corrections à opérer dans les comptes *pro forma* pour 2021 demandés par la Cour correspondaient à ceux retenus par le Parlement. En l'absence de production de comptes *pro forma* pour 2021 reprenant ces éléments, la comparabilité des produits de prélèvements sociaux des travailleurs indépendants et du résultat entre 2021 et 2022 n'est pas assurée.

2 - Les limites de l'application du principe des droits constatés à certaines opérations

a) L'absence de provisionnement des séjours hospitaliers non terminés à la clôture de l'exercice

En application de leur référentiel comptable, les établissements de santé comptabilisent en produits à recevoir les séjours non terminés à la clôture de l'exercice. En revanche, l'assurance maladie, à tort, ne comptabilise pas de passifs à ce titre. L'incidence sur les capitaux propres de la branche maladie de la correction d'erreurs qui résulterait de cette comptabilisation n'a pu être appréciée dans le cadre de l'audit.

b) L'enregistrement de produits de recours contre tiers ne répondant pas à la définition de produits

En 2022, la branche maladie a enregistré près d'1 Md€ de produits au titre des recours contre tiers faisant suite à des accidents corporels qui la conduisent à supporter des frais.

Les produits de débours futurs²⁷ de prestations, comptabilisés en totalité dans l'exercice au cours duquel l'état de santé de la victime a été jugé²⁸ stabilisé de manière définitive ne présentent pas toujours un caractère certain. À cet égard, la Cnam estime à 314 M€ pour la branche maladie les produits constatés d'avances inscrits en créances à fin 2022 (contre 305 M€ en 2021) qui sont susceptibles d'être annulés en totalité pour être enregistrés au cours des exercices suivants.

²⁷ Ces débours correspondent aux dépenses ayant un lien direct avec les sinistres, qui seront versées dans le futur aux victimes, une fois leur état de santé stabilisé.

²⁸ Cette décision est prise par le service médical en liaison avec l'assureur ou à la suite d'une décision de justice.

D - Insuffisances d'éléments probants

1 - Les incertitudes affectant l'estimation des produits à recevoir de remises sur les prix des médicaments et des dispositifs médicaux

Il est renvoyé sur ce point à la motivation de la partie D de l'opinion formulée par la Cour sur les comptes de l'activité de recouvrement pour l'exercice 2022 (cf. *supra*).

2 - Les insuffisances de la justification de certains éléments des états financiers

Plusieurs documents nécessaires à l'audit des comptes ont été à nouveau fournis tardivement et parfois sous une forme inaboutie (non rapprochés des comptes ou peu analysés).

À titre principal, malgré des efforts d'anticipation en 2022 par rapport aux exercices précédents, la revue analytique des charges ne fournit encore que peu de données sur les déterminants des montants comptabilisés (volume d'activité de soins, des indemnités journalières par catégorie, effet des tarifs, etc.). Ces mêmes insuffisances concernent encore certains états d'analyse de soldes comptables qui ont pour objet de sécuriser les états financiers.

Comme lors des exercices précédents, la garantie de financement des établissements de santé²⁹ n'est pas identifiée en tant que telle dans des comptes distincts. De même, les indemnités journalières dérogatoires (estimées à au moins 1,6 Md€) et celles des travailleurs indépendants sont comptabilisées de manière indistincte. Seules des données extracomptables permettent d'appréhender les montants de ces flux financiers de grande ampleur.

En outre, des incertitudes pèsent sur les montants comptabilisés au titre des relations financières avec la CNSA. Le tableau de réconciliation produit conjointement par la CNSA et la Cnam fait état de comptes non

²⁹ Si la garantie de financement, entendue comme la dépense supplémentaire à la charge de l'assurance-maladie, au-delà de l'activité facturée par les établissements, peut être individualisée pour ceux du secteur « ex-OQN » (à hauteur de 0,6 Md€), tel n'est pas le cas pour le secteur « ex-DG ». Elle est cependant estimée par l'ATIH à 2,1 Md€.

réciproques (écart de 134 M€), notamment du fait de divergences dans les montants des appels de trésorerie réalisés par les CPAM.

Enfin, certains accords de soldes justifiant la réciprocité d'opérations avec d'autres entités n'ont pu être obtenus (pour 0,7 Md€) ou pleinement analysés en cas d'écarts lors de l'audit de la Cour (Caisse de sécurité sociale de Mayotte notamment pour un montant de 2,9 Md€).

Ces lacunes confirment à nouveau les limites du processus d'établissement des comptes mis en œuvre par la Cnam et conduisent à constater une limitation aux travaux d'audit visant à s'assurer de leur justification.

Le dispositif de contrôle des applications de comptabilité générale et auxiliaire présente des faiblesses qui peuvent exposer à un risque d'enregistrement d'opérations non supervisées.

3 - Les insuffisances de l'enregistrement et de l'estimation des actifs et des passifs

a) L'évaluation des charges à payer et des provisions pour charges de soins

Les estimations comptables des dépenses de soins portent sur celles facturées directement à l'assurance maladie et indirectement sur le champ des établissements publics et privés non lucratifs (« ex-DG »).

La méthode utilisée par la Cnam pour évaluer la provision pour charges de prestations légales des soins facturés directement à l'assurance maladie, en ville et en établissements de santé prend insuffisamment en compte les situations où des évolutions atypiques affectent le rythme mensuel des dépenses. De plus, comme en 2021, la Cnam n'a pas été en mesure d'ajuster le montant de la provision calculé par le modèle statistique pour certaines catégories de dépenses pour lesquelles elle estime l'incertitude particulièrement élevée.

Par ailleurs, sur le champ des établissements privés lucratifs (« ex OQN »), les montants estimés au titre de la garantie de financement pour 2022 par la Cnam, détaillés par activité et par établissement de santé, reposent sur des données insuffisamment fiabilisées et documentées et non rapprochées des montants comptabilisés.

Le dénouement de la provision 2021 a confirmé les incertitudes de l'estimation comptable. En effet, il fait apparaître une sous-évaluation de 0,4 Md€ (contre 0,1 Md€ pour la provision 2020), en valeur nette, de la

part réellement estimée de la provision de 4 Md€ pour la branche maladie. L'écart d'évaluation atteint 0,7 Md€ en valeur absolue, montant stable par rapport à la provision 2020.

Sur le champ des établissements publics et privés non lucratifs (« ex DG »), la portée et la documentation insuffisante des contrôles opérés par la Cnam sur les estimations produites par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (Atih) ne permettent pas de disposer d'une assurance raisonnable sur l'exhaustivité et l'exactitude des montants comptabilisés au titre de l'activité et incluant la garantie de financement (12,4 Md€ au total dont 12,3 Md€ de charges à payer et 0,1 Md€ de provisions).

En particulier, les comptes de résultats et bilans définitifs pour 2022 de la branche maladie arrêtés le 15 mars 2023 comportent un complément de dotations Migac et DAF aux établissements de santé (0,7 Md€). Cet enregistrement a procédé de l'intégration dans les comptes de données calculées par l'Atih, en l'absence d'arrêté publié à la date de transmission des comptes définitifs³⁰.

*b) L'évaluation des créances et des dépréciations
liées aux recours contre tiers*

L'exhaustivité des produits relatifs aux recours contre tiers (1 Md€ en 2022) est imparfaitement assurée, du fait de la multiplicité des sources de détection des cas qui sont inégalement exploitées.

Le contrôle interne procure une assurance limitée sur la détection exhaustive des sinistres et sur la correcte identification des débours à notifier aux tiers responsables ou à leurs assureurs. La valorisation, la comptabilisation et l'affectation à la branche concernée des flux correspondants sont affectées de ces incertitudes.

Les créances liées aux recours contre tiers (2,2 Md€) font l'objet de dépréciations (1,2 Md€). Depuis 2016, la Cnam reconduit le même taux de dépréciation de ces créances (52,9 %) sans documenter ses modalités d'estimation. En outre, le dénouement de la dépréciation comptabilisée n'est pas analysé durant l'exercice suivant.

³⁰ L'arrêté ministériel du 31 mars 2023 fixant les dotations a été publié le 8 avril 2023, après l'arrêté définitif des comptes le 15 mars.

c) L'évaluation des actifs et des passifs relatifs aux soins à l'étranger

Des incertitudes affectent les montants de créances et de dettes à l'égard des organismes étrangers de protection sociale.

Le pilotage de l'activité, rendu complexe par la multiplicité des accords bilatéraux et européens, pâtit du maintien en parallèle du nouvel outil de gestion déployé depuis 2020 (*OVERSI*) et de l'ancien outil (*METIS*). L'annulation des dettes contestées ne suit pas les principes comptables lorsqu'elle est établie avec *METIS*.

Le contrôle interne de l'intégration des relevés de créances internationales mené par le CNSE met en évidence des taux d'anomalies avec incidence financière élevée. Il en résulte un risque d'erreur sur les flux non contrôlés, le contrôle ne portant que sur un nombre très limité d'entre eux. Le circuit de recouvrement par les CPAM des indus en cas de facturation à tort à des pays tiers n'est que partiellement sécurisé, ce qui expose à un risque de comptabilisation à tort de créances.

Les résultats du dénouement des provisions et charges à payer de 2021 ne sont pas probants et n'apportent pas d'assurance complémentaire sur la qualité des estimations produites, tant pour l'estimation du montant des soins à rembourser (1,3 Md€) que pour la détermination des charges à payer (0,1 Md€).

4 - Les faiblesses du cadre général du contrôle interne

a) La conception et le déploiement du dispositif national de contrôle interne

Le « système de management intégré » (SMI) doit couvrir de manière transversale les processus de gestion mis en œuvre par la caisse nationale, les caisses locales et le service médical de l'assurance maladie. Il ne permet cependant pas d'assurer un pilotage intégré de la maîtrise des risques et l'ajustement des plans de contrôles en fonction des résultats. Malgré des progrès récents, la Cnam ne dispose toujours pas en cours d'exercice de l'ensemble des données permettant un pilotage complet et efficace du contrôle interne, telles que le taux de réalisation et les résultats consolidés des contrôles effectués par les services administratifs (ordonnateur et direction comptable et financière) des caisses et par le service médical. En outre, les données relatives aux contrôles effectués par les diverses composantes de l'assurance maladie manquent souvent de fiabilité.

Les contrôles prescrits par la Cnam demeurent imparfaitement mis en œuvre par les services administratifs et ceux du contrôle médical. Leur traçabilité reste incomplètement assurée du fait notamment des limites des outils de production des bilans nationaux.

Les dispositifs de maîtrise des risques ne prennent pas suffisamment en compte les enseignements tirés des contrôles des exercices précédents et les évolutions de la réglementation relative aux prestations.

Enfin, l'évaluation des risques liés au maintien sur une partie ou sur la totalité de l'exercice d'allègements de contrôles portant sur certains processus des branches maladie et AT-MP n'a, sauf exceptions, pas été produite par la Cnam.

b) La couverture des risques relatifs au système d'information

En dépit d'une amélioration de la qualité de la gestion des changements, les engagements de service ne couvrent qu'une partie de ce processus. Les indicateurs de performance mesurés sont peu nombreux. Les faiblesses relatives au dispositif de tests persistent en raison de la couverture incomplète des risques. La gestion des changements techniques reste pénalisée par les faiblesses de l'outil de déploiement qui leur est dédié.

La Cnam a renforcé le processus de gestion des incidents mais elle n'évalue toujours pas le montant des incidents ayant un impact financier. Les engagements de service ne couvrent qu'une partie du processus. Après une première expérimentation en 2022, le processus de gestion des problèmes reste à étendre à l'ensemble des applications.

Cette année encore, la Cnam a subi de nombreuses attaques informatiques, dont deux majeures sur les sites Ameli et AmeliPro. Les exigences réglementaires applicables en matière de sécurité des systèmes d'information ne sont que partiellement satisfaites. Le retard important pris en la matière expose la Cnam à des risques significatifs, notamment au titre de la protection des données et de la prévention des intrusions. Eu égard à la vulnérabilité de certains postes de travail, les agents sont insuffisamment sensibilisés aux risques informatiques.

La Cnam a mis en œuvre un plan de secours informatique qui lui permet d'assurer l'exercice de ses missions en cas d'incident majeur affectant l'un de ses centres de données. Cependant, des faiblesses peuvent limiter sa capacité à opérer un service optimal.

L'outil de gestion des habilitations n'intègre toujours pas de circuit de validation des demandes. La refonte des profils métier au niveau national n'a pas été mise en œuvre. Malgré l'extension du périmètre des contrôles d'habilitations, ceux-ci ne sont que partiellement réalisés par les caisses.

c) La portée de la lutte contre les fraudes

La Cnam poursuit la démarche d'évaluation du montant des fraudes avec pour objectif de couvrir en 2024 l'ensemble des prestations versées. Les travaux avaient été engagés en 2021 sur un champ très partiel : les règlements des facturations des infirmiers libéraux et l'attribution de la complémentaire santé solidaire. Ils ont été complétés en 2022 par quatre nouvelles évaluations, portant sur les facturations adressées par les médecins généralistes, les transporteurs, les pharmaciens et les masseurskinésithérapeutes.

Les estimations produites font apparaître à ce seul titre un préjudice financier subi au titre de fraudes et de fautes compris entre 0,9 et 1,3 Md€ par an (en prenant pour référence les années 2018 et 2019). Ces montants confirment la prise en compte insuffisante des risques de fraudes dans la conception actuelle des dispositifs de contrôle interne et de lutte contre les fraudes. Alors que les indus frauduleux sont susceptibles de représenter des montants significatifs de charges de prestations, seuls 316 M€ de préjudices financiers ont été détectés en 2022 au titre de fraudes et d'activités fautives, soit 0,1 % des charges de prestations des branches³¹.

L'ensemble des programmes nationaux de contrôle contentieux est à nouveau mis en œuvre, à l'exception toutefois de ceux portant sur la tarification à l'activité dans les établissements de santé. La mise en œuvre de certains contrôles par les caisses reste marquée par un recours inégal aux outils informatiques mis à leur disposition.

Enfin, les indus correspondant à des fraudes sont constatés et mis en recouvrement sur deux années seulement et non sur la totalité de la période de perception des indus déterminée au regard des règles de prescription, ce qui a pour effet de les minorer au détriment de l'assurance maladie. Leur recouvrement est pénalisé par la durée de certaines procédures, en particulier pénales, ce qui implique d'améliorer les moyens de détection en amont.

³¹ Ce résultat est cependant en hausse notable par rapport aux exercices précédents et supérieur à l'objectif fixé par la COG 2018-2022, en particulier grâce aux actions relatives aux tests covid. La Cnam se fixe pour objectif d'atteindre 500 M€ en 2024.

5 - Les anomalies affectant les droits aux prestations de l'assurance maladie

a) Les limites des outils de gestion

La complexité de la conception du système d'information de la Cnam affecte les référentiels relatifs aux droits des assurés, engendrant des désynchronisations partiellement compensées par des opérations de redressement et limitant son auditabilité. Depuis 2018 la Cnam a engagé la refonte de ces référentiels, à travers la création d'un gisement de référence des données des individus (GRDI). Les bénéfices attendus de ce référentiel unifié ne seraient constatés qu'à compter de 2025.

De plus, la désynchronisation des référentiels actuellement utilisés, notamment les bases internes de la Cnam, avec les flux en provenance des partenaires externes (Cnav, Cnaf ou encore Pôle Emploi), crée un stock de situations à risque dont l'incidence financière n'est que partiellement appréhendée.

b) Les droits à la protection maladie universelle (PUMa)

Au regard des éléments d'analyse documentés en 2021 par la Cnam, la comparaison du répertoire national inter-régimes des bénéficiaires de l'assurance maladie (RNIAM) et du recensement de la population française par l'Insee faisait apparaître en 2020 un écart d'environ 2,5 millions d'assurés ne répondant pas ou plus aux conditions d'activité ou de résidence stable en France propres à la protection maladie universelle (PUMa).

Cet écart a deux causes : l'ouverture de droits à l'assurance maladie pour des titulaires de pensions de retraite ou de rentes AT-MP du régime général qui n'en remplissent pas les conditions (0,4 million de pensionnés à l'étranger³²) ; les limites persistantes des contrôles mis en œuvre par l'assurance maladie, malgré les progrès enregistrés, qui ont pour effet de réduire ou de retarder les fermetures de droits des autres assurés (2,1 millions d'assurés). Cet écart n'a pas été actualisé en 2022. Il n'a pas non plus donné lieu à une estimation des charges supportées de manière injustifiée par l'assurance maladie, ce qui induit une limitation à l'audit.

Afin de déterminer des situations à contrôler, sur le bien-fondé des droits accordés au titre de l'activité ou à défaut de la résidence stable et

³² Selon une estimation de la Cnav qui doit désormais transmettre à la Cnam les données nécessaires à la mise en œuvre d'un plan de contrôle (convention en cours d'élaboration).

régulière en France, des échanges de données sont mis en œuvre. Le rapprochement du fichier des assurés de l'assurance maladie avec celui des contribuables de la DGFIP, ne comprend toujours pas, par principe, ceux indemnisés par Pôle emploi. Or, Pôle emploi ne rapproche pas son propre fichier d'allocataires de celui de la DGFIP afin de vérifier le respect de la condition de résidence stable en France pour bénéficier d'une allocation chômage. Cette double abstention limite la détection de situations de maintien de droits ouverts à tort.

L'efficacité des croisements de données avec celles du ministère de l'intérieur visant à détecter les non-reconductions ou révocations de titres de séjour appelant une fermeture des droits à l'assurance maladie obligatoire de base est affectée par le fait que les assurés ayant un titre de séjour ne sont que partiellement identifiés dans la base de données de l'assurance maladie. Cette base comprenait 1,9 million d'assurés à fin 2021 (2,4 millions à fin décembre 2022), à comparer aux 2,9 millions de personnes recensées par l'Insee, après retraitement par la Cnam. Les travaux prévus de rapprochement de cette base de données avec celle du ministère de l'intérieur n'ont pas été menés à ce jour. La mise à jour des bases recensant les assurés de l'assurance maladie en fonction de la validité des titres de séjour n'est pas effectuée en temps réel.

En application de la réglementation, les remboursements de frais de santé s'interrompent après un délai de 6 mois à compter de l'expiration du titre de séjour. Les actions conduites par la Cnam ont permis de réduire le nombre d'assurés identifiés dans la base de données de l'assurance maladie dont le titre est échu depuis au moins 12 mois. Mais les dépenses de santé éventuellement prises en charge pour ces personnes ne sont toujours pas estimées. Le traitement de certaines situations contraires à la réglementation tend à différer la fermeture de droits de certains assurés.

Par ailleurs, sauf exceptions, l'assurance maladie contrôle sur pièces les situations pour lesquelles elle ne dispose pas d'éléments probants à l'appui d'une activité professionnelle ou d'une résidence stable en France depuis trois années, ce qui conduit à différer la fermeture de droits maintenus ouverts à tort.

De plus, les conditions de réalisation des contrôles sur pièces en affectent l'efficacité. Le manque d'automatisation des tâches à effectuer par les caisses et de supervisions internes à celles-ci est susceptible d'occasionner des retards dans la réalisation des contrôles ou encore des erreurs de saisie, des omissions et des retards dans les opérations relatives à des fermetures de droits. De même, la réception et le traitement encore tardifs des fichiers des non-résidents fiscaux, non-identifiés et non-trouvés en 2022 conduisent à retarder d'autant des fermetures de droits.

La stratégie nationale de contrôle cible les assurés ayant consommé des soins au cours des 12 derniers mois et n'ayant pas produit de justificatif depuis trois ans. Elle intègre depuis le plan de contrôle 2021/2022 les travailleurs indépendants et les fonctionnaires. Ce nouvel élargissement, qui a pu être absorbé grâce au déploiement d'un automate en début d'exercice, laisse subsister un risque de prise en charge à tort de soins. Le nombre de fermetures de droits est en légère baisse en 2022 par rapport à l'exercice précédent (environ 298 000 contre 300 000 en 2021), malgré l'élargissement du périmètre de contrôle (+ 276 000 contrôles).

c) La complémentaire santé solidaire

Les changements qu'imposent les évolutions réglementaires, comme par exemple la nouvelle activité de gestion des adhésions à la complémentaire santé solidaire (C2S) avec participation financière dévolue aux organismes d'assurance maladie, ne sont toujours pas pris en compte dans le référentiel de maîtrise des risques. Une nouvelle fois repoussé, le renforcement du contrôle interne de l'instruction des demandes d'attribution de la C2S³³ continue de présenter des faiblesses dorénavant accrues par la désuétude des modalités de contrôle.

L'évaluation de la fraude produite par la Cnam en 2021 fait apparaître une fréquence élevée (8,7 %) de fraudes ou de fautes commises par les bénéficiaires de la C2S sans participation financière. Les nouveaux outils de gestion mis en œuvre visent à fiabiliser l'instruction des demandes de C2S, notamment en ce qui concerne le respect de la condition de ressources. Leur déploiement récent ne permet pas encore d'apprécier leur contribution à la réduction des risques d'erreur d'attribution.

d) La gestion courante des droits des bénéficiaires

Malgré des progrès notables, le risque de prise en charge de prestations de soins non conformes aux droits des bénéficiaires est encore insuffisamment couvert par des actions de contrôle.

En complément des contrôles sur la résidence et la régularité, les caisses mènent des actions ponctuelles de fiabilisation de la base des assurés sur les champs qui échappent au ciblage des contrôles prévus au titre de la PUM. Leur objet est d'identifier les situations exposant à un risque de prise

³³ Les opérations relatives à la C2S n'entrent pas dans le périmètre de combinaison de la branche maladie, mais sont retracées dans les comptes annuels de la Cnam qui assure la gestion du fonds de financement de ce droit à prestations.

en charge de prestations de soins non conformes aux droits des bénéficiaires. Les droits des assurés et leurs coordonnées bancaires donnent lieu à des actions de contrôle, dont le périmètre et le ciblage restent encore insuffisamment adaptés aux situations les plus à risque. En outre, ces actions ont été mises en œuvre de manière partielle au cours de l'exercice. La traçabilité des contrôles effectués reste imparfaitement assurée.

Depuis la publication du décret du 1^{er} mars 2022, le numéro d'identification d'attente (NIA) peut être créé puis utilisé par les CPAM, lorsqu'un assuré non encore inscrit au répertoire national d'identification des personnes physiques de l'Insee sollicite l'ouverture de droits à une prise en charge de ses frais de santé. Cependant, l'application du NIA ne fait pas l'objet d'un plan de contrôle spécifique. La diffusion de consignes en cours d'exercice (juin 2022) ne permet pas encore d'en apprécier la portée et leur correcte application par les caisses. Compte tenu de la création du NIA, un plan de résorption des numéros nationaux provisoires (NNP) jusque-là utilisés par l'assurance maladie a été engagé mais n'était pas achevé à la fin de l'exercice (sur les 180 000 NNP hors demandeurs d'asile recensés fin 2021, 89 630 situations avaient été traitées, conduisant à 33 936 annulations).

Le risque de prise en charge de frais de santé pour des montants erronés et, par conséquent, de majoration des charges de prestations concerne aussi les assurés auxquels l'assurance maladie a reconnu une affection de longue durée (ALD). Cette reconnaissance, en effet, ouvre droit à une exonération du ticket modérateur pour les dépenses liées à cette affection. D'après le dernier chiffrage de la Cnam, à fin 2022, de nombreux assurés sont toujours reconnus en ALD sans limitation de durée (481 000) ou pour une durée supérieure à dix années (252 000), ce que ne permet plus la réglementation. Dans le contexte de la poursuite de la crise sanitaire, et en l'absence de consignes nationales, le service médical a reporté, à nouveau, l'examen de ces situations.

Dans l'attente d'évolutions informatiques, une nouvelle fois repoussées, de nombreuses données relatives aux ALD (ainsi les périodes d'exonération du ticket modérateur) continuent de présenter des différences entre les applications informatiques des caisses locales et celles du service médical. Il en résulte une incertitude sur la justification administrative et la durée des droits des bénéficiaires. Malgré des progrès, certains contrôles du service médical sur l'admission et le maintien médicalement justifié du droit à exonération du ticket modérateur des bénéficiaires d'ALD n'ont pas été mis en œuvre. Il en va notamment ainsi du nouveau contrôle de supervision un mois après l'admission en ALD. D'autres contrôles ont une efficacité limitée sur une partie ou la totalité de l'exercice, du fait de leurs conditions de réalisation.

e) La remise en cause ou la mise à jour de droits aux prestations

Un défaut de mise à jour de la carte Vitale, une mise à jour tardive par l'assuré ou une clôture de ses droits ne font pas par eux-mêmes obstacle à la prise en charge de frais de santé, à moins que la carte soit mise à jour dans une pharmacie. L'invalidation ou l'actualisation des droits de la carte par la pharmacie dépendent de la mise à jour effective des bases de données de l'assurance maladie.

Ces risques ne sont que partiellement compensés par les contrôles automatisés sur les facturations et les demandes de remboursement adressées aux caisses et l'utilisation par les professionnels et établissements de santé des outils de consultation des droits (ADRI et CDRI).

Depuis le 4 août 2022, les fermetures de droits donnent lieu à la notification d'indus au titre des périodes pour lesquelles les assurés concernés ont cessé de répondre aux conditions d'attribution d'un droit à la PUMa sous condition de résidence.

Par ailleurs, les fermetures de droits à la PUMa pour condition de régularité du séjour en France non remplie ne conduisent toujours pas à la notification d'indus. La Cnam n'a pas été en mesure de produire le chiffrage des récupérations d'indus en cas de non-certification d'un NIA prévues par les dispositions de l'article L. 114-12-3-1 du code de la sécurité sociale.

f) L'aide médicale de l'État

Des incertitudes affectent le montant des charges facturées par l'assurance maladie à l'État au titre de l'aide médicale de l'État (AME), destinée aux ressortissants étrangers résidant de manière stable mais irrégulière sur le territoire national (1 Md€ en 2022).

Les moyens de vérification de la situation déclarée par les demandeurs présentent des limites, qu'il s'agisse du contrôle de la condition de ressources ou de celles de la stabilité et de l'irrégularité de présence sur le territoire. À cet égard, la consultation de la base Visabio du ministère de l'intérieur (par l'outil COVISA), permet d'appréhender la situation des demandeurs n'ayant pas droit à cette aide. Mais, dans l'attente d'une évolution de la réglementation européenne, les données relatives aux visas délivrés par les États de l'espace Schengen ne peuvent être consultées.

En outre, l'outil informatique d'instruction et de contrôle des demandes d'attribution de cette aide (PAME) présente des faiblesses susceptibles d'affecter leur correct traitement ou de le retarder. Le dispositif de contrôle interne de l'attribution de l'AME affiche des taux d'anomalies élevés, qui reflètent pour partie une application imparfaite de la

réglementation par les caisses. La traçabilité des contrôles et de leurs résultats est imparfaitement assurée.

L'article 264 de la loi de finances pour 2020 a prévu un délai de neuf mois avant que les assurés majeurs puissent accéder à des soins programmés. Mais, le dispositif de suivi ne permet pas d'identifier ces soins pour organiser leur contrôle *a posteriori* ni de s'assurer que les soins prodigués et pris en charge pendant cette période de carence ont été autorisés par le service médical, comme le prévoit la réglementation.

6 - Les erreurs affectant les remboursements de frais de santé facturés directement à l'assurance maladie

Les frais de santé facturés directement à l'assurance maladie (98 Md€³⁴) correspondent, pour l'essentiel, aux soins réalisés par les professionnels libéraux de santé conventionnés et par une partie des établissements de santé³⁵.

a) Les contrôles des facturations de frais de santé

La facturation directe des frais de santé reste insuffisamment couverte par des contrôles au regard des risques de prise en charge de dépenses injustifiées ou pour des montants inexacts.

La facturation en ligne³⁶, qui intègre des contrôles automatisés de l'assurance maladie, contribue à fiabiliser les frais de santé facturés par des professionnels de santé dont les actes, prestations ou biens ont pour origine une prescription médicale. Seule une partie des transporteurs sanitaires (ambulances, véhicules sanitaires légers), pour lesquels elle est obligatoire, l'utilisent.

Dans l'attente d'une refonte du système d'information de l'assurance maladie, les contrôles automatisés *a priori* intégrés à l'application de liquidation des remboursements de frais de santé facturés directement à l'assurance maladie ne couvrent que très partiellement les risques de non-respect de la réglementation. Il en va notamment ainsi pour les interdictions de cumul ou l'association de facturation de certains actes

³⁴ Hors mutuelles délégataires du régime général (5,0 Md€).

³⁵ Les établissements de santé privés à caractère lucratif (« ex-OQN ») pour les séjours et actes externes ; les établissements publics et privés non lucratifs (« ex-DG ») pour les médicaments rétrocédés par leurs pharmacies internes, les actes externes et, pour ceux participant à l'expérimentation d'une facturation directe, les séjours.

³⁶ Mise en œuvre avec le système électronique de facturation intégrée (SEFi).

médicaux ou paramédicaux, le dépassement du délai de facturation pour certains établissements et la prise en charge injustifiée de certaines prestations par l'assurance maladie.

Ces contrôles ont été allégés à la suite de l'instauration de la PUMa et de la garantie de paiement en faveur des professionnels de santé en tiers payant. En outre, ils n'assurent pas une détection exhaustive des modifications injustifiées de données des assurés figurant dans leur carte Vitale que sont susceptibles d'opérer les professionnels et les établissements de santé.

Les contrôles *a posteriori* de la facturation des actes et prestations ne compensent toujours que partiellement la portée insuffisante des contrôles automatisés *a priori*. De plus, la mise en œuvre de ces contrôles reste imparfaitement assurée par les caisses, ce qui limite la détection d'anomalies.

En outre, la réduction du nombre de contrôles ciblés de facturation sur certains professionnels de santé prescrits a été reconduite en 2022 (250 000 contrôles contre 529 000 sur les 2 années 2020 et 2021 et 518 900 en 2019). Les contrôles effectués en 2022 sont limités à 2 catégories de professionnels de santé (infirmiers et transporteurs) et ont toujours un impact limité (5,9 M€ d'indus détectés).

De plus, les contrôles *a posteriori* destinés à garantir le correct traitement des rejets et des signalements liés aux flux de facturation télétransmis couvrent une seule profession (médecins). Les autres contrôles sont aléatoires, et non ciblés en fonction d'une estimation du niveau de risque lié aux rejets et signalements.

Par ailleurs, dans l'attente d'évolutions informatiques, le respect des règles de délivrance des médicaments princeps³⁷ et de leur facturation lorsque le médecin n'a pas motivé l'impossibilité de les remplacer par des médicaments génériques n'est pas couvert par les contrôles automatisés *a priori* et ne fait pas l'objet de contrôles *a posteriori*.

b) Les indus de facturation et les frais restant à la charge des assurés

La possibilité de notifier des indus reste limitée par le fait que les données relatives aux prestations versées sont conservées pendant une durée de deux années (dans la base de données SIAM-ERASME), plus courte que les trois années du délai de prescription de droit commun de l'action en recouvrement pour les professionnels et les établissements.

³⁷ Médicament d'origine à partir duquel sont conçus les médicaments génériques.

La mise en recouvrement des créances de participations forfaitaires et de franchises (1,1 Md€ à fin décembre 2022), en cas de règlement des frais de santé en tiers payant, totalement suspendue à partir de mars 2020 par la Cnam, n'a toujours pas repris en 2022, ce qui concourt à la constatation de pertes sur créances irrécouvrables (0,1 Md€ en 2022).

*c) Les prises en charge en réponse à la crise sanitaire :
les tests de la covid19, la vaccination et la télésanté*

Le respect des conditions de prise en charge, plus restrictives depuis le 15 octobre 2021, des tests de dépistage (4,4 Md€ de charges à fin décembre 2022) n'est pas vérifié par l'assurance maladie. De manière générale, les modalités de facturation de ces tests (notamment le recours à un « NIR fictif » pour les assurés sans carte Vitale) limitent les possibilités de contrôle. Des contrôles d'atypie de facturation des tests de dépistage ont cependant été menés au titre de la lutte contre la fraude (cf. 4 c).

La prise en charge par l'assurance maladie de la rémunération des professionnels de santé, dans le cadre de la campagne de vaccination contre la covid-19 (455 M€ de charges à fin décembre 2022) n'a pas fait l'objet d'un plan de contrôle *a posteriori* spécifique en 2022, malgré des risques avérés, notamment de double paiement.

Le respect des conditions de prise en charge des actes de télésanté facturés par les médecins et les auxiliaires médicaux n'est pas vérifié par des contrôles *a priori* automatisés. Les contrôles *a posteriori* en 2022 ont porté sur un périmètre limité qui ne couvre pas suffisamment les risques propres à ces nouvelles pratiques.

*d) La vérification de la conformité des facturations
aux prescriptions et aux accords préalables*

Sauf pour une part réduite des transports de patients, les médecins libéraux et salariés (en établissements et centres de santé) continuent de prescrire des actes, des prestations et des biens de santé par la voie d'ordonnances papier. Or, la dématérialisation des prescriptions, en cours d'expérimentation, constitue un prérequis nécessaire à la mise en œuvre de contrôles *a priori* de la conformité des facturations aux prescriptions, automatisés dans le système d'information de l'assurance maladie ou dans les logiciels des professionnels prescrits.

Cette absence de rapprochement *a priori* n'est pas compensée par les contrôles *a posteriori* des facturations au vu des ordonnances, qui

portent sur un nombre minime de facturations (0,23 % du nombre de décomptes liquidés en 2022).

Toutes les caisses ne suivent pas dans l'outil principal de suivi et de contrôle des pièces justificatives (FLUX TIERS) la bonne réception des pièces justificatives pour l'ensemble des professionnels de santé prescrits notamment pour certaines facturations émises par des professionnels de santé exerçant dans le ressort géographique d'autres caisses. Par ailleurs, l'outil de suivi spécifique à ces situations (PJN) n'est pas utilisé systématiquement, ce qui expose à des risques d'erreur.

Les règlements de frais de santé ne sont pas nécessairement conformes aux accords préalables du service médical. En effet, le champ partiel de la dématérialisation des demandes d'accord établies par les professionnels de santé limite les possibilités de contrôle *a priori*, par le service médical, du bien-fondé des demandes reçues. En outre, les facturations d'actes et de prestations soumis à accord préalable et pour lesquels cet accord n'a pas été demandé, ainsi que les facturations correspondant à des demandes refusées ou qui dépassent les plafonds de prise en charge, ne sont pas bloquées par des contrôles automatisés. De ce fait, l'assurance maladie peut régler des dépenses injustifiées, pour l'essentiel de manière définitive du fait du nombre réduit de contrôles *a posteriori* qui pourraient conduire à les détecter.

*e) Les erreurs résiduelles affectant les prises en charge
de frais de santé, après contrôle interne*

La Cnam mesure annuellement la fréquence et la portée financière des erreurs affectant à titre définitif les prises en charge de frais de santé qui lui sont facturés directement par les professionnels et établissements de santé (103 Md€). Ces mesures sont déterminées à partir du contrôle par la Cnam d'un échantillon de près de 2 500 dossiers au total. Les évolutions méthodologiques mises en place par la Cnam à partir de 2022 permettent une meilleure représentativité des factures des diverses catégories de professionnels et des établissements de santé prises en compte dans l'échantillon contrôlé et une meilleure estimation des intervalles de confiance. Cependant, des sources de biais potentiels importants affectent toujours l'indicateur.

En 2022, la fréquence des erreurs, en forte hausse, s'établit à 10,8 %³⁸ des prises en charge, contre 7,7 %³⁹ en 2021. Le montant des erreurs atteint 3,4 Md€, contre 2,5 Md€ en 2021, soit 3,3 %⁴⁰ du montant des prestations versées, contre 2,6 %⁴¹ en 2021. Dans le même temps, l'assiette des dépenses prises en compte est passée de 95,9 Md€ à 103,3 Md€.

Pour l'essentiel (98 % en montant), les erreurs correspondent à des indus de versement au détriment de l'assurance maladie. La plupart traduisent des erreurs de cotation des actes et des prestations de santé au regard des règles fixées par les nomenclatures, des facturations qui s'écartent des prescriptions médicales et des surfacturations manifestes. Une grande partie des erreurs concerne les professions de santé prescrites.

Une erreur relevée par la Cour sur le calcul de l'incidence financière, initialement à 2,9 Md€, a entraîné une forte hausse de celle-ci à 3,9 Md€. À la suite de cette correction, la Cnam a procédé à des retraitements complémentaires, postérieurement à l'arrêté des comptes, sur des dossiers initialement et exclusivement considérés en anomalie pour aboutir à la mesure finale de 3,4 Md€. Ces corrections tardives, dont certaines portent sur des qualifications faisant l'objet d'une appréciation divergente entre la Cour et la Cnam, entachent d'incertitude le résultat de l'indicateur pour 2022.

Par ailleurs, comme lors des exercices précédents, l'audit par la Cour d'un sous-échantillon de dossiers déjà contrôlés par la Cnam fait apparaître des erreurs de qualification des anomalies ou de valorisation de celles-ci, qui portent sur une part très importante des décomptes audités (près d'un sur trois), ce qui met en évidence un manque de fiabilité dans le contrôle et renforce l'incertitude affectant son résultat.

En tout état de cause, les mesures du risque financier résiduel qui affectent les prises en charge de frais de santé restent des valeurs minimales en raison d'une évaluation incomplète des risques. En effet, elles ne prennent pas en compte les maintiens de droits ouverts à tort et n'intègrent pas non plus les risques en principe couverts par l'intervention du service médical (lien ou non des dépenses avec une ALD exonérant du ticket

³⁸ Compte tenu de la taille de l'échantillon, cette fréquence est comprise, avec une probabilité de 95 %, entre 9,6 % et 12,0 %.

³⁹ Compte tenu de la taille de l'échantillon, cette fréquence est comprise, avec une probabilité de 95 %, entre 6,2 % et 9,3 %.

⁴⁰ Compte tenu de la taille de l'échantillon, le taux d'incidence financière des anomalies est compris, avec une probabilité de 95 %, entre 2,4 % et 4,4 % du montant des prestations versées, soit respectivement 2,4 Md€ et 4,5 Md€.

⁴¹ Compte tenu de la taille de l'échantillon, le taux d'incidence financière des anomalies est compris, avec une probabilité de 95 %, entre 2,0 % et 3,1 % du montant des prestations versées, soit respectivement 1,9 Md€ et 3,0 Md€.

modérateur, respect ou non des accords préalables). De plus, l'échantillon contrôlé comprend des factures pour lesquelles l'incidence des anomalies détectées ne peut être évaluée de façon satisfaisante ou reste indéterminée.

Enfin, faute d'analyse suffisante par la Cnam et de la mise en place d'actions compensatoires, les résultats de l'indicateur ne peuvent pas permettre une amélioration de la qualité de la facturation.

Compte tenu de ce qui précède, la Cour ne dispose en 2022 que d'une assurance limitée sur la portée des risques résiduels qui affectent la principale composante des charges de la branche maladie.

f) Les erreurs affectant les prestations réglées par les mutuelles pour le compte du régime général

Les prises en charge de frais de santé liquidées par les mutuelles (5,0 Md€) pour le compte du régime général d'assurance maladie sont peu contrôlées. Ainsi, en l'absence d'un dispositif d'échanges de données, l'assurance maladie ne peut vérifier la prise en compte par les mutuelles délégataires du régime général des avis rendus par le service médical.

Les rapports qu'établissent les mutuelles sur le contrôle interne applicable aux frais de santé qu'elles règlent pour le compte de l'assurance maladie, et son examen par les auditeurs des CPAM, apportent peu d'éléments probants sur son efficacité. Les résultats des tests réalisés par la Cnam sur le processus de liquidation de la mutuelle générale de l'éducation nationale (MGEN) mettent toujours en évidence des fragilités liées aux contrôles automatisés.

Le risque financier résiduel a été estimé par deux mutuelles à partir du contrôle *a posteriori* d'environ 1 700 dossiers au total. Selon la Cnam, l'incidence financière des erreurs est de 1,2 % des règlements, soit 61 M€. Cet indicateur est affecté par des limites méthodologiques liées à une représentativité insuffisante des échantillons contrôlés et à une évaluation incomplète des risques.

7 - Les erreurs affectant les remboursements d'actes et de séjours facturés par les établissements de santé

a) Les actes et consultations externes

Les actes et consultations externes facturés directement par les établissements de santé publics et privés à but non lucratif (3,2 Md€ en

2022) sont insuffisamment contrôlés, ce qui expose l'assurance maladie à un risque d'inexactitude des montants versés et comptabilisés à ce titre.

En outre, des faiblesses affectent l'efficacité des contrôles *posteriori* : contrôles manuels des tarifs de rétrocession de médicaments, mise en œuvre partielle des contrôles prescrits sur les forfaits techniques d'imagerie facturés au cours d'un séjour, absence de mise en œuvre du contrôle relatif à la correcte application du tarif de forfait technique réduit, applicable à partir de l'atteinte du seuil de référence sur les appareils d'imagerie.

b) Les séjours

Sauf exceptions, la facturation des séjours hospitaliers par les établissements de santé publics et privés à but non lucratif (ex-DG) transite par la plateforme e-PMSI de l'Atih, tandis que les établissements de santé privés lucratifs (ex-OQN) les facturent directement à l'assurance maladie (41,5 Md€ pour les « ex-DG » et 13,2 Md€ pour les ex-OQN » en 2022).

Des risques significatifs affectent la réalité, l'exhaustivité et l'exactitude des séjours tarifés à l'activité (T2A), valorisés ou facturés par les établissements de santé à l'assurance maladie. Les contrôles mis en œuvre par les ARS, l'Atih et l'assurance maladie fournissent une assurance au mieux partielle sur la correcte prise en charge des frais de santé correspondants par l'assurance maladie.

Les séjours dans les établissements de santé publics et privés non lucratifs (ex-DG) sont financés par l'assurance maladie sur le fondement d'arrêtés pris par les agences régionales de santé (ARS) au vu de l'activité valorisée que déclarent ces établissements dans e-PMSI. Les contrôles de portée limitée sur cette valorisation opérés par les ARS et par une partie des établissements concernés, au vu des opinions exprimées par leurs commissaires aux comptes⁴², sont insuffisants pour prévenir le risque d'erreurs de portée significative. De même, les différents contrôles réalisés par l'Atih, qui ont pour objectifs de contrôler la cohérence et la qualité des données en amont de la valorisation des séjours, ne permettent pas de réduire ces insuffisances. Par ailleurs, la Cnam n'a pas de visibilité sur les actions mises en œuvre par l'Atih ou par les ARS afin de détecter des

⁴² En 2021, le cycle des recettes, liées notamment aux facturations de séjours, constituait l'un des principaux motifs de réserves des commissaires aux comptes sur les comptes des établissements publics de santé certifiés (24 % des réserves), selon une note commune de janvier 2023 de la DGFIP et la DGOS.

erreurs courantes de codage et de valorisation de l'activité.

L'absence de généralisation d'un transfert automatisé aux CPAM des arrêtés des ARS fixant le montant des dotations à verser aux établissements de santé induit un risque d'erreur lors de la comptabilisation des charges correspondantes au cours de l'exercice. De plus, les contrôles opérés par les CPAM, rapprochant les données saisies par les services ordonnateurs et comptables, complétés pour certains d'entre eux par une procédure de confirmation des montants auprès des ARS, couvrent partiellement le risque de règlement à tort d'une dotation.

Les contrôles de la facturation directe des séjours par les établissements privés lucratifs « ex-OQN » (13,2 Md€ en 2022), procurent des éléments d'assurance limités. Leur portée est amoindrie par l'absence d'outil d'aide à la réalisation de ce contrôle, par le nombre réduit de factures contrôlées et par une traçabilité des contrôles imparfaitement assurée.

c) Des risques accrus dans le contexte de crise sanitaire

Pour déterminer le montant définitif du versement à effectuer par l'assurance maladie au titre de la garantie de financement dont chaque établissement de santé a pu bénéficier, l'activité valorisée de ce dernier doit être rapprochée du montant de cette garantie. Or, pour la garantie de financement 2022, ce montant est déterminé sur la base du montant de la garantie de financement 2021, qui manque elle-même de fiabilité. Ce constat affecte la justification des charges qui seront définitivement comptabilisées à ce titre par l'assurance maladie. En outre, les régularisations doivent intervenir en 2023, avec un champ couvrant les facturations au titre de 2022 transmises en 2023, ce qui limite le niveau d'assurance quant au montant comptabilisé en 2022.

Le manque de contrôle de l'application des principales mesures, reconduites ou nouvelles, liées à la crise sanitaire (garantie de financement, surcoûts liés à la covid19) et aux mesures « Ségur » fait peser un risque sur l'exactitude et l'exhaustivité des charges comptabilisées à ce titre. Ces mesures ne font pas, sauf exceptions l'objet d'un suivi spécifique au plan comptable, mais uniquement sur tableur, ce qui est source d'erreurs. À cet égard, la disparité des états de suivi des caisses et la multiplicité des modalités de versement ne permettent pas d'assurer un suivi efficace et continu à même de garantir la fiabilité des opérations comptabilisées.

De plus, les contrôles *a posteriori* de l'assurance maladie sur une fraction (0,7 % au plus par an) des séjours tarifés à l'activité dans les établissements « ex-DG » et « ex-OQN », qui relèvent du dispositif de lutte contre les fraudes et les pratiques fautives, sont suspendus depuis l'exercice

2020, alors qu'ils représentaient un préjudice financier annuel moyen de 50 M€. Par ailleurs, la Cnam n'a pas de visibilité sur les actions mises en œuvre par les ARS afin de détecter des erreurs courantes de codage et de valorisation de l'activité.

d) L'absence de mesure des erreurs résiduelles

Malgré l'acuité des risques d'erreur, l'efficacité des contrôles de toute nature appliqués au règlement des séjours n'est pas évaluée au travers d'un indicateur spécifique de risque financier résiduel, établi à partir des résultats du contrôle *a posteriori*, au vu des données des patients, d'un échantillon représentatif de séjours valorisés ou facturés. Outre l'appréciation de l'exactitude du règlement des séjours, cette limitation à l'audit affecte aussi celle des montants des garanties de financement et des charges comptabilisées à ce titre.

8 - Les erreurs affectant les indemnités journalières

a) L'attribution des indemnités par les services administratifs

Le contrôle interne des services administratifs des caisses d'assurance maladie couvre insuffisamment les risques liés à l'attribution des indemnités journalières (15,5 Md€⁴³), y compris celles dites dérogatoires instaurées dans le contexte de la crise sanitaire (estimées à 1,6 Md€).

Les employeurs doivent informer les caisses d'assurance maladie de l'arrêt de travail de leurs salariés par une attestation de salaire, transmise en 2022 pour un peu moins des deux tiers par la voie de déclarations sociales nominatives (DSN) événementielles⁴⁴. Les informations portées sur ces attestations permettent de vérifier les conditions d'ouverture de droit de l'assuré, de déterminer la période de référence et de reconstituer les salaires à prendre en compte pour le calcul de l'indemnité. Malgré la progression en 2022 de la part des attestations reconstituées à partir de la DSN, la contribution de celle-ci à la maîtrise des risques d'erreur reste limitée, étant donné que plus d'un tiers des déclarations restent effectuées selon d'autres modalités.

⁴³ Pour la branche maladie, hors des charges à payer.

⁴⁴ Lorsqu'elles sont transmises par voie dématérialisée, la liquidation automatique de l'indemnité journalière est rendue possible mais ne porte encore que sur une part des attestations (48 % des indemnités journalières liquidées en 2022 dans les caisses auditées).

En outre, les faiblesses du ciblage des supervisions internes aux services ordonnateurs relatives à l'alimentation des données de salaire, notamment pour les dossiers complexes (assurés poly-actifs ou à activité discontinue) et la persistance d'erreurs dans le calcul des indemnités journalières affectent l'exactitude des montants versés et comptabilisés.

Les résultats des contrôles des ordonnateurs et des directions comptables et financières font ressortir des anomalies liées à la liquidation automatisée des indemnités journalières (paiements multiples, liquidation sans ouvertures de droit, etc.). Ces anomalies ne sont pas analysées à l'échelle nationale, ce qui ne permet pas d'apprécier leur portée.

Les contrôles *a priori* automatisés à réception des avis d'arrêt de travail ne sont pas toujours adaptés, ni bloquants (cumul pension d'invalidité et indemnité journalière, erreurs du praticien ou des caisses lors de l'enregistrement des avis d'une durée de plus de 100 jours, etc.). En outre, en l'absence de consignes nationales, les signalements suscités par les contrôles automatisés ne sont pas traités de façon homogène par les caisses. Enfin, le dispositif de contrôle interne ne comporte pas de supervision sur les situations de cumul d'indemnités journalières et de pensions de retraite.

Par ailleurs, la charge d'activité relative à la liquidation des indemnités a, de nouveau, conduit la Cnam à autoriser des mesures d'allègement de procédures de liquidation et des contrôles des services ordonnateurs et comptables. C'est notamment le cas de ceux relatifs aux avis d'arrêt de travail reçus après la fin de la période de repos qui, contrairement aux dispositions de l'article R. 323-12 du code de la sécurité sociale, ont continué à donner lieu au versement d'indemnités pendant la plus grande partie de l'exercice. En outre, certaines caisses ont maintenu ces allègements au-delà des périodes autorisées, sans que des mesures de rattrapage ne soient prévues pour les périodes concernées. L'incidence financière de ces mesures n'a pas été chiffrée par la Cnam.

Le dispositif de contrôle interne des indemnités dérogatoires reste incomplet. En effet, il ne comporte toujours pas de contrôles spécifiques sur le cumul d'indemnités avec des allocations d'activité partielle, ainsi que sur l'application de règles dérogatoires propres à ces indemnités (notamment le risque d'application du délai de carence aux indemnités dérogatoires) et sur l'ouverture de droit (notamment le risque d'indemnisation induite des assurés ayant la possibilité de télétravailler). Par ailleurs, la documentation des contrôles mis en œuvre sur l'indemnisation d'arrêts de travail déclarés par les assurés (positifs à la covid 19, cas contact ou bien ayant des symptômes) reste insuffisante et ne permet pas de conclure à leur efficacité.

S'agissant des contrôles *a posteriori*, réalisés par les services administratifs, les consignes relatives à la détermination du nombre de dossiers à contrôler et l'actualisation de la taille de l'échantillon ne sont que partiellement mises en œuvre. La répartition de l'échantillon est, sauf exceptions, laissée à l'appréciation des caisses et le nombre de dossiers à contrôler est parfois insuffisant au regard des flux. En outre, la fiabilité insuffisante de la documentation des contrôles ainsi que le caractère partiel des bilans nationaux des résultats de contrôles en cours d'exercice ne permettent pas de fonder la mise en œuvre d'actions correctives.

Le dispositif de contrôle interne des indemnités journalières versées aux travailleurs indépendants couvre encore insuffisamment les risques d'erreur. En effet, certains contrôles portant sur la correcte liquidation de ces indemnités n'ont toujours pas été déployés.

b) Les contrôles du service médical

Le contrôle interne des activités du service médical couvre toujours insuffisamment les risques de versement injustifié et de suspension tardive des indemnités, malgré leur accentuation dans le contexte de la crise sanitaire. Le dispositif de contrôle des avis d'arrêt de travail par le service médical permet d'identifier les avis à contrôler dès leur réception par les caisses. Mais, le nombre d'examens sur personne reste insuffisant pour maîtriser les risques d'ouverture ou de maintien injustifiés sur le plan médical des droits aux indemnités journalières. Il en va notamment ainsi pour les arrêts de longue durée, malgré une amélioration des délais et taux de traitement des avis à contrôler sur l'exercice. En outre, les supervisions de l'activité de contrôle des arrêts de travail et des avis médicaux rendus à ce titre ne sont que partiellement mises en œuvre et le bilan national portant sur le niveau de déploiement des contrôles n'est pas disponible.

Enfin, lorsqu'il remet en cause le bien-fondé ou la durée de l'arrêt de travail prescrit par un médecin, le service médical retient généralement comme date de prise d'effet de la suspension du versement des indemnités celle de la fin de l'arrêt prescrit par le médecin. Or, l'article L. 315-2 du code de la sécurité sociale vise, dans le cas général, la date à laquelle le patient a été informé par le praticien conseil. Il en résulte une majoration injustifiée des charges de prestations de l'assurance-maladie, non estimée par la Cnam.

*c) Les erreurs résiduelles relatives aux indemnités journalières,
après contrôle interne*

La Cnam mesure annuellement la fréquence et la portée financière des erreurs qui affectent les indemnités journalières maladie, maternité et AT-MP nouvellement mises en paiement. Ces mesures sont déterminées à partir du contrôle par la Cnam d'un échantillon d'indemnités (1 030 indemnités en 2022 avec, comme en 2020 et 2021, une équité-répartition entre les 3 risques maladie, maternité et AT-MP). Elles font apparaître que les erreurs résiduelles ont un caractère significatif, alors même qu'elles n'en procurent qu'une représentation encore incomplète. En outre, la réduction en 2022 du nombre de dossiers effectivement contrôlés par rapport à la cible (1 030 au lieu de 1 200, soit 14 %) dégrade la qualité de la mesure et en réduit encore la portée.

Pour 2022, la fréquence des erreurs résiduelles, en légère baisse, s'établit pour la branche maladie à 9,4 %⁴⁵ (contre 9,7 % en 2021). Le montant des erreurs atteint 278 M€, soit 1,6 % des prestations (contre 228 M€, soit 2,1 % du montant des prestations en 2021). Les erreurs avec incidence financière les plus fréquentes traduisent une application incorrecte de la réglementation, pour déterminer le salaire de référence, ainsi que des erreurs dans le calcul des indemnités, liquidées automatiquement par l'outil informatique.

Ces mesures du risque financier résiduel sont, de fait, des valeurs minimales. En effet, elles ne prennent pas en compte les risques liés aux missions du service médical, l'inexactitude des salaires déclarés et les décomptes ne pouvant être évalués. De plus, le risque d'allongement injustifié de la durée de versement des prestations (du fait d'une reprise anticipée du travail non signalée par exemple) n'est pas mesuré.

Dans le contexte de crise sanitaire, un allègement de procédures et des contrôles de toute nature a été reconduit en 2022. Son impact sur le niveau des mesures ne peut être apprécié faute d'analyse suffisante par la Cnam, comme lors des deux exercices précédents. Du fait de ces allègements, les avis d'arrêt de travail reçus tardivement n'ayant pas fait l'objet d'un avertissement ou d'une sanction, n'ont dans une mesure indéterminée pas été considérés comme des dossiers en anomalie. Il en est de même pour les indemnités journalières des assurés ayant une activité discontinue ou saisonnière, calculées par les caisses sur une base de

⁴⁵ Compte tenu de la taille de l'échantillon, cette fréquence est comprise, avec une probabilité de 95 %, entre 7,2 % et 11,6 %, selon la Cnam. Le montant moyen des erreurs étant de 72,7 €, le montant total des erreurs serait compris, avec le même niveau d'assurance, entre 213 M€ et 343 M€.

revenus d'activité de trois mois antérieurs à la date de l'interruption de travail au lieu de douze mois, comme le prévoit l'article R. 323-4 du code de la sécurité sociale. De surcroît, les indemnités journalières dérogatoires éventuellement contrôlées lors du test national n'ont pas été identifiées, ce qui ne permet pas d'évaluer les risques affectant spécifiquement ces prestations (estimées à 1,6 Md€, contre 0,6 Md€ en 2021). S'agissant des indemnités attribuées aux travailleurs indépendants (estimé à 0,4 Md€ en 2021, le montant de 2022 n'a pas été communiqué à la Cour), la Cnam n'en mesure toujours pas les risques résiduels.

Comme l'audit 2021 l'avait déjà souligné, l'équi-répartition des échantillons associés aux différents risques ne permet pas une allocation optimale des dossiers par strate. Il en résulte des risques de biais, *a fortiori* dans un contexte marqué par une réduction importante du nombre de décomptes contrôlés. Sans amélioration au cours de l'exercice, la méthodologie retenue pour la détermination de l'intervalle de confiance associé à l'incidence financière des anomalies ne permet pas d'apprécier correctement le niveau d'incertitude pesant sur la liquidation des indemnités journalières. Par ailleurs, la Cnam ne rapproche pas l'assiette des montants de règlements sur laquelle elle fait porter le calcul des mesures de risque résiduel (20,9 Md€ tous risques confondus) des charges de prestations comptabilisées. L'incidence sur la valeur centrale du montant des erreurs n'a pas été estimée par la Cnam.

Enfin, l'audit par la Cour de dossiers déjà contrôlés par la Cnam fait toujours apparaître une fréquence élevée d'erreurs de qualification (avec ou sans incidence financière), témoignant des fragilités du dispositif national de contrôle et de supervision.

9 - Les erreurs affectant les pensions d'invalidité

Compte tenu des faiblesses du contrôle des arrêts de travail de longue durée par le service médical, le risque de mise en invalidité tardive des assurés est insuffisamment couvert. De ce fait, l'assurance maladie est exposée au risque de versements injustifiés d'indemnités journalières, en lieu et place de pensions d'invalidité, malgré la stabilisation de l'état de santé de l'assuré. En outre, en l'absence de bilan de contrôle interne portant sur le dispositif de contrôle du service médical, la portée des résultats affichés ne peut être appréciée.

S'agissant du processus administratif de gestion des pensions d'invalidité, les contrôles effectués par la Cnav procurent une assurance partielle sur la fiabilité des données de salaires prises en compte pour leur calcul (moyenne des salaires des dix meilleures années).

La fiabilité des mises à jour des pensions d'invalidité est affectée par le caractère ponctuel des contrôles effectués sur les déclarations périodiques de revenus professionnels des assurés, ce qui limite le niveau d'assurance quant à l'exactitude des pensions versées. En outre, les déclarations précitées sont obligatoirement transmises par voie électronique, à compter de février 2022, pour les pensionnés ayant un compte Ameli actif (soit 86 % de la population), mais sans possibilité matérielle d'y joindre des documents probants. En revanche, les données du dispositif de ressources mensuelles ne sont pas encore utilisées afin de fiabiliser le montant des pensions versées en fonction de l'évolution des revenus professionnels des titulaires de pensions d'invalidité.

Les contrôles *a priori* effectués par la direction comptable et financière conduisent à détecter des fréquences élevées d'anomalies portant sur l'attribution et la mise à jour des pensions, qui reflètent notamment une maîtrise insuffisante de la réglementation par les agents. La traçabilité des dossiers contrôlés n'est pas assurée. Seuls ceux comportant une anomalie sont retracés dans l'outil de suivi de la réalisation des actions de contrôle (PMR). En outre, compte tenu d'une qualification fréquemment erronée des anomalies relevées, les taux d'anomalies avec incidence financière restent en majeure partie sous-évalués.

Par ailleurs, l'absence de supervision des contrôles effectués par les services de la direction comptable et financière limite le niveau d'assurance que procure le contrôle des prestations liquidées préalablement à leur mise en paiement.

Enfin, le décret n°2022-257 du 23 février 2022 a modifié, à compter du 1^{er} avril 2022, les modalités d'indemnisation des titulaires d'une pension d'invalidité en cas d'exercice d'une activité professionnelle pour les salariés et les travailleurs indépendants. Une nouvelle version de l'outil informatique a été déployée dans les CPAM en novembre 2022 afin de mettre en œuvre ces nouvelles règles à compter de la date d'effet du décret. Cependant, les tests menés par la Cnam sur cette nouvelle version sont insuffisamment documentés et n'ont pas permis à la Cour de s'assurer de la correcte application du décret, ce qui limite le niveau d'assurance relatif à l'exactitude des pensions versées aux pensionnés en activité.

Malgré les risques précédemment décrits, l'efficacité du contrôle interne de la gestion des pensions d'invalidité (7,2 Md€) n'est toujours pas mesurée par un indicateur de risque financier résiduel. De ce fait, la portée financière des erreurs affectant leur attribution et mise à jour ne peut être appréciée, ce qui induit une limitation à l'audit.

Opinion de la Cour sur les comptes de la branche accidents du travail – maladies professionnelles de l'exercice 2022

La branche AT-MP assure l'indemnisation temporaire ou permanente des victimes de préjudices professionnels et détermine les taux de cotisation des employeurs selon un principe assurantiel.

Les comptes de la branche intègrent les éléments de comptes produits par la Cnam, par les 100 caisses primaires d'assurance maladie, par la caisse régionale d'assurance maladie d'Île-de-France (Cramif), par 16 directions régionales du service médical (DRSM) et par huit centres de traitement informatique.

Les comptes des 15 caisses d'assurance retraite et de la santé au travail (Carsat) font l'objet d'une combinaison partagée entre les branches maladie, AT-MP et vieillesse. Les comptes de la branche AT-MP intègrent en outre des éléments de comptes des 4 CGSS, qui font l'objet d'une combinaison partagée entre l'activité de recouvrement, les branches maladie, AT-MP et vieillesse et le régime agricole des non-salariés. Ils intègrent également des éléments de comptes des caisses communes de sécurité sociale de la Lozère et des Hautes Alpes, qui font l'objet d'une combinaison partagée entre les branches maladie, AT-MP et famille. Enfin, les comptes de la branche AT-MP intègrent ceux du Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA).

Au titre de l'exercice 2022, la branche AT-MP a comptabilisé 9,7 Md€ de charges de prestations légales et dégagé un résultat excédentaire de 1,6 Md€, contre 1,2 Md€ en 2021.

A - Opinion de la Cour

En application des dispositions de l'article LO. 132-2-1 du code des juridictions financières, la Cour a effectué l'audit des comptes de la branche des accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP) pour l'exercice clos le 31 décembre 2022, arrêtés le 17 avril 2023 par le directeur général et le directeur comptable et financier de la Cnam, dont un résumé est annexé au présent rapport.

La Cour certifie que, sous réserve des incidences des anomalies significatives et des insuffisances d'éléments probants décrites ci-après dans la section « Fondements de l'opinion de la Cour », les comptes de la branche AT-MP sont, au regard des normes comptables applicables aux organismes de sécurité sociale, réguliers et sincères et donnent, dans l'ensemble de leurs aspects significatifs, une image fidèle du résultat des opérations de l'exercice écoulé, ainsi que de la situation financière et du patrimoine de la branche à la clôture de l'exercice.

Par ailleurs, sans remettre en cause son opinion, la Cour appelle de nouveau l'attention sur un point particulier relatif à la compréhension des états financiers de la branche AT-MP.

L'annexe aux comptes de la branche AT-MP ne mentionne pas d'engagements pluriannuels à l'égard des titulaires de rentes pour incapacité permanente à fin 2022, appréciés et évalués en fonction des règles de droit en vigueur à cette date. Ces engagements significatifs peuvent être évalués de manière fiable et portent sur des prestations ayant un objet identique à celui de prestations pour lesquelles l'État reconnaît des passifs à ce même titre (sous la forme de provisions pour charges).

B - Fondements de l'opinion de la Cour

La Cour a constaté que les comptes de la branche AT-MP de l'exercice 2022 sont affectés par une anomalie significative.

Dans huit autres cas, elle ne dispose pas d'éléments probants suffisants qui permettraient d'écarter le risque d'anomalies significatives dans les comptes.

Compte tenu du caractère significatif des écarts entre les opérations effectuées et par conséquent comptabilisées et celles qui auraient dû l'être si les règles de droit propres à ces opérations avaient été appliquées dans tous les cas, le contrôle interne a un caractère insuffisamment probant pour la maîtrise des risques de portée financière ayant une incidence sur les comptes de la branche AT-MP. Faute d'intégrer les actifs et passifs qui

auraient résulté d'un contrôle interne efficace, les comptes de la branche AT-MP reflètent imparfaitement ses droits et obligations à l'égard des assurés (cas des charges liées aux indemnités journalières et aux rentes, voir partie D *infra*, points 7 et 8).

C - Anomalie significative

Une anomalie significative porte sur les conditions de l'application du principe des droits constatés à certaines opérations.

Les séjours hospitaliers facturés à l'activité non terminés à la clôture de l'exercice ne sont pas provisionnés, ce qui affecte l'exhaustivité des charges et passifs comptabilisés. Il est renvoyé aux fondements de l'opinion de la Cour sur les comptes de la branche maladie (C).

Les produits comptabilisés au titre des recours contre tiers (0,6 Md€) ne sont pas toujours certains ou correctement rattachés à l'exercice pour un montant estimé par la Cnam à 168 M€ inscrits en créances à fin 2022, contre 141 M€ l'exercice précédent. Il est renvoyé aux fondements de l'opinion de la Cour sur les comptes de la branche maladie (C).

D - Insuffisances d'éléments probants

1 - Les insuffisances de la justification de certains éléments des états financiers

Malgré des progrès, le caractère inabouti ou le retard de transmission de certaines données confirment les fragilités des outils et des processus d'établissement et de justification des états financiers et induisent des limitations aux travaux d'audit. Il est renvoyé aux fondements de l'opinion de la Cour sur les comptes de la branche maladie (D2).

2 - Les incertitudes de l'estimation de la provision pour réduction de produits de cotisations au titre de contentieux

Cette provision (0,9 Md€) couvre le risque de remboursements aux employeurs de cotisations AT-MP liés à des contentieux en cours à la clôture de l'exercice susceptibles d'être perdus par la branche.

Quoique dans une moindre mesure que les exercices précédents, les fragilités demeurent dans l'évaluation de la provision pour réduction des produits de cotisations au titre des contentieux pendant à la clôture de

l'exercice. En effet, l'estimation de la provision présente toujours des fragilités importantes en raison des incertitudes pesant, notamment, sur l'évaluation des cotisations à rembourser à la suite des contentieux perdus dans l'exercice. Le défaut de suivi, par les organismes du recouvrement, des remboursements aux employeurs des cotisations à la suite de contentieux perdus par les CPAM, ne permet toujours pas une analyse du dénouement dans l'exercice suivant de la provision comptabilisée.

3 - Les insuffisances de l'enregistrement et de l'estimation des actifs et passifs

a) L'évaluation des créances et dépréciations liées aux recours contre tiers

Des incertitudes affectent l'exhaustivité des flux de créances (0,7 Md€) et de produits comptabilisés (0,5 Md€) et l'estimation des dépréciations de créances (0,4 Md€) au titre des recours contre tiers, par ailleurs insuffisamment couverts par le contrôle interne.

En outre, plus de 17 000 dossiers n'ont pas été enregistrés dans l'outil de gestion de ces recours, ce qui expose à un risque de non comptabilisation des produits correspondants au cours de l'exercice (estimé par la Cour à un montant maximum de 240 M€) et à un report sur l'exercice suivant.

Il est renvoyé aux fondements de l'opinion de la Cour sur les comptes de la branche maladie (D3).

b) Les provisions pour charges de soins

L'évaluation de la part réellement estimée de la provision (0,3 Md€ en 2022) reste affectée par des incertitudes encore élevées. En effet, le dénouement de la provision 2021 fait apparaître une surévaluation de 9,9 M€ (2,9 % de la part estimée de la provision 2021), en baisse par rapport à celui de la provision 2020. L'écart d'évaluation atteint 20,5 M€ en valeur absolue, contre 68 M€ pour la provision 2020 (soit 18 %).

Les séjours hospitaliers facturés à l'activité non terminés à la clôture de l'exercice ne sont pas provisionnés, ce qui affecte l'exhaustivité des charges et passifs comptabilisés. Il est renvoyé aux fondements de l'opinion de la Cour sur les comptes de la branche maladie (cf. *supra*).

4 - Les faiblesses du cadre général du contrôle interne

Il est renvoyé aux fondements de l'opinion de la Cour sur les comptes de la branche maladie (D4).

5 - Les erreurs affectant la reconnaissance des AT-MP et ses suites

Le contrôle interne couvre toujours imparfaitement les risques liés au traitement des données médicales en vue de la reconnaissance d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle et à l'imputation des dépenses aux branches AT-MP et maladie. En effet, le risque de non détection par les services de l'ordonnateur de nouvelles lésions sans lien avec le sinistre initial reste insuffisamment couvert, du fait de la tolérance accordée par la Cnam aux prescripteurs leur permettant d'utiliser les certificats médicaux de prolongation des arrêts de travail et de soins. De ce fait, la branche AT-MP peut encore être conduite à prendre en charge au titre du risque professionnel des dépenses relevant du risque maladie. Ce constat ne remet pas en cause l'existence d'une sous-déclaration des maladies professionnelles et, dans une moindre mesure, des accidents de travail, qui donne lieu à une compensation financière de la branche AT-MP à la branche maladie fixée par la LFSS (1,1 Md€ en 2022). En effet, le dispositif de contrôle interne couvre imparfaitement le risque d'absence de régularisation financière, entre les branches AT-MP et maladie, des prestations réglées sur le risque maladie avant la date de déclaration de la maladie professionnelle. La portée financière de ce risque n'a pu être évaluée dans le cadre de l'audit.

Par ailleurs, le contrôle interne procure une assurance partielle sur l'exactitude des décisions des caisses ou du service médical (lors de la guérison, de la consolidation de la situation médicale ou encore de nouvelles lésions de l'assuré). En effet, les contrôles des services ordonnateurs manquent de fiabilité, en raison de modalités de réalisation imprécises et appliquées de façon hétérogène. Ceux du service médical ont parfois une portée limitée et sont insuffisamment documentés.

Enfin, le contrôle interne de la saisie manuelle des données des certificats médicaux dans les applications de gestion des sinistres porte uniquement sur les certificats médicaux de prolongation.

6 - Les erreurs affectant la détermination des taux de cotisation

Les produits de cotisations sociales affectées à la branche ont atteint 14,3 Md€, contre 13,3 Md€ en 2021. Les modalités de détermination des

taux de cotisation par les organismes tarificateurs de la branche varient en fonction des effectifs des entreprises. Une fois arrêtés, ils sont notifiés à leurs établissements et transmis à l'activité de recouvrement.

Les faiblesses des processus de liquidation des dépenses de prestations, des échanges de données entre les Cnam et les organismes tarificateurs et la fiabilité insuffisante des contrôles et supervisions réalisés par les caisses affectent la correcte détermination des taux bruts de cotisation intégrés aux taux nets de cotisation par section d'établissement notifiés aux entreprises. La majoration d'équilibre, qui entre dans le calcul des taux nets notifiés, limite l'impact de l'inexactitude des taux bruts sur le montant total des produits de cotisations de la branche mais ne corrige pas le manque de fiabilité des taux attribués à chaque employeur.

L'incidence financière résultant des divergences de taux AT-MP entre les systèmes d'information des Carsat et des Urssaf n'est pas évaluée par la Cnam ou par l'Acoss.

La conception, la mise en œuvre et la traçabilité des supervisions réalisées par les services de l'ordonnateur conservent des faiblesses tenant, notamment, à l'absence de fiches de supervision et au caractère incomplet du bilan national de ces contrôles.

Enfin, les risques d'erreurs ou de fraudes liés à l'attribution et à la mise à jour des codes-risque applicables aux sections d'établissement et à l'affectation des salaires aux divers établissements d'une même entreprise en fonction des lieux effectifs de travail des salariés sont imparfaitement couverts par les actions de contrôle mises en œuvre par les Carsat et les Urssaf, ce qui limite le niveau d'assurance relatif à l'exactitude des taux de cotisation.

Enfin, le non-respect de l'obligation d'adhérer au téléservice « Compte AT-MP » généralisée à compter du 1^{er} janvier 2022, qui permet d'intégrer automatiquement à leur DSN le taux de cotisation calculé par la branche, ne s'est pas traduit par la mise en place de pénalités, pourtant prévues par la réglementation.

7 - Les erreurs affectant les indemnités journalières

L'application du référentiel de maîtrise des risques des indemnités journalières AT-MP, obligatoire depuis le 1^{er} juillet 2021, est encore assurée de manière hétérogène par les services ordonnateurs des caisses auditées. Certains contrôles de la direction comptable et financière affichent des taux élevés d'anomalies, qui traduisent notamment une maîtrise insuffisante de la réglementation par les agents. La part très

significative (près des deux tiers) des certificats médicaux en format papier, lesquels ne sont pas enregistrés dans une base de données spécifique à la suite de leur réception par les caisses, limite les possibilités de contrôle par le service médical. Enfin, les dates d'arrêt de travail, reportées sur les avis d'arrêt de travail AT-MP depuis la diffusion d'un nouveau formulaire depuis mai 2022, font l'objet d'une saisie manuelle quel que soit leur format (papier ou dématérialisé), dans l'attente d'une mise à jour de l'outil informatique, ce qui expose à des risques d'erreur.

En 2022, selon les indicateurs suivis par la Cnam, 12,9 % des indemnités journalières nouvellement liquidées et mises en paiement ont été affectées par une erreur de portée financière, ce qui traduit une légère amélioration par rapport à 2021 (13,7 %). Le montant agrégé des erreurs s'élèverait quant à lui à 84 M€ (91 M€ en 2021), soit 2,1 % du montant des charges de prestations (3,7 % en 2021)⁴⁶. Comme il a été relevé à propos de la branche maladie, la Cnam ne rapproche pas l'assiette des charges de prestations sur laquelle elle fait porter le calcul des mesures de risque résiduel des montants comptabilisés. L'incidence sur la valeur centrale du montant des erreurs n'a pas été estimée par la Cnam pour 2022.

Sur d'autres aspects, il est par ailleurs renvoyé aux insuffisances d'éléments probants de la Cour sur les comptes de la branche maladie (cf. D8).

8 - Les erreurs affectant les rentes pour incapacité permanente

Les rentes pour incapacité permanente (4,4 Md€) sont généralement liquidées et versées à partir d'une source unique de données⁴⁷, sans que soient réalisés des contrôles de cohérence avec les informations détenues par les autres administrations, ce qui accroît le risque de prise en compte de salaires inexacts pour le calcul des rentes.

En l'absence d'un cadre réglementaire et d'un dispositif national de contrôle interne suffisamment précis, les modalités de détermination du coefficient professionnel, qui a pour effet de majorer le taux d'incapacité permanente fixé par le médecin conseil, varient entre les caisses locales. Cela crée des risques d'inexactitude des prestations versées.

⁴⁶ Compte tenu de la taille de l'échantillon, cette fréquence est comprise, avec une probabilité de 95 % entre 9,4 % et 16,4 %, selon la Cnam. Le montant moyen des erreurs étant de 113,4 €, le montant total des erreurs serait compris, avec le même niveau d'assurance, entre 61 M€ et 107 M€.

⁴⁷ Attestations de salaires complétées par l'employeur ou éléments de rémunération transmis par les assurés (salaires, allocations de chômage, indemnités journalières, etc.).

Le risque de maintien à tort du versement d'une rente pour incapacité permanente à la suite d'un changement de la situation administrative des ayants droit est insuffisamment couvert par le contrôle de leurs certificats d'existence. Ce dernier porte sur la seule vérification de leur transmission, à l'exclusion du contenu des informations qui y sont déclarées. Cette insuffisance est confirmée par un contrôle mené au titre du programme national de lutte contre les fraudes (plus de 5 M€ de préjudice financier).

Pour sa part, le dispositif de contrôle interne du service médical couvre imparfaitement le risque de détermination erronée du taux de l'incapacité permanente, ce qui peut affecter la fiabilité du montant des prestations versées. En effet, la supervision par les médecins-conseil chefs de service porte sur une fraction minime de dossiers présentant un taux d'incapacité permanente inférieur à 35 %, alors qu'ils représentent l'essentiel des taux fixés.

La documentation imparfaitement assurée des supervisions du service médical et de l'ordonnateur ainsi que l'absence de bilan national du niveau de réalisation des supervisions limitent les possibilités d'appréciation de la réalité et de la portée de ces dispositifs de contrôle interne.

Malgré les risques précédemment décrits, l'efficacité du contrôle interne de la gestion des prestations d'incapacité permanente n'est toujours pas mesurée par un indicateur de risque financier résiduel. De ce fait, la portée financière des erreurs affectant leur attribution et révision ne peut être appréciée, ce qui induit une limitation à l'audit.

Opinion de la Cour sur les comptes

de la branche famille de l'exercice 2022

Les comptes de la branche famille retracent les opérations de la Cnaf, de 98 caisses d'allocations familiales (CAF) à compétence territoriale, des caisses communes de sécurité sociale de la Lozère et des Hautes-Alpes, qui font l'objet d'une combinaison partagée entre les branches maladie, AT-MP et famille, de cinq fédérations de CAF, ainsi que des caisses de la Mutualité sociale agricole (MSA), délégataires par la loi de la gestion des prestations versées par la branche famille aux allocataires affiliés au régime agricole.

Au titre de l'exercice 2022, la branche famille a comptabilisé 81,8 Md€ de charges de prestations légales, tous financeurs compris⁴⁸ et 6,2 Md€ de charges de prestations extralégales d'action sociale, propres à la branche⁴⁹. Elle a dégagé un résultat excédentaire de 1,9 Md€, contre 2,9 Md€ au titre de l'exercice 2021.

⁴⁸ Elles comprennent, notamment, les prestations familiales (30,9 Md€, dont 13,0 Md€ d'allocations familiales et 11,1 Md€ pour la prestation d'accueil du jeune enfant), l'allocation aux adultes handicapés (11,9 Md€), la prime d'activité (9,7 Md€), les aides au logement (15,1 Md€), financées par l'État, et le RSA versé pour le compte des conseils départementaux (9,9 Md€) ou, par exception, pour celui de l'État (1,5 Md€).

⁴⁹ Elles sont principalement constituées de subventions à des structures (5,3 Md€), essentiellement des établissements d'accueil du jeune enfant (EAJE) et des accueils de loisirs sans hébergement (ALSH). Les aides individuelles sont minoritaires (0,3 Md€).

A - Opinion de la Cour

En application des dispositions de l'article LO. 132-2-1 du code des juridictions financières, la Cour a effectué l'audit des comptes de la branche famille pour l'exercice clos le 31 décembre 2022, arrêtés le 14 avril par le directeur et le directeur comptable et financier de la Cnaf, dont un résumé est annexé au présent rapport.

La Cour constate que, du fait des incidences de l'anomalie et des insuffisances d'éléments probants décrites ci-après dans la section « Fondement de l'opinion de la Cour », elle n'est pas en mesure de certifier que les comptes de la branche famille sont, au regard des normes comptables applicables aux organismes de sécurité sociale, réguliers et sincères et donnent, dans l'ensemble de leur aspects significatifs, une image fidèle du résultat des opérations de l'exercice écoulé, ainsi que de la situation financière et du patrimoine à la clôture de l'exercice.

B - Fondements de l'opinion de la Cour

La Cour a constaté que les écarts entre les opérations effectuées, et par conséquent comptabilisées, et celles qui auraient dû l'être si les règles de droit propres à ces opérations avaient été appliquées dans tous les cas, revêtent en 2022 une portée particulière pour l'appréciation de l'image donnée par les comptes sur les montants des charges enregistrées.

Le contrôle interne a un caractère insuffisamment probant pour la maîtrise des risques de portée financière ayant une incidence sur les comptes de la branche famille. Le niveau élevé des erreurs résiduelles imputables à des données déclaratives non corrigées au bout de 24 mois, après contrôle interne, atteste de cette carence. Il s'établit à 7,6 % des prestations versées selon l'indicateur calculé en 2022, soit 5,8 Md€ d'indus et de rappels, ce qui représente un doublement du montant de ces erreurs en quatre ans. La période de versement des prestations contrôlées au titre de cet indicateur porte sur un intervalle allant d'octobre 2020 à mars 2021, soit une phase affectée par la réforme des aides au logement. Cependant l'indicateur prend également en compte une phase de contrôle courant jusqu'à la clôture de l'exercice 2022.

L'indicateur à 9 mois qui avait été affecté lors de l'exercice précédent, de façon mécanique, par la réforme des allocations logement, se stabilise à un haut niveau (10,4 % en 2022, contre 10,3 % en 2021 et 9,4 % en 2020).

Faute d'intégrer les actifs et passifs qui auraient résulté d'un contrôle interne efficace, les comptes de la branche famille reflètent imparfaitement ses droits et obligations à l'égard de ses principaux tiers.

De plus, pour la troisième année consécutive, le dispositif de maîtrise des risques de la branche a été allégé en cours d'exercice par rapport à celui initialement prévu. Les objectifs du plan de contrôle interne continuent à s'inscrire, pour une partie d'entre eux, à un niveau inférieur à celui observé avant la survenue de la crise sanitaire. Les supervisions de l'ordonnateur, visant à s'assurer de la qualité des liquidations, ont également été allégées au cours de l'exercice. L'augmentation du rendement financier total des contrôles reste inférieure à celle des indus et rappels non détectés.

Enfin, la branche ne prévoit pas de mesure susceptible d'avoir un effet à court terme pour infléchir sensiblement le niveau des erreurs. Les principales perspectives reposent sur le recours au dispositif ressources mensuelles pour calculer à terme le RSA et la prime pour l'activité ainsi que sur des évolutions du système d'information, qui ne seront pas opérationnels avant plusieurs exercices.

La Cour a également constaté que les comptes de la branche famille de l'exercice 2022 sont affectés par une anomalie significative.

Outre l'incidence financière des risques résiduels des données déclarées, après contrôle interne, relevée ci-dessus, pour cinq autres cas, elle ne dispose pas d'éléments probants suffisants qui permettraient d'écarter le risque d'anomalies significatives dans les comptes.

C - Anomalies significatives

La Cour avait relevé dans son rapport de certification des comptes du régime général de 2021 que la comparabilité des produits de prélèvements sociaux des travailleurs indépendants et du résultat de la branche entre les exercices 2020 et 2021 n'était pas assurée⁵⁰.

La seule information dans l'annexe aux comptes de la branche ne permet pas d'apprécier de façon satisfaisante les effets de cette atteinte à l'image fidèle des comptes de 2021, rappelés dans ceux de l'exercice de 2022. En outre, cette présentation ne rend pas compte de la portée des décisions adoptées par le Parlement. En effet, sur ce dernier point, l'article 1^{er} de la LFSS pour 2023 a approuvé pour 2021 un montant de recettes de

⁵⁰ Cour des comptes, *Rapport de certification des comptes du régime général de sécurité sociale – Exercice 2021*, mai 2022.

la branche de 0,7 Md€ inférieur à celui ressortant des comptes approuvés par les branches du régime général, du fait d'une correction portant sur les produits de prélèvements sociaux des travailleurs indépendants. Le résultat pour 2021 est affecté pour le même montant.

Les montants des corrections à opérer dans les comptes *pro forma* pour 2021 demandés par la Cour correspondaient à ceux retenus par le Parlement. En l'absence de production de comptes *pro forma* pour 2021 reprenant ces éléments, la comparabilité des produits de prélèvements sociaux des travailleurs indépendants et du résultat entre 2021 et 2022 n'est pas assurée.

D - Insuffisances d'éléments probants

1 - Les faiblesses du cadre général du contrôle interne

a) La conception et le déploiement du dispositif national de contrôle interne

Engagés lors des exercices précédents, les travaux pour améliorer le pilotage des processus de gestion des prestations légales, notamment l'élaboration d'une nouvelle carte des processus et des référentiels de sécurisation des processus (RSP) correspondants se sont poursuivis en 2022 par la diffusion de 11 fiches d'identité des nouveaux processus. Dans l'attente de leur application obligatoire par les caisses, prévue à partir de 2023, l'homogénéité, la mise à jour et l'articulation de ces référentiels avec les autres outils de contrôle interne sont encore insuffisamment assurées, ce qui affecte leur contribution à la fiabilité de la liquidation des prestations par les CAF.

Les actions correctives issues des plans locaux de sécurisation de la liquidation sont partiellement déployées et leur calendrier est imparfaitement maîtrisé. L'expérimentation en cours d'un nouvel outil de pilotage du contrôle interne (*Pilpac*) offre des perspectives intéressantes. Cependant, les modalités de suivi des actions engagées par les CAF demeurent insuffisantes sur le plan national comme local.

En outre, malgré les mesures incitatives prises par la Cnaf en direction de son réseau (intéressement financier lié aux résultats) et en dépit du mécanisme d'entraide proposé aux caisses les plus en difficulté, les CAF n'atteignent pas systématiquement les objectifs quantitatifs de contrôles à réaliser qui leur sont fixés et ont des résultats très hétérogènes.

Depuis 2018, la cotation des risques opérationnels relatifs aux prestations légales, au moyen d'une auto-évaluation, n'est plus mise à jour par les CAF. Par ailleurs, les travaux visant à élaborer une carte des risques propres aux processus relatifs à l'action sociale, démarrés en 2020, ne sont pas achevés.

Dans le cas de l'Agence de recouvrement et d'intermédiation des pensions alimentaires (Aripa), les difficultés de mise en œuvre et de pilotage du contrôle interne ne permettent pas une couverture suffisante des risques liés à la montée en puissance de l'intermédiation financière.

b) Les allègements du dispositif de contrôle interne

Le dispositif de contrôle interne de la branche famille, défini par la Cnaf, prévoit la réalisation de contrôles sur les données déclarées par les allocataires qui sont prises en compte pour attribuer les prestations légales, ainsi que sur les actes de liquidation des prestations par les agents des CAF. Avant la crise sanitaire, ce dispositif couvrait insuffisamment les risques d'erreur de nature à affecter notamment l'exhaustivité et l'exactitude des montants de prestations légales versés et comptabilisés.

Pour la troisième année consécutive, le dispositif de maîtrise des risques de la branche a été allégé en cours d'exercice par rapport à celui initialement prévu, bien que dans une moindre mesure que les années précédentes, les CAF éprouvant des difficultés à atteindre les objectifs initiaux. Les objectifs révisés du plan de contrôle interne sont plus élevés que les résultats de l'exercice 2021. Ils continuent cependant à s'inscrire, pour une partie d'entre eux, à un niveau inférieur à celui observé avant la survenue de la crise sanitaire.

Supprimé en début d'exercice 2022, l'allègement des demandes de production de pièces justificatives par les allocataires a été rétabli en septembre 2022 sans base réglementaire, ni contrôles de nature à limiter les risques induits sur l'exactitude des prestations versées.

Les allègements précités ont une incidence sur les nombres d'indus et de rappels détectés par les contrôles sur pièces et sur place les plus structurants, ce qui conduit à majorer les risques d'erreurs définitives affectant les montants de prestations versés. Le dispositif de contrôle apparaît ainsi insuffisamment adapté aux enjeux de la branche, qui est exposée à un risque croissant d'erreurs déclaratives non détectées mesurées par l'indicateur de risque financier résiduel.

Enfin, les supervisions de l'ordonnateur conservent un caractère facultatif et leur nombre tend à diminuer. Elles se confondent en pratique

avec des dispositifs d'accompagnement et de formation des agents, qui ne constituent pas un substitut efficace à un contrôle interne de premier niveau.

c) La couverture des risques relatifs au système d'information

Comme au cours des exercices précédents, les exigences réglementaires applicables en matière de sécurité des systèmes d'information ne sont que partiellement mises en œuvre, ce qui expose la branche à des risques significatifs relatifs à la protection de son système d'information. Des investissements matériels ont été réalisés en 2021 et en 2022 afin de redimensionner le site de secours. Mais, les tests visant à éprouver le plan de reprise d'activité sont réalisés très partiellement. Ils ne permettent pas de garantir, en l'état, que la branche serait en mesure de liquider les prestations depuis son site de secours en cas de sinistre sur son site de production.

Malgré des améliorations, les faiblesses récurrentes concernant la gestion des habilitations d'accès aux applications perdurent et ne sont que partiellement compensées par des contrôles *a posteriori*.

En dépit d'améliorations au cours de l'exercice, la gestion des changements informatiques présente encore des faiblesses. La méthodologie développée par la Cnaf ne couvre pas complètement l'ensemble des méthodes de développement. Les risques induits par les évolutions informatiques sont encore insuffisamment formalisés, ce qui est de nature à affecter l'étendue des tests réalisés avant la mise en production. Enfin, les tests sont insuffisamment automatisés, limitant ainsi la capacité à couvrir l'ensemble des tests de non-régression nécessaires.

Le nombre d'incidents majeurs non résolus fin 2022 est en diminution par rapport à fin 2021. Leur incidence financière est estimée à 16 M€ (contre 60 M€), principalement en raison des dysfonctionnements résiduels de la réforme des aides au logement toutefois en nette diminution par rapport à 2021.

En dépit d'améliorations en fin d'exercice, la Cnaf éprouve toujours des difficultés à résoudre les incidents conformément aux objectifs de qualité qu'elle s'est fixés, notamment ceux ayant un impact majeur, ce qui fait peser un risque sur la disponibilité et la performance des applications sensibles.

d) La portée de la lutte contre les fraudes

La Cnaf évalue l'étendue de la fraude aux prestations légales par la voie d'une enquête dite « paiement à bon droit et fraude » (PBDF). Celle-ci consiste en un contrôle sur place approfondi effectué à partir du tirage d'un échantillon représentatif de l'ordre de 6 000 dossiers d'allocataires, dont les résultats sont extrapolés sur le plan statistique. En application d'une feuille de route interministérielle fixée en décembre 2020, cette évaluation est désormais réalisée à une fréquence biennale. En 2021, le montant des indus potentiellement frauduleux s'établissait à 2,8 Md€ (sur le fondement de données de 2020), contre 2,3 Md€ en 2019 (+ 21 %, sur le fondement de données de 2018). Ils étaient ainsi passés de 3,2 % à 3,6 % du montant total des charges de prestations légales, et portaient principalement sur le RSA, la prime d'activité et les aides au logement.

Les actions déployées par la branche afin d'améliorer la prévention et la détection des fraudes demeurent perfectibles. Alors que la Cnaf avait été contrainte de réduire ses objectifs quantitatifs de qualification d'indus frauduleux, du fait de la crise sanitaire en 2020 et de la réforme des aides au logement en 2021, l'objectif pour 2022 n'a pas été révisé et a retrouvé un niveau comparable à celui de 2019. Bien que celui-ci ait été atteint, certaines CAF ont des difficultés à remplir l'objectif fixé. En outre, elles appliquent imparfaitement le processus de lutte contre la fraude externe formalisé par la Cnaf, qu'il s'agisse de l'homogénéité des pratiques et de l'intensité des contrôles, des modalités de détection des fraudes ou des délais de traitement des signalements. Les taux hétérogènes de qualification d'indus frauduleux reflètent une application elle-même variable des consignes par les CAF. Les barèmes de sanction ne sont pas systématiquement appliqués. Le taux de dérogation au barème tend cependant à diminuer.

Une minorité de conseils départementaux délèguent aux CAF la sanction des fraudes au RSA. En l'absence de coordination des politiques respectives de sanction des autres conseils départementaux et des CAF, de mêmes faits à l'origine de fraudes communes au RSA et à d'autres prestations sont sanctionnés différemment, ce qui peut conduire à minorer le montant des indus qualifiés et comptabilisés en tant qu'indus frauduleux.

Sauf exception, les indus correspondant à des fraudes sont constatés et mis en recouvrement par les CAF sur deux ou trois années seulement, et non sur la totalité de la période de perception des indus déterminée au regard des règles de prescription. Les indus comptabilisés et mis en recouvrement au titre de fraudes sont, de ce fait, sous-évalués.

Le dispositif de lutte contre la fraude interne a très peu évolué entre 2021 et 2022. Les contrôles mis en œuvre paraissent efficaces pour prévenir et détecter la fraude interne, notamment celle avec impact financier. Néanmoins, les actions de prévention des conflits d'intérêts, notamment au regard des obligations prévues par l'arrêté du 23 février 2022, et de préservation du secret professionnel restent encore insuffisantes.

2 - Les erreurs affectant les prestations légales du fait d'une fiabilisation insuffisante des données déclaratives

a) Les données d'identification des allocataires et des tiers à ces derniers

Les CAF gèrent dans leurs bases de données environ 42,6 millions de bénéficiaires de prestations (13,6 millions de foyers), ainsi que 7 millions de personnes physiques ou morales tierces aux allocataires. Malgré les progrès constatés dans certaines CAF, les données d'identification des tiers, principalement les personnes physiques (bailleurs, débiteurs de pensions alimentaires, tutelles), manquent toujours de fiabilité.

Malgré des progrès au cours de l'exercice, la fiabilisation des bases de tiers repose sur une méthode qui ne permet que partiellement de couvrir les risques (absence de contrôle portant sur les tiers radiés auxquels sont toujours rattachés des allocataires, tiers en cessation d'activité recevant encore des paiements, existence en doublons de tiers personnes physiques non certifiées).

Faute de consignes sur les modalités d'échantillonnage, les CAF effectuent des contrôles sur des nombres réduits de dossiers sans ciblage par les risques (échantillons aléatoires, sélection sans différenciation entre stocks et flux, absence de précision sur la nature des contrôles à opérer), ce qui en réduit l'efficacité.

Pour plus de 44 000 allocataires nés à l'étranger et immatriculés provisoirement avec un numéro d'attente (NIA) n'ayant pu être certifié, les prestations indument perçues n'ont fait l'objet d'aucune mise en recouvrement, contrairement aux dispositions du décret n° 2022-292 du 1^{er} mars 2022, dans l'attente d'une instruction de la DSS précisant les modalités d'application de ce décret (finalement diffusée au premier trimestre 2023). Le montant de ces indus n'a pas été estimé par la Cnaf.

*b) L'acquisition et le rapprochement automatisés des données
déclarées avec d'autres sources fiables*

En 2022, 82 % des informations ont été transmises par les allocataires aux CAF de manière dématérialisée (contre 79 % en 2021). Ce pourcentage recouvre cependant non seulement des télédéclarations, mais aussi de simples courriels. De plus, l'utilisation des téléprocédures demeure encore trop peu développée pour certaines prestations (RSA et AAH). Celles-ci intègrent pourtant des contrôles automatisés permettant aux allocataires de prendre connaissance et de corriger, dès leur déclaration en ligne, d'éventuelles incohérences dans les données qu'ils transmettent.

Le nombre de foyers d'allocataires dont les revenus fiscaux de l'année précédente n'ont pu être fournis par la DGFIP, du fait de données d'identification différentes de celles des CAF ou de l'absence de déclaration fiscale, reste élevé (2 millions de foyers, soit 9,5 % du total, contre 9,3 % en 2021). Cette situation réduit l'étendue possible des vérifications et corrections des déclarations des allocataires à partir des données fiscales. Pour autant, la branche ne mène pas de contrôles compensatoires portant spécifiquement sur les foyers précités, alors même que les prestations versées à ces allocataires représentent un enjeu financier significatif⁵¹.

En 2022, 27,8 millions de croisements (-11 % par rapport à 2021) ont été réalisés avec les données de situation professionnelle (demande d'emploi) et de montants d'allocations chômage de Pôle emploi. Toutefois, les allocataires nouvellement demandeurs d'emploi ne sont pas intégrés à ces croisements⁵². La portée de ce dispositif en est donc limitée pour la maîtrise des risques d'erreur affectant les prestations dont le montant est tributaire des changements de situation professionnelle et doit être modifié en conséquence.

Par nature, l'étendue des vérifications des données des allocataires est limitée par l'absence de croisement automatisé avec celles détenues par d'autres partenaires administratifs⁵³. Dans l'attente de l'aboutissement des

⁵¹ 295 M€ versé par la branche aux allocataires dits « non-trouvés DGFIP » au titre du seul mois de janvier 2023 hors prime d'activité et RSA.

⁵² Dans le cadre de l'échange mensuel de données, les informations transmises par cet organisme concernent uniquement les allocataires dont la situation de chômage est déjà connue des caisses ainsi que les bénéficiaires de la prime d'activité ou du RSA, les allocataires nouvellement demandeurs d'emploi en étant exclus.

⁵³ S'agissant principalement de l'utilisation des données bancaires (Ficoba) et des inscriptions et radiations des travailleurs indépendants auprès de l'Urssaf.

projets conduits dans ce domaine, qui ont connu des reports répétés, les CAF peuvent seulement procéder à des consultations au cas par cas.

La dématérialisation des échanges entre les CAF et les personnes percevant l'AAH demeure toujours limitée, tant en termes de télédéclaration que de liquidation automatique. Malgré des progrès, les échanges dématérialisés entre les CAF et les MDPH sont encore peu développés concernant les flux de demandes et décisions. La branche dépend également des données déclarées par les allocataires en l'absence de dématérialisation suffisante des échanges avec ses partenaires des branches maladie et vieillesse. Enfin, elle ne recourt toujours pas au portail numérique des droits sociaux (PNDS) pour corroborer ou contrôler les données déclarées par les allocataires.

c) Le dispositif de maîtrise des risques affectant les données déclarées par les allocataires

À la suite de l'utilisation, depuis janvier 2021, des données du dispositif ressources mensuelles (DRM) pour la mise en œuvre de la réforme des aides personnelles au logement, le recours à ces données est expérimenté pour la prime d'activité et le RSA. Cette expérimentation apparaît porteuse de simplification et de sécurisation du calcul des prestations versées sous réserve de la mise en œuvre de deux évolutions réglementaires⁵⁴. Le dispositif de maîtrise des risques présente des faiblesses liées à l'absence d'exploitation des incohérences de données entre *Cristal* et le *NSI* et à la couverture insuffisante des risques de non-exhaustivité et d'inexactitude des données de ressources non fournies par le DRM. Elles portent sur les revenus contemporains des travailleurs indépendants, les revenus perçus à l'étranger, les ressources n-1 relatives aux frais réels et aux pensions alimentaires versées ou perçues.

Les objectifs de contrôle sur pièces des données déclarées par les allocataires n'ont pas retrouvé le niveau antérieur à la crise sanitaire. Ils ont

⁵⁴ Ces évolutions ont pour objet :

- d'intégrer au bulletin de salaire la notion de « net social ». Le net social serait l'expression de la base de calcul de la prime d'activité et du RSA correspondant au « net perçu ». Le « net perçu » étant différent du « net versé » et du « net imposable » actuellement mentionnés sur les bulletins de salaire. L'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 mentionné à l'article R. 3243-2 du code du travail précise le contenu et la mise en œuvre de cette notion ;
- remonter d'un mois la période de référence des revenus utilisée pour le calcul de ces deux prestations (soit en prenant en compte les mois M-4 à M-2 au lieu des mois M-3 à M-1).

fait l'objet de mesures d'allègement en cours d'année, comme en 2020 et 2021, au motif que les nouveaux protocoles de contrôle requerraient un temps accru. Ainsi, le nombre des contrôles sur pièces réalisés a diminué de 14,2 % par rapport à 2019. L'incidence financière a, quant à elle, sensiblement augmenté par rapport à 2021 (+ 14,5 %) et, dans une moindre mesure, par rapport à 2019 (+ 10 %).

Les objectifs de contrôles sur place pour 2022 sont en deçà de ceux fixés pour 2019 (- 8,2 %). Le nombre des contrôles réalisés est néanmoins en légère augmentation entre 2021 et 2022, sans pour autant revenir à la situation antérieure à la crise sanitaire. L'incidence financière est quant à elle en hausse sensible par rapport à 2021 (+ 19 %) et dépasse, pour la première fois, celle de 2019 (+ 6 %). Cette performance s'explique en partie par une professionnalisation accrue des contrôles, liée notamment au développement des protocoles de contrôle, à l'amélioration du ciblage et à l'extension du périmètre des informations pouvant être consultés sur les portails des partenaires.

Pour autant le modèle utilisé pour déterminer les cibles de contrôle fondées sur l'exploration des données n'a pas évolué depuis 2018. De plus, la façon dont est conçu le modèle implique un décalage de plusieurs années entre l'apprentissage de l'identification des dossiers risqués et la mise en œuvre d'un nouveau modèle de ciblage des contrôles. Au regard de la fréquence des réformes, ce retard structurel pourrait minorer la capacité d'identification de nouveaux comportements fautifs ou frauduleux. Par ailleurs, l'absence d'une réelle évaluation de performance ne permet pas, d'une part, d'affirmer que le modèle maintient un bon niveau de détection au fil des années, et d'autre part, de justifier la diminution du nombre de contrôles par un meilleur rendement financier.

De même, l'augmentation de l'impact financier en indus et en rappels détectés et du rendement unitaire des contrôles sur pièces ne traduit pas une sécurisation accrue des données prises en compte pour verser les prestations aux allocataires. En effet, les indicateurs de risque résiduel relatifs aux données prises en compte pour verser les prestations légale augmentent également significativement, signalant un taux de couverture du risque insuffisant.

De surcroît, le dispositif de maîtrise des risques ne sécurise que partiellement la réalisation des contrôles sur pièces. De ce fait, il ne garantit pas l'exhaustivité des indus et des rappels qu'ils ont pour objet de détecter. En effet, les supervisions des contrôles, dont le nombre reste faible, font apparaître des taux de conformité très disparates selon les CAF et selon la nature des contrôles.

L'atteinte incomplète des objectifs quantitatifs de contrôles sur

place (réalisés à 73 %), conjuguée à une forte hétérogénéité des résultats entre caisses, réduit la portée du dispositif de fiabilisation des données déclarées par les allocataires. En outre, le dispositif de maîtrise des risques sécurise peu la réalisation, puis la liquidation des rapports d'enquête consécutifs à ces contrôles⁵⁵.

3 - Les erreurs résiduelles imputables à des données déclaratives non corrigées après contrôle interne

La Cnaf mesure annuellement le risque résiduel relatif aux données déclaratives à partir des résultats de l'enquête « paiement à bon droit et fraude ». Les indicateurs suivis par la caisse nationale rapportent aux montants de prestations versées les montants agrégés d'indus et de rappels non détectés au bout de 9 mois en moyenne ou bien de 24 mois en moyenne (lorsque selon la Cnaf les prestations versées à tort, en l'absence de manœuvres frauduleuses, deviennent prescrites en faveur des allocataires).

Plusieurs prestations ou cotisations, représentant parfois des montants significatifs, sont exclues du champ des deux indicateurs, alors que le risque résiduel afférent devrait être apprécié de manière distincte ou intégré aux périmètres des indicateurs existants. Hors majoration pour enfants et action sociale, ces exclusions représentent 13 Md€ en 2021, soit 13 % des 95 Md€ de prestations légales ou cotisations versées par la branche. En particulier, la Cnaf ne mesure pas la portée des erreurs qui affectent l'attribution et le calcul des prestations ouvrant droit à l'AVPF, sous certaines conditions, sur ces ouvertures de droit et le montant des cotisations versées à ce titre par la Cnaf à la Cnav (5,0 Md€ en 2022). Cet état de fait continue d'induire une limitation à l'audit.

L'indicateur de risque financier résiduel portant sur les données déclarées à 9 mois s'établit à 10,4 % en 2022 (soit 7,7 Md€)⁵⁶ contre 10,3 % en 2021 (soit 7,9 Md€) et 9,4 % en 2020 (soit 7,0 Md€).

Trois prestations sont à l'origine de 82 % du montant ainsi estimé d'indus et de rappels non détectés : 2,4 Md€ pour la prime d'activité, 2,0 Md€ pour le RSA et 1,9 Md€ pour les aides au logement. Les indus et rappels non détectés équivalent ainsi à un quart des montants versés de

⁵⁵ Seulement 10,2 % des rapports de contrôle sont supervisés et à peine 1 % sont supervisés au niveau de la liquidation.

⁵⁶ Compte tenu de la taille de l'échantillon, le taux d'incidence financière des anomalies est compris, avec une probabilité de 95 %, entre 9,3 % et 11,4 % du montant des prestations versées, soit respectivement 6,9 Md€ et 8,5 Md€.

prime d'activité, un cinquième au titre du RSA et un huitième pour les aides au logement. Les indus non détectés représentent 64 % des anomalies estimées au titre de ces trois prestations (36 % pour les rappels).

Connaissant une nouvelle dégradation, l'indicateur à 24 mois s'établit à 7,6 %, contre 7,1 % pour les prestations versées en 2020, soit 5,8 Md€⁵⁷ d'indus et de rappels qui ne seront jamais détectés par les diverses actions de contrôle mises en œuvre (contre 5,4 Md€ pour les prestations versées en 2020 et 4,0 Md€ pour celles versées en 2019).

Cette absence d'amélioration des indicateurs en 2022 s'inscrit dans un contexte où la branche n'a pas rencontré de difficultés aussi fortes que lors des exercices précédents, marqués par des événements exceptionnels (la crise sanitaire et la réforme des aides au logement).

Ces résultats confirment les difficultés de la branche à mettre en place un dispositif de contrôle interne permettant de contenir la progression du risque financier résiduel, dont l'incidence financière a doublé en quatre ans (elle s'élevait à 2,9 Md€ pour les prestations versées en 2017) et d'anticiper les adaptations rendues nécessaires par les réformes structurelles qu'elle doit mettre en œuvre.

À la MSA, délégataire de la branche famille (1,7 Md€ de charges de prestations familiales en 2022), ainsi que de l'État et des départements (au titre des mêmes prestations que celles versées par les CAF pour leur compte), le changement de méthode de calcul, intervenu sur l'exercice, associé aux limitations du système d'information, ne permettent pas d'apprécier, avec une fiabilité suffisante, les résultats de l'indicateur résiduel de risque sur les données entrantes.

4 - Les erreurs affectant les prestations légales et ayant une origine interne aux CAF

a) La contribution du système d'information à la maîtrise des risques d'erreur internes aux CAF

Les liquidations automatisées des pièces télétransmises par les allocataires ont encore progressé en 2022. Elles couvrent moins de la moitié des liquidations (56,5 %), ce qui en réduit la portée pour la maîtrise des risques d'erreur affectant les liquidations.

⁵⁷ Compte tenu de la taille de l'échantillon, le taux d'incidence financière des anomalies est compris, avec une probabilité de 95 %, entre 6,4 % et 8,7 % du montant des prestations versées, soit respectivement 4,9 Md€ et 6,6 Md€.

De plus, les agents de la branche effectuent toujours les actes de liquidation les plus complexes sans que le système d'information leur procure une assistance suffisante, ce qui accentue les risques d'erreurs inhérents aux traitements manuels.

Enfin, malgré l'amélioration des modalités de ciblage des contrôles dont elles font l'objet, les solutions mises en œuvre pour intégrer au système d'information les situations d'allocataires qui dérogent aux règles de gestion des prestations légales (« forçages de droits ») restent insuffisamment sécurisées.

b) Les processus de liquidation des prestations

Dans certains cas, la gestion des prestations s'écarte des règles juridiques qui leur sont applicables. En 2022, la Cnaf a poursuivi l'expérimentation consistant à calculer, uniquement dans le cadre de contrôles, le montant de la prime d'activité à partir de règles simplifiées non conformes aux dispositions juridiques applicables. Alors que celles-ci prévoient que le droit au complément du mode de garde de la Paje est ouvert à compter du premier jour du mois civil précédent celui au cours duquel la demande est déposée, la branche retient, à tort, la date de la première manifestation de l'allocataire, même lorsque son dossier est incomplet, ce qui est de nature à majorer les charges de prestations dans une mesure indéterminée, faute d'estimation par la Cnaf.

Le dispositif de contrôle interne applicable au revenu de solidarité active (9,9 Md€) et à la prime d'activité (9,7 Md€) demeure insuffisant au regard du risque de prise en compte de données erronées, qu'il s'agisse des moyens de maîtrise ou des actions de contrôle à mettre en œuvre. Les contrôles métier des liquidations relatives à la prime d'activité et au RSA font apparaître des taux de rejet élevés et en augmentation par rapport à 2021.

Les relations partenariales avec les conseils départementaux pour la gestion du RSA reposent sur des conventions souvent incomplètes et mises à jour selon une périodicité insuffisante. Dans certaines conventions, l'absence de délais encadrant les décisions de qualification de la fraude par les conseils départementaux entraîne un risque de prescription des indus correspondants.

S'agissant de l'AAH, l'imprécision des règles de gestion relatives aux maintiens de droits dans l'attente d'une pension de retraite ou d'invalidité permet des interprétations hétérogènes selon les CAF, de nature, dans certains cas à sous-estimer le montant des indus à mettre en recouvrement. Le dispositif de maîtrise des risques encadrant la gestion de l'AAH est inadapté, en termes d'objectifs et de ciblage des contrôles à

réaliser. En particulier, le déclenchement des contrôles visant la fiabilisation des bases d'allocataires des CAF ne s'appuie pas sur le croisement de plusieurs critères.

En outre, certaines règles locales contredisent les consignes nationales (à titre d'illustration, cas de pratiques locales consistant à proroger les droits des allocataires AAH se voyant refuser un accord de la MDPH ou prorogation accordée en compensation des délais de traitement, afin de ne pas engendrer d'indus).

Par ailleurs, depuis mai 2019, le complément de libre choix du mode de garde de la Paje est versé aux parents employeurs qui recourent à une assistante maternelle ou à une garde d'enfants à domicile non plus par les CAF, mais par le centre national Pajemploi. Il est renvoyé sur ce point à la motivation de l'opinion de la Cour sur les comptes de l'activité de recouvrement (D7).

*c) Le dispositif de maîtrise des risques affectant
les opérations internes aux CAF*

Les contrôles portent sur des périmètres réduits de liquidations. Ainsi, pour la prime d'activité et le RSA, le dispositif de supervision interne aux services ordonnateurs conserve un caractère facultatif et couvre une part minime des liquidations (0,07 % et 0,05 % respectivement en 2022, pour ce qui concerne les principaux événements enregistrés). S'agissant de la Paje, il n'est pas mis en œuvre de supervisions internes aux services ordonnateurs, ni de contrôles du directeur comptable et financier ciblant les composantes les plus risquées de cette prestation (complément de mode de garde et prestation partagée d'accueil de l'enfant).

Les contrôles réalisés par les directions comptables et financières permettent de cibler les erreurs affectant les liquidations porteuses des risques les plus élevés (taux de rejet de 37 % au titre des contrôles orientés au moyen de l'exploration des données métier). Leur volume global reste néanmoins faible (5,8 % en 2022) au regard du caractère élevé des taux de rejet constatés.

S'agissant des risques d'erreur de liquidation des prestations d'origine interne aux CAF, les contrôles effectués en 2022 par les directions comptables et financières portent sur une fraction réduite des liquidations et font apparaître des taux d'erreurs significatifs, concernant notamment les ressources prises en compte. En 2022, le plan de contrôle interne ne prévoit pas d'actions de supervision des liquidations effectuées par les services de l'ordonnateur sur les aides au logement. Ces constats

limitent le niveau d'assurance relatif à l'exactitude des montants versés et comptabilisés.

Malgré la mise en place de la démarche d'harmonisation du risque interne (*HARI*), au 31 décembre 2022, les CAF affichent encore des résultats hétérogènes. Malgré un resserrement des écarts entre caisses par rapport à l'exercice précédent, la persistance de ces disparités confirme l'existence de marges d'amélioration de la qualité de la liquidation.

d) Les erreurs résiduelles imputables aux opérations effectuées par les CAF, après contrôle interne⁵⁸

La Cnaf calcule chaque année un indicateur de risque financier résiduel affectant les opérations effectuées par les CAF, qui retrace le montant des erreurs résiduelles non détectées après six mois et attribuables à des erreurs internes aux caisses.

Cet indicateur s'établit à 1,7 %⁵⁹ en 2022 (soit 1,2 Md€), sans évolution significative par rapport à 2021 (1,6 %, et 1,2 Md€). Comme les exercices précédents, une part prépondérante du montant des erreurs (75 %) porte sur le RSA, les aides au logement et la prime d'activité.

Ces résultats sont en contraste avec l'évolution des indicateurs nationaux de qualité de la liquidation (IQL), qui mesurent la fréquence des erreurs de liquidation des pièces par les agents des CAF. En 2022, ces indicateurs se sont à nouveau dégradés, traduisant une efficacité insuffisante du dispositif de maîtrise des risques. En effet, en nombre, 6,1 % des liquidations de pièces étaient erronées en sortie de liquidation (contre 5,9 % en 2021). L'indicateur perd 0,2 point chaque année depuis 2020, et a franchi pour la première fois la barre des 6 %. Au terme d'un délai de six mois. À la suite de certains contrôles *a posteriori*, le taux d'erreur avec impact financier s'établit à 3,7 % (contre 3,6 % en 2021), également en dégradation progressive depuis 2020.

La Cnaf verse à la Cnav des cotisations au titre de l'AVPF (5 Md€ en 2022). Sauf exception de portée limitée⁶⁰, la Cnaf ne mesure pas

⁵⁸ Les mesures de risque résiduel relatives aux données déclarées prises en compte pour liquider les prestations et aux opérations effectuées par les CAF ne peuvent être additionnées dans la mesure où une partie des erreurs relève concomitamment de ces deux catégories.

⁵⁹ Compte tenu de la taille de l'échantillon, le taux est compris, avec une probabilité de 95 %, entre 1,37 % et 2,02 % du montant des prestations versées, soit respectivement 1 Md€ et 1,5 Md€.

⁶⁰ Les droits à l'AVPF procèdent pour l'essentiel d'une détection automatisée. La part des liquidations manuelles, sur lesquelles portent des cibles spécifiques de contrôle, représente seulement 0,3 % du montant des cotisations versées à la branche vieillesse.

l'incidence sur les droits à l'AVPF et le montant de ces cotisations des erreurs qui affectent l'attribution des prestations ouvrant droit à l'AVPF sous certaines conditions. Cet état de fait induit une limitation à l'audit.

À la MSA, après une dégradation importante des résultats de l'indicateur de risque résiduel entre 2020 (1,8 %) et 2021 (2,8 %), dû notamment à la réforme des aides au logement, l'exercice 2022 est marqué par une amélioration de celui-ci avec un taux d'erreurs résiduelles s'établissant à 1,63 %, soit un peu moins que le niveau de 2020.

5 - Les erreurs affectant les prestations extra-légales d'action sociale

a) Les risques liés aux données déclarées par les bénéficiaires des aides et aux opérations internes aux CAF

Le nouveau dispositif de contrôle interne intégré à l'outil de gestion de l'action sociale en fonction d'une analyse par risque, ne couvre pas l'ensemble des risques (validation automatique sans contrôle des déclarations prévisionnelles et de cas signalés par les contrôles embarqués comme des anomalies potentielles).

La mise en œuvre des contrôles permanents des prestations d'action sociale est insuffisamment supervisée, un seul type d'incohérence déclarative étant vérifié.

La qualité de la liquidation des prestations d'action sociale n'est toujours pas mesurée par un indicateur spécifique.

Des biais affectent le ciblage des structures financées au titre de l'action sociale à contrôler sur place et la mesure de l'efficacité des contrôles réalisés. En particulier, l'objectif de contrôle exprimé en termes de volume financier (soit 8 % des montants versés en 2022) peut conduire à exclure certains types de structures (considérées comme présentant un rendement financier faible au regard des objectifs de contrôle).

b) Les erreurs résiduelles affectant les prestations d'action sociale collective, après contrôle interne

L'indicateur de risque financier résiduel affectant les prestations d'action sociale collective, portant sur les erreurs ayant une origine déclarative constatées à 24 mois continue de présenter d'importantes limites méthodologiques. Il se dégrade en 2022, les erreurs affectant les aides versées en 2020 s'établissant à 4,0 % des charges de prestations

rattachées à un exercice affecté par la crise sanitaire, soit 81 M€⁶¹ (contre 2,8 % et 78 M€ pour les aides versées en 2019). Le risque résiduel propre aux opérations internes aux CAF n'est toujours pas évalué.

c) L'estimation des charges à payer

Les charges d'action sociale de l'exercice sont essentiellement constituées de charges à payer (5,3 Md€ sur 6,2 Md€ en 2022). En effet, les montants définitifs dus aux structures aidées en fonction de leur activité ne sont connus qu'au cours de l'exercice suivant. Ces charges sont calculées en fonction du budget prévisionnel des structures, mis à jour principalement au mois de septembre de l'exercice et, pour une part plus réduite, au mois de novembre.

Les modifications apportées à la méthode d'estimation des charges à payer n'ont toutefois pas permis d'en améliorer significativement les résultats.

6 - Le recouvrement des indus sur prestations

Les directives mises en œuvre en matière de recouvrement des créances ne sont pas conformes aux dispositions applicables en matière de prescription en cas de manœuvres frauduleuses. En effet, par exception aux dispositions de droit commun, l'action en recouvrement des indus résultant de manœuvres frauduleuses ou de fausses déclarations peut être mise en œuvre, quelle que soit la date de paiement, pendant un délai de cinq ans à compter de la découverte du caractère frauduleux de l'indu. Or, la Cnaf⁶² considère, à tort, que le point de départ de la prescription est la date d'envoi de la notification pour tous les indus (frauduleux ou non). De même, elle limite l'assiette des indus frauduleux aux paiements effectués dans les 5 ans précédant la notification de l'indu (trois ans dans les faits compte tenu des limites du système d'information). Or, le calcul de l'indu lui-même doit porter sur l'ensemble des prestations versées à tort, sans limitation de durée en cas de fraude (la seule limite est le délai de 20 ans prévue à l'article 2232 du code civil).

Les modalités du recouvrement des créances respectent imparfaitement le cadre juridique du décret n°2021-306 du 23 mars 2021.

⁶¹ Compte tenu de la taille de l'échantillon, le taux est compris, avec une probabilité de 95 %, entre 3,4 et 4,6 % du montant des prestations versées, soit respectivement 69 M€ et 94 M€.

⁶² Dans une instruction n° 2021-052 du 22 décembre 2021.

Ainsi, le recouvrement intervient parfois avant la date d'exigibilité des créances. Les notifications d'indus ne comportent qu'une partie des mentions obligatoires. Ces situations entraînent une incertitude sur le montant des créances d'indus comptabilisées par la branche à la clôture de l'exercice au titre de restes à recouvrer sur les prestations versées.

Alors que la réglementation exige l'envoi à l'allocataire d'une notification constatant le versement de prestations indues par tout moyen donnant date certaine à sa réception, la Cnaf considère la date d'une notification par courrier simple, effectuée pour une part prépondérante des envois, comme interruptive de prescription. En l'absence d'accusé de réception, un tel courrier ne répond pas à l'exigence (date certaine) fixée par la réglementation. La justification des créances d'indus comptabilisées s'en trouve affectée.

L'interfaçage des diverses applications permettant de gérer les créances sur les allocataires (*Cristal*, *Coral*, *Saturn*) conserve des fragilités de nature à affecter la mise en œuvre des actions de recouvrement.

En outre, malgré le déploiement d'un référentiel national, la codification des créances révèle des fragilités, ce qui induit notamment un risque de non-recouvrement pour cause de prescription.

En 2022, la forte augmentation de la charge d'activité de l'agence de recouvrement et d'intermédiation des pensions alimentaires (Aripa) est imputable à la généralisation de ce dispositif confié aux organismes débiteurs des prestations familiales. Dans ce contexte les limites fonctionnelles du système d'information en vigueur perdurent malgré la mise en place d'une application de gestion (Gaia), du portail destiné aux usagers et du portail s'adressant aux greffes et avocats pour transmettre les décisions et les demandes d'intermédiation. La gestion de l'intermédiation financière, le paiement de l'allocation de soutien familial (ASF) et le recouvrement des impayés de pensions alimentaires sont réalisés aujourd'hui par l'intermédiaire de trois applicatifs qui ne communiquent pas entre eux, ce qui expose l'Aripa à des risques significatifs d'erreurs internes.

L'indicateur relatif au taux de recouvrement ne prend en compte qu'une partie des créances recouvrables ce qui limite la portée du dispositif de pilotage et de maîtrise des risques du recouvrement par l'Aripa.

Opinion de la Cour sur les comptes

de la branche vieillesse de l'exercice 2022

La branche vieillesse assure le service des prestations de retraite de droit propre et de droit dérivé à 15 millions d'assurés du régime général, y compris les artisans-commerçants et professionnels libéraux non réglementés depuis le 1^{er} janvier 2018.

Les comptes de la branche vieillesse du régime général comprennent ceux de la Cnav, des 15 caisses d'assurance retraite et de la santé au travail (Carsat) et des 4 caisses générales de sécurité sociale (CGSS) pour leurs activités relatives à la retraite. Les comptes des Carsat font l'objet d'une combinaison partagée avec les branches AT-MP et maladie du régime général. Ceux des CGSS donnent lieu à une combinaison partagée avec ces mêmes branches, ainsi qu'avec l'activité de recouvrement et le régime agricole des non-salariés.

Les prestations de droit propre des travailleurs indépendants sont liquidées dans l'*Outil retraite* quand ils ont eu une activité salariée au cours de leur carrière. Les charges de prestations traitées dans ce système d'information représentent 134,5 Md€. Les autres prestations de retraite (droits propres sans activité salariée, droits dérivés et allocation de solidarité aux personnes âgées) restent liquidées dans l'application de l'ex-RSI (*Asur*). Les charges traitées dans cet outil représentent 7,8 Md€.

Au titre de l'exercice 2022, la branche vieillesse a comptabilisé 142,3 Md€ de charges de prestations légales et dégagé un résultat déficitaire de 2,9 Md€, contre un déficit de 1,1 Md€ au titre de l'exercice 2021.

A - Opinion de la Cour

En application des dispositions de l'article LO. 132-2-1 du code des juridictions financières, la Cour a effectué l'audit des comptes combinés de la branche vieillesse pour l'exercice clos le 31 décembre 2022, arrêtés le 14 avril par le directeur et le directeur comptable et financier de la Cnav, dont un résumé est annexé au présent rapport.

La Cour certifie que, sous réserve des incidences de l'anomalie et des insuffisances d'éléments probants décrites ci-après dans la section « Fondements de l'opinion de la Cour », les comptes de la branche vieillesse sont, au regard des normes comptables applicables aux organismes de sécurité sociale, réguliers et sincères et donnent, dans l'ensemble de leurs aspects significatifs, une image fidèle du résultat des opérations de l'exercice écoulé, ainsi que de la situation financière et du patrimoine de la branche à la clôture de l'exercice.

Par ailleurs, sans remettre en cause son opinion, la Cour appelle de nouveau l'attention sur les deux points particuliers suivants relatifs à la compréhension des états financiers de la branche vieillesse.

Malgré une solidarité financière de fait avec celle-ci, le Fonds de solidarité vieillesse (FSV) n'est pas intégré au périmètre des comptes combinés de la branche vieillesse du régime général de sécurité sociale. Le résultat de cette dernière s'en trouve dégradé en 2022, puisque son déficit (2,9 Md€) devrait être minoré à hauteur de la quote-part du résultat du FSV devenu bénéficiaire en 2022 et se réduire ainsi à 1,7 Md€ au total.

L'annexe aux comptes de la branche vieillesse⁶³ ne mentionne pas les engagements pluriannuels à l'égard des titulaires d'une pension de retraite au 31 décembre 2022 et de leurs ayants droit, appréciés et évalués en fonction des règles de droit en vigueur à cette date. En l'absence de mécanismes d'équilibrage automatique des résultats de la branche vieillesse, les pensions de retraite déjà attribuées ou qui seront liquidées au titre des droits déjà acquis par les cotisants dans leurs comptes de carrière et dont le versement se poursuivra sur plusieurs exercices constituent des charges futures de nature à affecter le montant et la consistance du patrimoine de la branche, au cours des exercices à venir. Elles répondent ainsi à la définition des engagements hors bilan au sens du plan comptable général et peuvent être évaluées de manière fiable.

⁶³ Contrairement à l'annexe du compte général de l'État, qui fournit également une estimation du besoin de financement actualisé du régime des pensions civiles et militaires.

B - Fondements de l'opinion de la Cour

La Cour a constaté que les comptes de la branche vieillesse de l'exercice 2022 sont affectés par une anomalie significative.

Pour six autres cas, elle ne dispose pas d'éléments probants suffisants qui permettraient d'écarter le risque d'anomalies significatives dans les comptes.

Compte tenu du caractère significatif des écarts entre les opérations effectuées et par conséquent comptabilisées et celles qui auraient dû l'être si les règles de droit propres à ces opérations avaient été appliquées dans tous les cas, le contrôle interne a un caractère insuffisamment probant pour la maîtrise des risques de portée financière ayant une incidence sur les comptes de la branche vieillesse. Faute d'intégrer les actifs et passifs qui auraient résulté d'un contrôle interne efficace, les comptes de la branche vieillesse reflètent imparfaitement ses droits et obligations à l'égard des assurés sociaux (cas des données de carrière à l'origine des droits à retraite et des charges de prestations de retraite, voir partie D2 à 4).

C - Anomalie significative

La Cour avait relevé dans son rapport de certification des comptes du régime général de 2021 que la comparabilité des produits de prélèvements sociaux des travailleurs indépendants et du résultat de la branche entre les exercices 2020 et 2021 n'était pas assurée⁶⁴.

La seule information dans l'annexe aux comptes de la branche ne permet pas d'apprécier de façon satisfaisante les effets de cette atteinte à l'image fidèle des comptes de 2021, rappelés dans ceux de l'exercice de 2022. En outre, cette présentation ne rend pas compte de la portée des décisions adoptées par le Parlement. En effet, sur ce dernier point, l'article 1^{er} de la LFSS pour 2023 a approuvé pour 2021 un montant de recettes de la branche de 0,7 Md€ inférieur à celui ressortant des comptes approuvés par les branches du régime général, du fait d'une correction portant sur les produits de prélèvements sociaux des travailleurs indépendants. Le résultat pour 2021 est affecté pour le même montant.

Les montants des corrections à opérer dans les comptes *pro forma* pour 2021 demandés par la Cour correspondaient à ceux retenus par le Parlement. En l'absence de production de comptes *pro forma* pour 2021

⁶⁴ Cour des comptes, *Rapport de certification des comptes du régime général de sécurité sociale – Exercice 2021*, mai 2022.

reprenant ces éléments, la comparabilité des produits de prélèvements sociaux des travailleurs indépendants et du résultat entre 2021 et 2022 n'est pas assurée.

D - Insuffisances d'éléments probants

1 - Les faiblesses du cadre général du contrôle interne

a) La conception du dispositif national de contrôle interne

La branche vieillesse déploie un système de management intégré qui a notamment pour objet d'améliorer l'évaluation des moyens de maîtrise des risques affectant les droits et prestations de retraite liquidés dans l'*Outil retraite*. Ce déploiement est progressif et ne s'achèverait qu'en 2025. Alors même que les indicateurs de qualité de la liquidation ne font pas apparaître d'amélioration en 2022, l'absence de réalisation par la Cnav d'une revue de pilotage nationale sur les premiers processus à fort enjeu couverts par ce système de management (référentiels de performance relatifs aux attributions de droit propre, droit dérivé et Aspa, aux révisions de service, service administratif national chargé de l'identification des assurés nés à l'étranger –Sandia) la prive d'éléments d'appréciation du niveau de maîtrise de risques propres à ces derniers.

Le défaut de représentation consolidée et exhaustive de la réalité et des résultats des actions de maîtrise des risques applicables aux droits et prestations de retraite des travailleurs indépendants ne permet toujours pas, en 2022, une actualisation de la nature et de la criticité des risques affectant le traitement de leurs dossiers dans l'application du système unique de retraite (*Asur*).

b) La couverture des risques relatifs au système d'information

Malgré des progrès, les exigences réglementaires applicables en matière de sécurité des systèmes d'information ne sont que partiellement satisfaites. Les dispositifs de contrôle relatifs à la sécurité du système d'information, notamment au sein des Carsat, ne couvrent pas certains risques (le référentiel de maîtrise des risques n'a pas été revu suite à la mise en œuvre de la nouvelle politique de sécurité). La supervision par la Cnav de leur mise en œuvre et de leur pertinence reste insuffisante, seule la direction de la validation des comptes effectuant quelques contrôles, sur un périmètre limité.

La gestion des habilitations aux applications métier présente des faiblesses récurrentes en raison de l'hétérogénéité des organisations entre les organismes du réseau de la Cnav et de l'absence de définition de profils métiers nationaux par cette dernière. De plus, les revues d'habilitations locales ne couvrent que certains profils.

Bien que le dispositif de gestion des incidents techniques ait été renforcé, la gestion des incidents fonctionnels est toujours affectée par des faiblesses récurrentes. En effet, elle est effectuée dans le cadre de plusieurs outils. Les engagements de service ne sont que partiellement formalisés et des indicateurs font encore défaut pour assurer le pilotage de ce processus. Le nombre d'incidents déclarés a diminué de 18 % en 2022 tandis que ceux relatifs au nouveau système de régularisation des carrières (*Syrca*) ont sensiblement augmenté au cours de l'exercice.

Pour sa part, le processus de gestion des problèmes ne couvre pas les incidents fonctionnels et reste peu intégré à la gestion des incidents, ce qui en limite l'efficacité.

Le système national de gestion des carrières (*SNGC*) et le répertoire de gestion des carrières unique (*RGCU*), qui doivent coexister⁶⁵ jusqu'à l'arrêt de l'*Outil retraite*, connaissent toujours des problèmes de synchronisation de leurs données. Par ailleurs, la migration, en avril 2022, des données de carrière des travailleurs indépendants dans le *RGCU* reste incomplète. Des anomalies ont été relevées, rendant nécessaires des corrections manuelles par les agents de la valorisation de ces carrières dans le *RGCU*.

c) La portée de la lutte contre les fraudes

En 2022, la Cnav a poursuivi sa démarche d'évaluation du montant potentiel de fautes et de fraudes aux prestations de retraite. À partir d'un sondage aléatoire d'un échantillon de 2 000 dossiers en paiement fin décembre 2020, la Cnav évalue le préjudice annuel des fraudes ou fautes à 0,2 milliard d'euros⁶⁶.

⁶⁵ En 2022, les données de carrière du *SNGC* restent utilisées pour les régularisations de carrière jusqu'au décommissionnement de l'*Outil retraite* et du déploiement complet du système de régularisation des carrières. Les données du *RGCU* désormais utilisées pour les liquidations de droit avec l'*Outil retraite* sont régulièrement synchronisées avec celles du *SNGC*.

⁶⁶ Compte tenu de la taille de l'échantillon et de ses caractéristiques, le montant réel des préjudices annuels des fraudes ou fautes est compris entre 0,04 et 0,4 Md€ avec une probabilité de 95 %, autrement dit un risque d'erreur de 5 %.

Le résultat obtenu à partir d'une méthode éprouvée sur le plan statistique, est toutefois à considérer avec précaution. En effet, l'évaluation statistique d'un taux de fraude proche de zéro ne signifie pas que la fraude n'existe pas. La fraude constituant selon la Cnav un évènement rare, la taille réduite de l'échantillon et les modalités de sa constitution, prennent trop faiblement en compte cette situation. Cela ne permet pas une réelle exploitation de ces résultats, et encore moins un suivi d'année en année sur le niveau de la fraude.

Le dispositif de prévention et de lutte contre les fraudes externes connaît de nouveaux progrès, en particulier en détectant une proportion grandissante d'irrégularités à caractère potentiellement frauduleux ou fautif. Cependant, les caisses exploitent ces signalements internes dans une mesure variable et le taux moyen de sélection en vue de leur contrôle par les caisses des dossiers ciblés a baissé. Par ailleurs, désormais effective dans le réseau, l'utilisation par les caisses de l'*outil de gestion des alertes (Ogeda)* contribue à un meilleur pilotage de l'activité et fiabilise les indicateurs produits.

Le contrôle de l'existence des assurés titulaires de prestations de retraite qui résident à l'étranger repose sur l'envoi de certificats d'existence par ces derniers et, de manière croissante, sur des échanges informatisés de données avec des organismes de protection sociale étrangers. En 2022, des accords d'échanges de données couvraient six pays européens à enjeu, à l'exception du Portugal. Aucun accord n'est signé avec des pays extra-européens. Les expérimentations en cours en Algérie ont permis d'identifier des décès non signalés ou des suspicions de fraude, qui exposent la branche à un risque de paiement à tort.

Le traitement par reconnaissance optique des certificats d'existence signés par une autorité locale, mis en œuvre par l'Agirc-Arrco pour le compte des régimes de retraite dans le cadre du GIP Union retraite présente toujours un très faible niveau de validation automatisée. Celui-ci doit être compensé par des traitements manuels. Les supervisions effectuées par la Cnav sur les certificats validés dans le cadre de ce dispositif font apparaître une amélioration continue de leur taux de non-conformité (environ 5 % contre 6 % en 2021 et 10 % en 2020). Ces non-conformités continuent néanmoins d'exposer la branche à un risque significatif de paiement à tort de pensions à l'étranger.

Alors que l'utilisation du numéro identifiant d'attente (NIA), dont la généralisation est désormais prévue par la loi⁶⁷, prévient plus efficacement les fraudes éventuelles que les NIR d'attente actuellement

⁶⁷ Article L. 114-12-3-1 du code de la sécurité sociale, créé par la LFSS 2021.

utilisés par la branche, la Cnav n'a pas encore fixé d'échéance pour l'appliquer.

En dépit de progrès constatés en 2022, le dispositif de prévention et de détection de la fraude interne couvre encore imparfaitement certains risques auxquels est exposée la branche, notamment au titre d'opérations relatives aux travailleurs indépendants traités dans *Asur*. De plus, les caisses locales continuent de mettre en œuvre le plan national de lutte contre la fraude interne selon des conditions hétérogènes.

De même, les risques de fraude propres aux situations de cumul d'habilitations sont insuffisamment couverts par le dispositif de contrôle interne dans les applications de gestion des comptes des titulaires de prestations (plus de 7 000 cumuls relevés au 31 décembre 2022). Tel est notamment le cas des dossiers de travailleurs indépendants traités dans *Asur* et pour certains schémas de fraude au sein de l'outil de gestion des comptes des titulaires de prestations

*d) Les risques spécifiques affectant la gestion des données
de paiement et des paiements des prestations*

Des faiblesses persistantes continuent à affecter le dispositif de contrôle interne des activités de gestion des comptes des titulaires de prestations. D'une part, les taux de contrôle définis par la caisse nationale sur les activités de traitement des successions et représentations ne garantissent pas une maîtrise suffisante des risques d'anomalies. D'autre part, les limites fonctionnelles des outils de sélection et de traçage des contrôles perdurent.

Le dispositif de maîtrise des risques relatifs aux activités de gestion des comptes des titulaires de prestations réalisées dans *Asur* a été déployé au sein du réseau. Le caractère hétérogène de sa mise en œuvre et l'absence d'analyse consolidée des résultats au plan national en limitent la portée. Les dispositifs de pilotage de ces activités renforcés fin 2021 ne permettent toujours pas de réduire les lacunes du pilotage national du contrôle au titre des travailleurs indépendants.

L'absence d'outil intégré de contrôle des données de paiement des titulaires de prestations gérées dans *Asur* ne facilite pas la sélection, la réalisation de contrôles *a priori* et *a posteriori*, ni leur suivi consolidé à l'échelon national en vue d'une analyse de leurs résultats. Par ailleurs, en dépit de la duplication des données des salariés de l'*Outil retraite* vers *Asur*, effective à compter de juillet 2022, le risque de désalignement entre ces deux outils des données relatives à la même personne persiste pour les

dossiers les plus anciens Le caractère incomplet de cette opération de duplication ne permet en effet pas de traiter ce stock.

La séparation des tâches entre les activités de paiement des prestations et de gestion des comptes des titulaires de prestations reste imparfaitement assurée, en raison de la persistance de cumuls d'habilitations entre ces activités.

Enfin, les dispositifs de contrôle interne des opérations de paiement et de comptabilisation des charges, correctement mis en œuvre au sein du réseau, présentent encore dans plusieurs caisses des limites liées notamment aux outils employés à cette fin (dépendance à l'égard d'outils bancaires externes pour fixer un seuil d'alerte, suivi insuffisamment automatisé des arrêts et des réaffectations manuelles de paiement).

2 - Les anomalies affectant les données de carrière à l'origine des droits à retraite

Les droits à retraite personnelle des salariés sont liquidés en fonction de données reportées dans leurs comptes de carrière du système national de gestion des carrières (SNGC) et, depuis novembre 2021, dans le *RGCU* et régularisées préalablement à leur liquidation.

a) Les risques liés à l'alimentation primaire des comptes de carrière

Le *SNGC* est alimenté par les déclarations sociales des employeurs (31 % des reports), par les données relatives à des « périodes assimilées » à des périodes d'assurance adressées par Pôle emploi, par l'assurance maladie (21 %), par des données de salaire (chèque emploi-service universel et prestation d'accueil du jeune enfant) ou équivalents de salaires, comme l'assurance vieillesse des parents au foyer (13 %) et enfin par des données provenant d'autres régimes de sécurité sociale (35 %).

Les éléments recueillis dans le cadre de l'audit ne permettent pas de disposer d'une assurance raisonnable sur l'exhaustivité et l'exactitude des données de carrière transmises par les organismes sociaux partenaires et intégrées au *SNGC*. Les conventions d'échange de données avec les organismes sociaux partenaires ont un contenu insuffisamment contraignant ou ne sont pas actualisées. Les éléments probants font défaut pour apprécier la réalité et l'efficacité des contrôles destinés à garantir la fiabilité des données mis en œuvre par les partenaires de la Cnav. Celle-ci développe actuellement des dispositifs de contrôle en ce sens comme le requêtage sur les DSN ou encore la vérification par échantillonnage. Elle

ne s'est toutefois pas encore dotée de moyens efficaces de corroboration statistique des flux de données adressés par ses partenaires.

Malgré la bascule des données vers le *RGCU*, les contrôles automatisés du *SNGC* (qui reste utilisé pour la gestion des carrières), visant à sécuriser ces données avant leur intégration aux comptes de carrière des assurés n'ont pas évolué et restent eux-mêmes incomplets.

La détermination des équivalents salaires liés à l'AVPF notifiés par la Cnaf à la Cnav et reportés aux comptes de carrière des assurés, ainsi que les cotisations versées à ce titre (5 Md€), sont affectées par des erreurs relatives à l'attribution et au calcul des prestations familiales qui y ouvrent droit. La portée des risques correspondants n'est pas appréciée par la Cnaf et par la Cnav. Il est renvoyé sur ce point à la motivation de l'opinion de la Cour sur les comptes de la branche famille (cf. D-4).

Les contrôles réalisés sur les données contenues dans les déclarations sociales effectuées par les employeurs ne réduisent, pour leur part, que partiellement les risques d'absence d'exhaustivité ou d'inexactitude des reports effectués aux comptes de carrière des assurés. Plus particulièrement, les opérations de fiabilisation des données individuelles des salariés transmises par les déclarations sociales nominatives (DSN) menées conjointement par l'Acoss et la Cnav portent sur un périmètre étroit. La fiabilisation des données individuelles des travailleurs indépendants n'a quant à elle toujours pas été engagée.

Un nombre croissant de déclarations dématérialisées et d'anomalies détectées par les contrôles automatisés de cohérence demeure en attente d'intégration (43 millions au 31 décembre 2022 contre 38 millions au 31 décembre 2021). Malgré certains progrès, comme la délégation à une caisse de la mission de traitement de ces données en attente, le dispositif de maîtrise des risques du traitement de ces données est insuffisamment probant.

b) Les régularisations de carrière

Les régularisations de carrière ont pour objet de sécuriser les données reportées aux comptes de carrière des assurés en amont de la liquidation de leurs droits à retraite. Elles constituent ainsi un enjeu majeur pour le paiement à bon droit des prestations de retraite. En effet, plus de la moitié des erreurs définitives après contrôle interne affectant les prestations liquidées et mises en paiement proviennent de données de carrière absentes ou erronées et, à ce titre, d'un échec de cette procédure.

L'application de régularisation des carrières (*Syrca*) est déployée sur un périmètre encore réduit de fonctionnalités. La coexistence de *Syrca* avec l'*Outil retraite*, dans lequel ont été maintenues certaines fonctionnalités relatives aux régularisations de carrière, crée de nouveaux risques opérationnels. Les moyens de maîtrise des risques affectant les régularisations de carrière ne comprennent pas de contrôles intégrés faisant apparaître les anomalies potentielles à traiter. En outre, les supports techniques mis à la disposition des agents définissent les points d'attention pour fiabiliser les données de carrière mais ne couvrent pas les risques liés à l'application erronée de la réglementation, à l'omission d'informations utiles à la justification des régularisations effectuées ou encore à la survenance d'erreurs d'inattention.

Malgré l'accès facilité à certaines données externes et le gain de temps pour procéder aux régularisations qu'il permet, le basculement des données relatives aux travailleurs indépendants dans le *RGCU* en avril 2022 a mis en lumière de nombreux blocages. Ceux-ci ont conduit les techniciens à utiliser des calculettes pour pallier les erreurs de paramétrage du nouveau système d'information et ce qui ne contribue pas à ce stade à améliorer la qualité de la liquidation.

La suspension par certaines caisses des régularisations anticipées de carrière en faveur des demandeurs d'emploi indemnisés, en contradiction avec la convention avec l'Unédic, prive la branche vieillesse de leviers d'amélioration de la qualité des données reportées aux comptes de carrière des assurés et ensuite prises en compte pour liquider leurs prestations.

3 - Les risques liés aux données relatives aux cotisations versées par les travailleurs indépendants

Le processus de gestion par la Cnav des flux informatisés de données transmis ou échangés avec l'Acosse couvre le risque de défaut d'exhaustivité des données individuelles de carrière relatives aux travailleurs indépendants. En revanche, limité à la vérification formelle de la correcte intégration des flux, il ne couvre pas celui d'inexactitude de ces mêmes données, lacune que la Cnav travaille à pallier.

En dépit des travaux d'amélioration en cours, l'exactitude des données individuelles de carrière relatives aux travailleurs indépendants est affectée par les faiblesses du processus de gestion des flux informatisés de données transmis ou échangés avec l'Acosse. Ainsi, le dispositif ayant pour objet de garantir l'exactitude des données de cotisations prises en compte pour ouvrir les droits aux retraites de base et complémentaires des travailleurs indépendants n'est pas encore opérationnel. De plus, l'évolution

de l'environnement informatique de la Cnav en 2022, notamment liée à la migration des données de carrière des travailleurs indépendants au sein d'un outil du RGCU expose à de nouveaux risques. Notamment la migration des données de carrière des travailleurs indépendants au sein d'un outil du RGCU a révélé des risques affectant l'intégrité des données.

Alors que les applications de l'ex-RSI le permettaient, le RGCU ne dispose pas en 2022 de fonction d'extraction en masse de données de carrière qui pourraient être rapprochées des données de cotisations dont dispose l'activité de recouvrement (SNV2). L'absence de cette fonction constitue une limitation nouvelle et significative aux travaux d'audit qui réduit le niveau d'assurance apporté par le nouveau dispositif.

Alors que les données de cotisation des travailleurs indépendants transmises par l'Acosson sont supposées ne subir aucune modification avant leur exploitation par la branche vieillesse, les tests de rapprochement réalisés sur un échantillon réduit et portant sur les montants de cotisations de retraites de base et complémentaire montrent que les risques d'écarts persistent. Cela ne permet donc toujours pas de disposer d'une assurance raisonnable quant à l'exactitude du décompte des droits à prestations effectué consécutivement à l'intégration de ces données au sein des outils de la branche vieillesse.

Enfin, l'insuffisante fiabilité des données de revenus professionnels extraites des relevés de carrière affecte l'exactitude des pensions d'invalidité liquidées pour les travailleurs indépendants.

4 - Les erreurs affectant les attributions de prestations

En 2022, les caisses de la branche vieillesse ont attribué plus de 916 000 prestations (dont 81 % de droit propre et 19 % de droit dérivé) au moyen de l'*Outil retraite*, soit un nombre en nette augmentation (+ 11 %) par rapport à l'année précédente, et 31 300 dans *Asur* (dont 15 % de droit propre et 85 % de droit dérivé). Elles représentent 7,5 Md€ de charges annuelles supplémentaires (contre 6,4 Md€ en 2021).

a) Les supervisions internes aux services ordonnateurs

Les services ordonnateurs commettent de fréquentes erreurs de portée financière quand ils liquident les prestations de retraite.

En 2022, la branche poursuit la mise en œuvre d'un plan qualité qui s'inscrit dans la continuité des actions engagées en 2021. Ce plan fixe des objectifs nationaux de court terme portant les instructions de dossiers à

enjeux financiers immédiats et les plus à risque (notamment liquidations d'Aspa et rejets à tort). Il fixe également des objectifs de long terme, portant sur des axes d'amélioration plus généraux (gestion des ressources et des pièces justificatives, formation des agents). L'atteinte de ces objectifs repose notamment sur un renforcement de la maîtrise des risques partagée par les services de l'ordonnateur et de contrôle des directions comptables et financières.

Le plan socle de supervision des services ordonnateurs relève, sur un périmètre restreint des droits, des résultats très contrastés au sein de la branche. L'absence de communication à la Cour des données de supervision exhaustives de la branche au titre de l'exercice ne permet pas d'apprécier la mobilisation particulière de la branche à ce titre. Sa portée est limitée par le caractère déclaratif des résultats des caisses et l'hétérogénéité de sa mise en œuvre.

Les consignes nationales de supervision pour 2022 couvrent désormais les dossiers de travailleurs indépendants traités dans *Asur*. Le dispositif de supervision de la liquidation des retraites de base ou complémentaires dans cet outil contribue insuffisamment à la maîtrise des risques d'erreur qui les affectent. Sa portée est amoindrie par une mise en œuvre hétérogène entre les caisses et par une consolidation partielle de ses résultats au plan national. Ces limites sont accentuées par la rareté des compétences techniques dans les caisses pour la supervision de ces dossiers.

b) Les contrôles des directions comptables et financières

En 2022, le taux moyen de contrôle *a priori* des prestations liquidées par les Carsat dans l'*Outil retraite* a baissé de près de 18 points par rapport à l'exercice précédent (33,0 % contre 51 % en 2021 et 59,4 % en 2020). Cette baisse s'inscrit dans un contexte d'évolution de la politique de contrôle de la branche ayant entraîné une dissociation du contrôle de la phase de régularisation des carrières de celle associée à l'attribution d'un droit (mis en œuvre depuis le dernier trimestre 2021).

Sur la base d'un ciblage toujours fondé sur une analyse automatisée du niveau présumé de risque, le nombre de dossiers contrôlés en 2022 est resté stable. Dans ce contexte, le taux de dossiers contrôlés pour les seules attributions de droits personnel a diminué de 23 points (30 %) les contrôles sur l'attribution de l'allocation de solidarité aux personnes âgées Aspa ne couvre plus que 30 % des prestations attribuées (contre 50,3 % en 2021 et 73 % en 2020).

Alors que la capacité des directions comptables et financières à détecter avant paiement les erreurs de liquidation s'était redressée en 2021

(59,3 %), celle-ci se dégrade de plus de 4 points en 2022 (54,9 %) et n'a toujours pas retrouvé l'efficacité qui était la sienne il y a 7 ans (66,7 %).

c) Les erreurs résiduelles affectant les attributions et les révisions de droit, après contrôle interne, des dossiers liquidés dans l'OR

La Cnav mesure annuellement la fréquence et la portée financière des erreurs qui affectent à titre définitif les premières attributions et révisions de droit (cf.4 *infra*). Cette mesure porte sur des opérations qui ont fait ou non l'objet d'un contrôle des directions comptables et financières sur les prestations liquidées préalablement à leur mise en paiement.

La fréquence et l'incidence financière des erreurs résiduelles de liquidation dans l'*Outil retraite* ont été déterminées, en 2022, à partir du contrôle d'un échantillon de 10 601 dossiers couvrant tous les types de prestations⁶⁸ liquidées par les Carsat⁶⁹.

Des changements intervenus dans la méthode d'élaboration des indicateurs pour l'exercice 2022 limitent la comparabilité des indicateurs produits d'une année sur l'autre, ainsi que l'appréciation de l'évolution de la qualité de liquidation au sein des caisses.

Selon les données transmises par la Cnav, la fréquence des erreurs de portée financière s'établit à 13 % en 2022⁷⁰.

La fréquence des erreurs résiduelles portant sur les seules instructions de l'exercice a augmenté en 2022 (10 % contre 9 % en 2021), malgré une mobilisation de la branche sur les enjeux de la qualité de liquidation. Cette dégradation de la qualité de la liquidation démontre qu'une part majoritaire des erreurs résiduelles a une cause contemporaine.

Les changements de méthode introduits pour l'exercice 2022 dans la procédure de contrôle *a posteriori* ont un effet sensible sur l'indicateur relatif à la fréquence des erreurs de portée financière. Ainsi, la prise en compte par la Cnav de trois motifs de neutralisation des erreurs améliore le taux d'erreur de 2 points, soit 13 % au lieu de 15 % à périmètre comparable. À méthode comparable à celle retenue en 2021, plus d'une retraite sur sept liquidée en 2022 comporte une erreur de portée financière.

⁶⁸ Droits personnels, droits dérivés, droits non contributifs (ASPA notamment), avantages complémentaires (majoration enfant, majoration tierce personne, etc.). Les dossiers relevant des caisses d'outre-mer sont exclus de ces indicateurs.

⁶⁹ Les prestations liquidées Outre-Mer ne sont pas prises en compte dans ces indicateurs.

⁷⁰ Compte tenu de la taille de l'échantillon, ce résultat donne une assurance à 95 % que la fréquence est comprise entre 12,4 % et 13,7 %.

L'analyse des résultats par caisse démontre comme en 2021, le poids prépondérant des erreurs de liquidation à la Cnav en Île-de-France et dans le calcul des indicateurs, cette caisse comptant une fréquence d'erreur de près de 20 % sur les droits contrôlés.

Le taux d'incidence financière des erreurs résiduelles de liquidation commises par les caisses s'établit à 1,1 %⁷¹ du montant versé. Rapporté au montant des attributions de prestations au cours de l'exercice (6,4 Md€), il implique un montant probable d'erreurs de l'ordre de 70 M€⁷².

d) Les erreurs résiduelles affectant les attributions et les révisions de droit, après contrôle interne, des dossiers liquidés dans Asur

La fréquence et l'incidence financière des erreurs résiduelles de liquidation des retraites nouvellement attribuées dans l'outil *Asur* ont été déterminées, en 2022, à partir du contrôle d'un échantillon de 2 320 dossiers de retraites de base et complémentaires de travailleurs indépendants (contre 4 780 en 2021). La diminution marquée de l'échantillon global de contrôle par caisse en 2022 a réduit sa représentativité par rapport à l'ensemble des dossiers liquidés, ce qui affecte la précision des estimations réalisées au titre de l'exercice et la fiabilité des résultats déclinés à la fois par caisse et par type de droit.

Pour 2022, la fréquence des erreurs de portée financière poursuit sa forte dégradation par rapport à 2020 en s'établissant à 7 % pour l'ensemble des caisses de métropole⁷³ (contre 3,9 % en 2021 et 2,9 % en 2020).

Le taux d'incidence financière des erreurs en faveur ou au détriment des travailleurs indépendants s'établit à 0,7 %⁷⁴ du montant des prestations nouvellement mises en paiement, contre 0,3 % en 2021.

⁷¹ Compte tenu de la taille de l'échantillon, ce résultat donne une assurance à 95 % que le taux d'incidence financière est compris entre 0,9 % et 1,3 %. Sans le changement de méthode opéré en 2022 (prise en compte de motifs de neutralisation d'erreur), l'incidence financière s'établirait également à 1,1 % pour l'exercice 2022.

⁷² Les erreurs résiduelles sont majoritairement au détriment des assurés (63 % du taux d'incidence financière, soit 0,68 %). Rapporté au montant des prestations légales mises en paiement en 2022, l'impact net sur les comptes annuels serait une minoration des charges de 19 M€.

⁷³ Compte tenu de la taille de l'échantillon, ce résultat donne une assurance à 95 % que le résultat de l'indicateur est compris entre 6 et 9 % (contre une fourchette entre 3,3 % et 4,4 % en 2021).

⁷⁴ Compte tenu de la taille de l'échantillon, ce résultat donne une assurance à 95 % que le taux d'incidence financière est compris entre 0,4 % et 1,0 % (contre 0,2 % et 0,4 % en 2021).

Rapporté au montant des attributions de prestations au cours de l'exercice (140,4 M€), ce taux conduit à un montant probable d'erreurs de près d'1 M€ (0,6 M€ au titre de l'exercice précédent). L'évolution la plus marquée concerne les retraites complémentaires, dont le taux d'incidence financière est multiplié par près de deux en 2022 (0,8 %).

Par ailleurs, la grande hétérogénéité des niveaux d'erreurs entre les caisses et dans le temps dénote une sensibilité particulière de la branche à la variation des effectifs d'agents, souvent réduits, affectés à cette mission et maîtrisant la liquidation des retraites des travailleurs indépendants.

La procédure de contrôle *a posteriori* des dossiers liquidés dans *Asur* qui repose sur des actions correctement encadrées et formalisées, présente toujours en 2022 des fragilités. Celles-ci tiennent notamment à la réduction continue des effectifs chargés de la mettre en œuvre, au caractère non systématique du contrôle approfondi de la correcte adéquation des droits à retraite aux cotisations versées par l'assuré et à ses revenus professionnels déclarés ainsi qu'à l'actualisation encore en cours des procédures de contrôle à la suite du basculement des données vers le *RGCU*.

En outre, contrairement aux prestations liquidées dans l'*Outil retraite*, les mesures ne prennent toujours pas en compte les erreurs affectant l'Aspa, les rejets et les révisions de droit. De ce fait, la fréquence et l'incidence financière des erreurs résiduelles affectant les retraites liquidées dans *Asur* sont minorées.

*e) Les erreurs résiduelles sur les charges des exercices futurs
et de l'exercice écoulé*

S'agissant des prestations liquidées dans l'*Outil retraite*, la Cnav a renouvelé le calcul d'un taux d'incidence financière des erreurs de l'année mesurée sur la durée moyenne de service des prestations (soit 21,2 années). En 2022, ce taux s'établit à 0,7 %, contre 0,9 % en 2021. Les erreurs résiduelles affectant les attributions et révisions de droit intervenues en 2022 auraient, sur ces bases, une incidence financière cumulative en valeur absolue d'au plus 1 Md€ sur toute la durée de versement des prestations.

Par ailleurs, l'incidence des erreurs résiduelles commises en 2022 et au cours des exercices antérieurs sur l'intégralité des charges de prestations légales s'établit 0,6 %, soit une incidence financière des erreurs résiduelles évaluée à 0,7 Md€. Ce résultat continue de se dégrader par rapport à l'exercice précédent (0,5 %, soit une incidence de 0,6 Md€ en 2021).

5 - Les erreurs affectant les révisions de droit et de service

En 2022, les caisses de retraite ont effectué plus de 274 000 révisions de droit et près de 174 000 révisions de service. Les révisions de droit modifient rétroactivement les prestations attribuées depuis la date de leur entrée en jouissance. Les révisions de service conduisent ou non à modifier pour l'avenir la prestation versée. S'agissant des prestations traitées dans *Asur*, les limites de cette application ne permettent pas de distinguer ces catégories, ni de procéder à un décompte fiable des révisions effectuées.

a) Les révisions de droit

En 2022, le nombre de majorations de la pension de réversion et du minimum contributif en attente de calcul pour les salariés a continué de progresser (1,5 million de majorations en instance au 31 décembre 2022 pour un montant provisionné de 0,8 Md€), tandis que plus des trois quarts des majorations en faveur des travailleurs indépendants restaient en attente de calcul (plus de 530 000 majorations en instance pour un montant provisionné de 0,16 Md€).

En dépit de l'automatisation de l'ouverture des révisions de droit dans l'*Outil retraite*, le pilotage du dispositif de liquidation provisoire, qui permet de liquider une prestation de retraite sans détenir l'ensemble des pièces justificatives, demeure imparfaitement assuré. Les révisions de droit ne sont, en effet, pas systématiquement effectuées dans les délais fixés par la caisse nationale. S'agissant des dossiers des travailleurs indépendants, *Asur* ne permet toujours pas un suivi consolidé des délais de traitement des liquidations provisoires.

b) Les révisions de service

En 2022, le référentiel national diffusé par la Cnav aux caisses intègre la maîtrise des risques propres aux révisions de service. Toutefois, en l'absence d'actions de supervision des services ordonnateurs dans le plan de supervision du premier semestre 2022, ne permet pas de prévenir efficacement les risques d'erreur de liquidation. Dans ces conditions, la maîtrise des risques continue de reposer principalement sur les contrôles réalisés par les directions comptables et financières, mis en œuvre de manière hétérogène.

S'agissant des révisions traitées dans *Asur* et comme lors de l'exercice précédent, le manque de précision des informations disponibles

n'a pas permis à la Cour, cette année encore, d'apprécier la portée des actions de maîtrise des risques, ce qui induit une limitation à son audit.

c) Les erreurs résiduelles au titre des révisions de droit et de service

Les mesures des risques résiduels portant sur les attributions de prestations de retraite (voir *supra*) font apparaître qu'en 2022, près d'une révision de droit personnel sur six effectuée dans l'*Outil retraite* a comporté une erreur résiduelle en faveur ou au détriment des assurés (16,1 %, contre 22 % en 2021, 22,4 % en 2020 et 19,5 % en 2019). Pour leur part, les erreurs résiduelles affectant les révisions de droit dans *Asur* ne sont pas mesurées.

À partir d'un échantillon spécifique de dossiers, la Cnav mesure également les erreurs résiduelles propres aux révisions de service liquidées dans le seul *Outil retraite*. Des progrès ont été apportés à ses modalités de mise en œuvre en 2022. Cette mesure présente encore des limites qui affectent la portée des résultats : le nombre réduit de dossiers, les critères de sélection le périmètre retenu pour déterminer la fréquence et l'incidence financière des erreurs résiduelles des dossiers (exclusion des dossiers invalidés avec une incidence financière potentielle).

En 2022, cet échantillon présente une diminution notable par rapport à 2021 (- 10 %) mais reste supérieur au niveau de 2020 (près de 1 150 dossiers effectivement contrôlés, contre 1 280 en 2021 et 784 en 2020). Élargi depuis 2021 aux révisions n'ayant pas conduit à modifier le montant de la prestation versée, il permet désormais d'apprécier pleinement le risque financier résiduel affectant les révisions de service. Toutefois, le nombre réduit de dossiers contrôlés continue de limiter la précision de la mesure.

Le périmètre des révisions de service présentant une modification du montant de la prestation versée concentre plus des trois quarts des erreurs de portée financière. La part de ces dernières diminue en 2022 (8,7 %⁷⁵ contre 11,3 % en 2021). Leur montant agrégé en valeur absolue demeure comparable (0,3 %, contre 0,3 % en 2021). Ces résultats, bien qu'étant sur un périmètre distinct, diffèrent de façon notable de ceux des contrôles habituels mis en œuvre par les directions comptables et financières (qui ont conduit à détecter près de 20 % de dossiers ayant une erreur de portée financière, contre 19 % en 2021). La mesure du risque financier résiduel affectant les révisions de service a ainsi un caractère insuffisamment probant.

⁷⁵ Compte tenu de la taille de l'échantillon, ce résultat donne une assurance à 95 % que le taux d'incidence financière est compris entre 6,4 % et 11 %.

6 - Les provisions pour rappels de majorations en attente de calcul

Malgré un effort notable, en 2021, de fiabilisation des données présentes au répertoire d'échanges inter-régimes (EIRR), le nombre de majorations en attente de calcul de la pension de réversion (1,4 million) et du minimum contributif (0,6 million dont plus de la moitié sans calcul ni avance à l'assuré) progresse sensiblement (+ 7,7 % par rapport à 2021). Celles relatives aux dossiers des travailleurs indépendants restent à un niveau élevé (0,5 million). En l'absence d'automatisation, les majorations de pensions de réversion des travailleurs indépendants enregistrent un retard significatif (85 % n'ayant pas été calculées fin 2022, soit 411 000 majorations). La progression du stock des majorations en attente de calcul des anciens travailleurs salariés entraîne une augmentation des provisions, alors même que l'évaluation des provisions pour rappels de prestations légales EIRR conserve des faiblesses.

En effet, l'analyse du dénouement de cette provision manque de précision, conduisant à une estimation de la provision qui n'est pas en adéquation avec la réalisation de la charge observée, limitant le niveau d'assurance quant à sa correcte évaluation.

Opinion de la Cour sur les comptes

de la branche autonomie

de l'exercice 2022

Créée par la loi n°2020-992 du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie, dont les dispositions ont été complétées par la LFSS pour 2021, la branche autonomie est gérée par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), qui en est le seul organisme et se confond par conséquent avec elle. Ses missions, définies à l'article L. 223-5 du code de la sécurité sociale, sont notamment de veiller à l'équilibre financier de la branche et d'en établir les comptes. La CNSA est chargée de la gestion du risque.

Les comptes de la branche autonomie retracent les charges de prestations relatives au financement des établissements et services médico-sociaux (ESMS), de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH), des concours aux dépenses des départements relatives notamment à l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), à la prestation de compensation du handicap (PCH) ainsi qu'aux nouvelles mesures instituées par la LFSS 2022 (soutien au secteur du domicile et aux revalorisations salariales dans les ESMS).

Ne disposant pas d'un réseau propre d'organismes de base, la CNSA s'appuie principalement sur les réseaux des branches et régimes versant les prestations pour son compte (CPAM, CAF et MSA pour l'essentiel), sur les agences régionales de santé (ARS), ainsi que sur les services des conseils départementaux et des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH).

Au titre de l'exercice 2022, la branche autonomie a comptabilisé 36,2 Md€ de charges et dégagé un excédent de 240 M€, proche de celui de l'exercice 2021 (254 M€).

A - Opinion de la Cour

En application des dispositions de l'article LO. 132-2-1 du code des juridictions financières, la Cour a effectué l'audit des comptes de la branche autonomie pour l'exercice clos le 31 décembre 2022, arrêtés le 17 avril par la directrice et le directeur comptable de la CNSA, dont un résumé est annexé au présent rapport.

La Cour certifie que, sous réserve des incidences des anomalies et des insuffisances d'éléments probants décrites ci-après dans la section « Fondements de l'opinion de la Cour », les comptes de la branche autonomie sont, au regard des normes comptables applicables aux organismes de sécurité sociale, réguliers et sincères et donnent, dans l'ensemble de leurs aspects significatifs, une image fidèle du résultat des opérations de l'exercice écoulé, ainsi que de la situation financière et du patrimoine de la branche à la clôture de l'exercice.

Par ailleurs, sans remettre en cause son opinion, la Cour appelle l'attention sur un point particulier relatif à la compréhension des états financiers de la branche autonomie.

L'annexe aux comptes de la branche autonomie ne mentionne pas d'engagement à l'égard des titulaires de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé au 31 décembre 2022, appréciés et évalués en fonction des règles de droit en vigueur à cette date. Ces engagements peuvent pourtant être évalués de manière fiable⁷⁶.

B - Fondements de l'opinion de la Cour

La Cour a constaté que les comptes de la branche autonomie de l'exercice 2022 sont affectés par trois anomalies significatives.

Dans six autres cas, elle ne dispose pas d'éléments probants suffisants qui permettraient d'écarter le risque d'anomalies significatives dans les comptes.

⁷⁶ Pour sa part, l'État mentionne dans l'annexe à ses comptes des engagements au titre de l'allocation aux adultes handicapés, versée par les CAF et caisses de la MSA pour son compte.

Compte tenu du caractère significatif des écarts entre les opérations effectuées et par conséquent comptabilisées et celles qui auraient dû l'être si les règles de droit propres à ces opérations avaient été appliquées dans tous les cas, le contrôle interne a un caractère insuffisamment probant pour la maîtrise des risques de portée financière ayant une incidence sur les comptes de la branche autonomie. Faute d'intégrer les actifs et passifs qui auraient résulté d'un contrôle interne efficace, les comptes de la branche autonomie reflètent imparfaitement ses droits et obligations à l'égard des principaux tiers (cas des charges relatives aux financements des établissements et services médico-sociaux, à ceux aux conseils départementaux et à l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé, voir partie D4 à 6).

C - Anomalies significatives

1 - Des erreurs de classement des opérations comptabilisées

La présentation des états financiers est affectée d'erreurs de classement sur des postes importants, ce qui est susceptible de fausser leur compréhension.

La CNSA finance des opérations de restructuration, de création, d'extension et de mise aux normes des ESMS dans le cadre d'un plan d'aide à l'investissement (PAI) en affectant des crédits aux ARS. Fin 2022, les sommes restant à verser (753 M€) sont comptabilisées en provisions pour risques et charges techniques bien qu'elles présentent un caractère certain quant à leur réalisation et que leur montant puisse être évalué avec une faible incertitude. Elles auraient donc dû être classées en acomptes ou en charges à payer, en fonction de la nature des aides.

Le bilan est, par ailleurs, majoré à tort de 550 M€.

En outre, des incertitudes pèsent sur les montants comptabilisés au titre des relations financières avec la Cnam. Le tableau de réconciliation produit conjointement par la CNSA et la Cnam fait état de comptes non réciproques (écart de 134 M€), notamment du fait de divergences dans les montants des appels de trésorerie réalisés par les CPAM.

2 - Le défaut de comparabilité entre les exercices 2021 et 2022 des produits de prélèvements sociaux des travailleurs indépendants

La Cour avait relevé dans son rapport de certification des comptes du régime général de 2021 que la comparabilité des produits de

prélèvements sociaux des travailleurs indépendants et du résultat entre les exercices 2020 et 2021 n'était pas assurée⁷⁷.

La seule information dans l'annexe aux comptes de la branche autonomie ne permet pas d'apprécier de façon satisfaisante les effets de cette atteinte à l'image fidèle des comptes de 2021, rappelés dans ceux de l'exercice de 2022. En outre, cette présentation ne rend pas compte de la portée des décisions adoptées par le Parlement. En effet, sur ce dernier point, du fait d'une correction portant sur les produits de prélèvements sociaux des travailleurs indépendants, la LFSS pour 2023 a approuvé pour 2021 un montant de recettes de la branche de 0,1 Md€ inférieur à celui ressortant des comptes approuvés par le conseil de la CNSA. Le résultat est affecté pour le même montant.

Les montants des corrections à opérer dans des comptes *pro forma* pour 2021, demandés par la Cour, correspondaient à ceux retenus par le Parlement. En l'absence de comptes *pro forma* pour 2021 reprenant ces éléments, la comparabilité des produits de prélèvements sociaux des travailleurs indépendants et du résultat entre 2021 et 2022 n'est pas assurée.

3 - Le non-respect du principe d'irréversibilité des écritures comptables

Sur une partie de l'exercice 2022, l'outil comptable de la CNSA autorisait la suppression d'écritures, ce qui est contraire au principe d'irréversibilité des écritures prévu par la réglementation. Malgré le signalement effectué par la Cour, cinq écritures ont été supprimées sans mise en œuvre d'un suivi compensatoire, ce qui fait apparaître un risque théorique de fraude et induit de ce fait une incertitude sur le caractère régulier et probant des comptes au 31 décembre 2022.

Les travaux visant à identifier la nature des écritures supprimées, leurs montants, le ou les auteurs de ces suppressions et les raisons de celles-ci n'ont pas permis de retracer l'ensemble des suppressions.

En outre, des cumuls de droits incompatibles, car ne garantissant pas une correcte séparation des tâches d'enregistrement et de validation des écritures comptables, ont été identifiés après la revue des habilitations de l'outil comptable effectuée par la CNSA en juin 2022.

⁷⁷ Cour des comptes, *Rapport de certification des comptes du régime général de sécurité sociale – Exercice 2021*, mai 2022.

D - Insuffisances d'éléments probants

1 - Les insuffisances de la justification des états financiers

a) Les limites des outils

L'outil comptable ne permet pas de produire les états financiers prévus par le recueil des normes comptables applicables aux organismes de sécurité sociale, produits sous tableur, avec des risques accrus d'erreur.

La mise en place en cours d'année de nouveaux outils (SYTI, accès au portail Urssaf) n'a pas permis une sécurisation sur l'ensemble de l'exercice des demandes de tirages et d'ordres de transfert faites par la CNSA à l'Acoss.

Alors que la CNSA est en charge du déploiement de projets structurants se traduisant par des investissements informatiques, elle ne s'est pas dotée d'un outil de gestion des immobilisations. Ces dernières sont suivies sous tableur (66 M€ en valeur brute), sans qu'une procédure encadre leur recensement. Les amortissements (29 M€) sont calculés et enregistrés manuellement.

b) Les procédures de contrôle de la direction comptable

De manière générale, le périmètre et le contenu des contrôles de la direction comptable sont insuffisamment structurés. La CNSA ne s'est pas dotée d'un manuel retraçant l'ensemble des procédures de la direction comptable en vigueur et décrivant de manière détaillée les opérations et contrôles à effectuer. À fin 2022, le bilan des contrôles réalisés était partiel.

En outre, la direction comptable n'a pas produit de revue analytique expliquant notamment les déterminants de la formation du résultat et des soldes du bilan, ni communiqué de réconciliation entre le budget exécuté et la comptabilité générale. Le rapprochement entre les bases de tarification des ESMS, tenues par les services ordonnateurs, et les charges comptabilisées par le directeur comptable n'est pas formalisé ce qui fait peser des incertitudes sur les montants enregistrés.

L'organisation interne de la CNSA définie en juillet 2022, prévoit l'existence parallèle d'un directeur comptable et d'un directeur chargé des affaires financières. Elle n'est pas conforme aux dispositions du code de la sécurité sociale qui prévoient la création dans chaque organisme national

du régime général d'une fonction de directeur comptable et financier et en définissent les missions (article 25 de la LFSS pour 2019).

c) L'intégration des écritures issues des autres branches et régimes

La fiabilisation des circuits comptables entre les autres branches du régime général (maladie et famille) et les autres régimes (MSA notamment) et la CNSA est insuffisante. La sécurisation de l'intégration des écritures comptables afférentes demeure inaboutie.

Les opérations des branches de prestations sont traitées de manière hétérogène dans les organismes du régime général (gestion dédiée ou gestion en comptes de tiers), ce qui entraîne un traitement différencié lors de l'enregistrement comptable.

Sur un plan plus général, la CNSA est dotée d'un système d'information comptable et financier peu intégré. Ainsi, les principales applications financières ne sont pas interfacées entre elles, ce qui implique des saisies manuelles qui l'exposent à des risques d'erreurs, en particulier dans l'outil de comptabilité générale.

De même, des fichiers reçus de certains partenaires doivent faire l'objet soit de retraitements manuels préalables avant de pouvoir être intégrés automatiquement, soit d'écritures manuelles pour les opérations qui ne peuvent l'être, notamment celles de fin d'exercice, transmises par la Cnam et par l'Acoss. Le traitement informatique complémentaire (« macro ») élaboré par un prestataire de service pour intégrer les balances mensuelles issues de la Cnam, compte tenu des actions manuelles à réaliser et de contrôles insuffisants, est peu sécurisé. Il fait peser un risque sur l'exhaustivité et l'exactitude des données intégrées dans l'outil comptable.

Enfin, les prestations légales enregistrées dans les comptes de la branche autonomie au titre du financement des ESMS intègrent les charges de la caisse de sécurité sociale de Mayotte (CSSM) à hauteur de 21,3 M€ et non une dotation d'équilibre, au même titre que les autres branches.

2 - Les insuffisances de l'évaluation des charges à payer et des provisions pour risques et charges

a) Les charges à payer relatives au financement des ESMS

Les charges à payer au titre du financement des ESMS par dotations sont évaluées à 158 M€ à la clôture de l'exercice 2022 dont 121 M€ ne sont pas justifiés par des pièces ou par des estimations formalisées.

b) Les provisions pour risques et charges

Fin 2022, les provisions pour risques et charges s'élèvent à 1,4 Md€. Elles intègrent en particulier 0,8 Md€ au titre du plan d'aide à l'investissement (PAI) (dont le reclassement a été demandé cf. *supra*), 0,3 Md€ au titre des dépenses d'intervention, 0,2 Md€ au titre des prestations légales, principalement en lien avec le financement des ESMS, et 0,1 Md€ de provisions au titre des prélèvements sociaux.

Les éléments transmis à la Cour ne permettent pas de disposer d'une assurance suffisante sur la fiabilité des enregistrements comptables au titre des dépenses d'intervention (0,3 Md€). Les montants restant à verser sont enregistrés pour leur totalité en provisions pour risques et charges alors qu'une partie devrait faire l'objet d'un reclassement en charges à payer.

3 - Les faiblesses du cadre général du contrôle interne

a) La conception et le déploiement du dispositif national de contrôle interne

Le contrôle interne propre à la CNSA, en cours de construction en 2022, apparaît insuffisamment structuré au regard des enjeux financiers de la branche. Les dispositions des articles D. 114-4-6 et suivants du code de la sécurité sociale qui fixent les règles applicables au contrôle interne des caisses nationales du régime général ne sont que partiellement appliquées.

La procédure de préparation et de validation des objectifs et des actions du contrôle interne de la CNSA n'apparaît pas adaptée à la mise à jour annuelle des dispositifs de contrôle interne, comme en témoigne l'adoption tardive du plan de contrôle interne le 21 juin 2022.

De plus, le plan de contrôle interne adopté par la CNSA n'est que très partiellement conforme aux dispositions de l'article D. 114-4-7 du

code de la sécurité sociale. En effet, il ne précise ni les actions de maîtrise et les axes de contrôle, ni les moyens de vérifier l'effectivité du dispositif de contrôle interne, ni les indicateurs de son suivi.

Fin 2022, la carte des risques au titre de cet exercice était en cours de mise à jour. En 2022, les 32 risques majeurs de cette carte, identifiés précédemment ou nouvellement identifiés, ne sont pas encore tous couverts par des plans d'action précisant les moyens de maîtrise ainsi que les indicateurs de suivi et leurs résultats.

Les activités dont la CNSA assure la gestion ne sont pas couvertes en 2022 par un manuel de procédures ou des référentiels nationaux de processus. L'établissement de procédures est en cours pour une partie seulement d'entre elles. Dans le cadre de l'audit, ces procédures n'ont pu être identifiées de manière exhaustive. La CNSA dispose ainsi d'une maîtrise insuffisante des risques liés aux processus de gestion, aucun n'étant couvert par des points de contrôle formalisés.

La démarche de contrôle interne des structures territoriales en charge de l'attribution des droits et prestations pour l'autonomie (départements et MDPH) et l'évaluation de leur déploiement ne sont pas assurées en 2022, en particulier du fait que l'unité chargée de ces contrôles n'a pas encore été constituée.

La CNSA s'est dotée d'un comité d'audit interne dès la création de la 5^{ème} branche. En revanche, le service d'audit interne n'est pas encore opérationnel. La CNSA n'a donc pas établi de programme d'audit au titre de 2022. Elle n'a pas encore mis en œuvre la faculté ouverte par l'article D. 114-4-8 du code de sécurité sociale de contrôler sur place l'exécution des opérations dont il délègue la réalisation à d'autres organismes.

Du fait de stipulations insuffisamment précises, les conventions avec les organismes tiers qui assurent le service des prestations pour le compte de la CNSA limitent son degré de maîtrise des risques affectant les opérations à l'origine des charges de la branche autonomie. Elles ne prévoient pas que la CNSA reçoive, en particulier de la part de la Cnam, de comptes rendus infra-annuels des contrôles mis en œuvre. Cela limite la capacité de la CNSA à demander, en fonction de ces résultats, des évolutions des contrôles mis en œuvre, d'exploiter les bases de données des délégataires et de réaliser des audits sur les processus de gestion mis en œuvre par ces derniers.

*b) L'absence de dispositifs connus de contrôle interne applicables
aux activités des MDPH*

Les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) sont des groupements d'intérêt public dont les départements assurent la tutelle administrative et financière. Elles font partie du réseau « fonctionnel » de la CNSA qui n'est pas partie prenante à leur gouvernance. Elles instruisent les demandes de prestation formulées par les personnes en situation de handicap, en particulier l'AEEH (1,3 Md€) et la prestation de compensation du handicap (2,7 Md€ de charges pour les départements prévues au titre de l'exercice 2022, dont 0,9 Md€ financées par la branche autonomie). En 2022, le montant des concours de la CNSA aux départements au titre de la PCH est augmenté de l'enveloppe consacrée à la parentalité (0,2 Md€).

Alors qu'elle a un rôle d'« accompagnement et d'appui » des MDPH (article L. 223-5 du code de la sécurité sociale), la CNSA n'a pas de visibilité sur les dispositifs de contrôle interne que ces dernières sont susceptibles d'avoir mis en place ni, *a fortiori*, d'action particulière sur ces derniers. L'absence de cadre national de contrôle interne ne permet pas de disposer d'une assurance raisonnable sur la fiabilité du traitement par les MDPH des dossiers pour lesquels la CNSA finance tout ou partie prestations.

Les feuilles de routes territorialisées, qui intègrent notamment les objectifs et engagements en matière d'audit des MDPH, des départements et de la CNSA, sont désormais formalisées et signées. Les indicateurs qu'elles prévoient ne sont néanmoins pas systématiquement adressés à la CNSA, ni suivis par cette dernière.

Par ailleurs, les fonctionnalités du système d'information harmonisé des MDPH mis à leur disposition fin 2021, qui doivent favoriser l'homogénéisation de leurs pratiques de reconnaissance des droits, ne sont pas toutes complètement déployées ni systématiquement utilisées lorsqu'elles le sont. Cela qui affecte le niveau d'assurance relatif aux données prises en compte pour liquider les prestations d'AEEH.

L'entrepôt de données de la CNSA, désormais ouvert, n'était pas alimenté de manière continue en 2022 par les saisies d'informations effectuées par les MDPH dans leur système d'information harmonisé. De ce fait, la CNSA ne dispose pas de données récentes et répondant à une méthodologie commune. Les données disponibles appellent par ailleurs des actions de fiabilisation.

c) Les effets des faiblesses des dispositifs de contrôle interne des branches maladie et famille

Les dispositifs de contrôle interne propres aux branches maladie et famille et à la MSA couvrent insuffisamment les risques de portée financière auxquels est exposée la branche autonomie.

Les prestations correspondant aux concours financiers aux ESMS et à l'AEEH, dont le versement est effectué par un organisme tiers à la branche, constituent des charges de la CNSA, qui en supporte les risques financiers et comptables. Les ARS conservent, par ailleurs, un rôle majeur dans la tarification des ESMS et leur contrôle.

Or, les dispositifs de contrôle interne propres aux branches maladie et famille et à la MSA couvrent insuffisamment les risques de portée financière auxquels est exposée la branche autonomie. En conséquence, le dispositif général de contrôle interne de la branche autonomie est affecté par les constats relatifs au contrôle interne des opérations confiées aux branches maladie et famille.

S'agissant des concours financiers aux ESMS, à la date d'arrêté des comptes, la CNSA n'avait pas été destinataire, des résultats des contrôles effectués en 2022 par la Cnam. De ce fait, elle ne dispose pas d'une représentation consolidée et exhaustive des actions de maîtrise des risques mises en œuvre à ce titre en 2022.

S'agissant de l'AEEH versée par les CAF, les informations communiquées par la Cnaf à la CNSA rendent nécessaires la mise en œuvre d'actions dans certaines CAF.

d) La couverture des risques relatifs au système d'information

Le plan de contrôle interne relatif à la gestion du système d'information est toujours en cours de construction, exposant la branche à des risques majeurs, notamment ceux liés à la gestion des habilitations et au recours généralisé à des prestataires pour la gestion du système d'information de la CNSA. Ces risques ne sont que partiellement couverts par des dispositifs de contrôle.

De manière spécifique, les habilitations au logiciel comptable et au logiciel de gestion des subventions d'investissement aux ESMS ne font pas l'objet de revues suffisamment régulières. Elles ouvrent des droits trop étendus ou non mis à jour et ne permettent pas une traçabilité suffisante de certaines opérations. La gestion des mots de passe est insuffisamment sécurisée.

La nouvelle politique de sécurité des systèmes d'information, en remplacement de celle de 2015, a été validée fin 2022 mais son déploiement n'interviendra, au mieux, qu'en 2023. En 2022, l'organisation de la sécurité du système d'information était perfectible. En particulier, la CNSA n'avait pas mis en place d'instance interne qui en serait spécifiquement chargée. Les travaux visant à assurer l'application du règlement général de la protection des données (RGPD) demeurent en cours de réalisation, exposant la CNSA à des risques de non-conformité.

e) La portée de la lutte contre les fraudes

La CNSA n'applique pas les dispositions de l'article L. 114-9 du code de la sécurité sociale qui prévoient la conception et la mise en œuvre, par les organismes nationaux, d'un programme de contrôle et de lutte contre la fraude adossé au plan de contrôle interne. En effet, elle n'a pas établi de plan de lutte contre les fraudes externes pour l'exercice 2022, ni procédé à leur évaluation.

Elle n'a pas connaissance des dispositifs éventuellement mis en œuvre par les MDPH afin de prévenir ou de détecter des fraudes aux prestations qu'elle finance. *A fortiori*, les MDPH et les CAF ne mettent pas en œuvre d'action coordonnée visant à lutter contre les fraudes relatives à l'AEEH. Les indus frauduleux détectés par les CAF concernent exclusivement les conditions administratives de la prestation. En revanche, elles ne constatent pas d'indus liés aux conditions médicales. L'identification du non-respect de ces conditions incombe aux MDPH, qui ne communiquent pas d'information de cette nature aux CAF.

La CNSA n'a pas défini de plan de lutte contre la fraude interne. Les mesures de prévention et de détection mises en œuvre couvrent insuffisamment les risques de fraude de cette nature. En 2022, la séparation de certaines tâches entre les agents n'est pas assurée ni adaptée aux besoins de maîtrise des risques. Ainsi, un même agent peut disposer d'un droit d'écriture comptable et de validation de celle-ci.

Le dispositif de prévention des conflits d'intérêts des agents de la CNSA demeure insuffisant. Celui des membres du conseil de la CNSA, en cours de montée en charge, a été refondu en juin 2022 et n'a donc pas été appliqué sur l'ensemble de l'exercice. En outre, il n'est pas appliqué à l'ensemble des administrateurs.

4 - Les erreurs affectant le financement des établissements et services médico-sociaux

Les ESMS sont principalement financés par la CNSA par la voie de dotations et de forfaits attribués sur le fondement d'arrêtés pris par les ARS et transmis pour paiement aux CPAM (27,7 Md€ en 2022). Les prix de journée facturés directement à l'assurance maladie (0,9 Md€ en 2022) ont un caractère minoritaire dans l'ensemble des financements et sont appelés à disparaître en 2023.

a) Le contexte du contrôle interne des ESMS

Le calcul des forfaits soins aux Ehpad est fondé sur l'évaluation de la perte d'autonomie et des besoins en soins des personnes prises en charge. Alors qu'elle est prévue par la réglementation, la validation régulière de l'actualisation de ces données par les ARS et les conseils départementaux n'est pas assurée, ce qui affecte l'exactitude du montant de ces forfaits financés par la branche autonomie.

Par ailleurs, la coexistence de plusieurs bases de données relatives aux ESMS, sans interface, entraîne des ressaisies manuelles qui font peser des risques d'erreurs sur les informations retranscrites dans les différents outils du système d'information de la CNSA. De plus, les données de ces bases ne font pas l'objet de rapprochements systématiques au sein de la CNSA ni avec les données des bases de l'assurance maladie ni d'exploitation à des fins de contrôle interne.

Enfin, les CPAM n'ont réalisé aucun contrôle sur les droits des bénéficiaires, à l'exception d'un contrôle sur les établissements en prix de journée du secteur du handicap visant à détecter des situations incohérentes entre l'orientation décidée par la MDPH et l'affectation du bénéficiaire.

b) Les règlements des dotations et forfaits

L'examen du contrôle interne des CPAM sur les règlements aux ESMS des financements en dotation et au forfait fait apparaître des faiblesses des contrôles *a priori* sur les données reçues (arrêtés de dotations) et *a posteriori* sur les versements.

L'absence de généralisation d'un transfert automatisé aux CPAM des arrêtés fixant le montant des versements de dotations aux ESMS induit un risque d'erreur de comptabilisation des charges correspondantes dans l'exercice. De plus, les contrôles opérés par les CPAM qui croisent les données saisies par les services ordonnateurs et comptables, complétés

pour certains d'entre eux par une confirmation auprès des ARS, ne couvrent que partiellement le risque de règlement à tort d'une dotation.

Les contrôles visant à vérifier la conformité et l'exhaustivité des effectifs déclarés par les Ehpad dans l'outil dédié (*RESID-EHPAD*) ne couvrent qu'une partie des établissements, sont très ponctuels et manquent de fiabilité. De surcroît, leur mise en œuvre et la traçabilité des natures d'anomalies à contrôler par les caisses sont imparfaitement assurées.

Le déploiement en cours de l'outil destiné à l'ensemble des ESMS (*RESID-ESMS*) prévoit, entre autres, un contrôle visant à détecter des paiements indus de prestations relevant de soins de ville pour des prises en charges sanitaires déjà assurées dans le cadre de séjours en établissement. Les contrôles intégrés à cet outil n'ont pas été exploités en 2022.

La mise en place de contrôles sur les dotations versées aux établissements accueillant des personnes en situation de handicap (12,9 Md€ en 2022) se trouve limitée par l'absence de liste opposable définissant les produits et prestations remboursables pouvant être inclus dans les tarifs de ces établissements.

L'exhaustivité et l'exactitude des versements effectués aux ESMS au cours de l'exercice 2022 sont affectées par les anomalies de traitement des données constatées lors du déploiement de l'outil avec lequel les Cnam calculent les échéances à payer correspondant aux arrêtés fixant les versements de dotations aux ESMS (REDOT). En outre, la persistance de certaines anomalies a conduit les CPAM à effectuer des contrôles extracomptables et, plus généralement, à organiser le suivi des paiements en dehors des outils de gestion, ce qui expose à des risques d'erreurs.

c) Les règlements des prix de journée

Le contrôle interne des financements sous forme de prix de journée comporte des faiblesses de nature à affecter la maîtrise des risques relatifs à la réalité et à l'exactitude des prestations.

Plusieurs contrôles *a posteriori* portant sur les facturations au prix de journée effectuées par les ESMS sont imparfaitement mis en œuvre par les CPAM. En outre, les modalités de détermination des taux d'anomalies comportent des biais, ce qui affecte la fiabilité des données nationales de synthèse qui permettent en principe d'apprécier la portée des contrôles. Compte tenu de leur faible volumétrie, les autres contrôles visant à garantir la conformité des facturations à la réglementation couvrent insuffisamment le risque d'inexactitude des charges. Enfin, les contrôles mis en œuvre par les CPAM ne permettent qu'une maîtrise partielle des risques de double facturation d'actes de soins (facturation par des professionnels de santé en

sus des soins compris dans les forfaits attribués aux ESMS). Ces risques ne font pas l'objet d'une estimation par la Cnam et la CNSA.

d) L'absence de mesures des risques financiers résiduels, après contrôle interne

À ce jour, la CNSA, en liaison avec la Cnam, n'a pas mis en place de mesure du risque financier résiduel affectant les règlements des dotations et forfaits (27,7 Md€).

Par ailleurs, l'indicateur de risque financier résiduel établi par la branche maladie (cf. D 6) sur les règlements de frais de santé en prix de journée (0,9 Md€) qui lui sont facturés directement n'a pas été adapté à la création de la branche autonomie. Malgré l'augmentation de la taille de l'échantillon sur l'exercice (de 4 dossiers en 2021 à 60 en 2022), sa représentativité reste limitée.

5 - Les erreurs affectant les subventions et les concours aux conseils départementaux

a) Les plans d'aide à l'investissement

Les contrôles de la CNSA, portant sur une partie minime des plans d'aide à l'investissement (2% des dossiers PAI du quotidien⁷⁸), n'apportent pas une assurance raisonnable sur le montant des dépenses engagées par les établissements, alors que la réglementation européenne exige la mise en place d'un contrôle interne efficace et efficient.

Les PAI ne font pas l'objet de suivi et d'analyse de l'ancienneté et du dénouement des montants restant à verser. Cette insuffisance de suivi régulier expose à ce que des indus liés à des dépenses inférieures ou des opérations abandonnées ne soient pas identifiés, mettant ainsi en exergue un contrôle interne insuffisant.

b) Les subventions d'intervention

Les subventions attribuées ne font pas suffisamment l'objet d'un suivi afin d'obtenir les éléments permettant de les solder. Les contrôles effectués n'apportent pas une assurance raisonnable sur l'utilisation de la subvention conformément aux objectifs fixés dans la convention, le contrôle de son exécution financière et la matérialité des actions engagées.

⁷⁸ Excluant les projets immobiliers (325 M€ en 2022) et numériques (100 M€).

c) Les concours aux conseils départementaux

La CNSA verse aux départements des concours au financement APA (2,6 Md€), de la PCH (0,9 Md€), au titre du soutien au secteur du domicile (0,5 Md€), de la conférence des financeurs (0,2 Md€), des revalorisations salariales dans les ESMS (0,1 Md€) et pour le financement du fonctionnement des MDPH (0,1 Md€).

La CNSA répartit les concours entre les départements en appliquant certains critères à des données émanant pour partie des départements eux-mêmes⁷⁹ sans possibilité de correction par ses services. L'informatisation de la collecte de ces données, mise en place en 2022 pour les concours APA et PCH, est insuffisamment sécurisée.

**6 - Les erreurs affectant l'allocation d'éducation
de l'enfant handicapé**

L'attribution de l'AEEH (1,3 Md€ de charges en 2022) est subordonnée à des conditions médicales appréciées par les commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) des MDPH et à des conditions administratives appréciées par les CAF.

a) Les données en provenance des MDPH et d'autres partenaires

Toutes les MDPH ne respectent pas l'obligation de transmettre les informations de la demande d'AEEH nécessaires au traitement administratif du dossier par les CAF. Cette situation conduit ces dernières à réinterroger les MDPH ou à défaut les allocataires et suscite des risques d'erreur dans le calcul du droit, du fait de la saisie d'informations susceptibles d'être erronées.

La dématérialisation, encore limitée, des flux de données des MDPH vers les CAF (21 %) réduit le niveau d'assurance relatif à la fiabilité des données prises en compte par ces dernières. La transmission des informations par la voie papier ne permet pas de s'assurer de l'exhaustivité de leur envoi.

En outre, la dématérialisation du flux transmettant les informations contenues dans les formulaires de demande Cerfa des usagers et dans les notifications de décisions des CDAPH mise en service dans certains départements ne garantit pas la sécurisation des informations transmises.

⁷⁹ Notamment dépenses d'APA pour le concours APA, dépenses de PCH et nombre de bénéficiaires de la PCH augmenté du nombre de bénéficiaires de l'allocation compensatrice pour tierce personne pour le concours PCH.

En effet, son périmètre incomplet rend nécessaire la poursuite de la transmission papier d'une partie des notifications de décision des CDAPH, laquelle est inégalement assurée selon les MDPH.

Par ailleurs, l'absence de flux dématérialisés avec certains partenaires (Éducation nationale, Cnam, départements) place la branche famille en situation de dépendance à l'égard des données déclarées par les allocataires, ce qui réduit le niveau d'assurance relatif à l'exactitude des prestations versées et comptabilisées.

b) Les actions de contrôle effectuées par les CAF

Dans un contexte de montée en charge très rapide de la dépense (+ 43 % en cinq ans), les risques relatifs à l'AEEH sont insuffisamment couverts par les dispositifs de contrôle interne mis en œuvre par la branche famille.

En principe, les CAF doivent procéder à des contrôles de cohérence sur les données notifiées par les MDPH, telles que la période d'accord et le taux d'incapacité. Or, le système d'information de la branche famille n'intègre pas de contrôles automatisés de cette nature. Les agents saisissent les données sans vérification systématique, ce qui peut conduire la CAF à verser un droit sur une durée non prévue par la réglementation en vigueur. De manière générale, le processus de gestion de l'AEEH défini par la Cnaf couvre insuffisamment les situations les plus à risque (enregistrement des éléments des demandes Cerfa et des notifications des CDAPH, effectivité des compléments à l'AEEH) ou faisant l'objet d'erreurs récurrentes lors de la liquidation (traitement des périodes de retour au foyer par exemple).

Les pratiques des MDPH, parfois contraires à la réglementation, conduisent à des versements à tort. Des dérogations visant à éviter une rupture de droit se traduisent, par exemple, par des renouvellements rétroactifs.

Trois types de compléments à l'AEEH sont susceptibles d'être versés (0,6 Md€ en 2022) : pour réduction ou cessation d'activité, pour emploi d'une tierce personne et pour frais (certains compléments pouvant se cumuler). Or, seules les reprises ou augmentations d'activité des parents font l'objet d'une procédure de traitement au sein du système d'information de la branche famille. Bien que les articles L. 541-5 et R. 541-4 du code de la sécurité sociale les y autorisent, les CAF ne procèdent en pratique à aucun contrôle sur la réalité du recours à une tierce personne et sur les frais. Des erreurs dans les informations communiquées par les allocataires ou des erreurs de saisie affectent le type de complément retranscrit dans l'outil de

gestion de la CAF, ce qui peut conduire au versement à tort ou à un défaut de versement de la majoration de parent isolé.

Alors que des erreurs récurrentes de liquidation ont été relevées par la Cour, la Cnaf ne prescrit pas aux CAF la réalisation obligatoire par les services ordonnateurs de supervisions sur la liquidation de cette prestation. Les contrôles du directeur comptable et financier sont, quant à eux, peu nombreux, l'AAEH étant peu ciblée par le modèle d'exploration des données « métier » de la branche famille⁸⁰.

À défaut d'une transmission systématique par les MDPH des données relatives à l'attribution de la PCH et au choix de la famille pour ce droit, il existe un risque de versement à tort par les CAF d'un complément d'AAEH (0,6 Md€ au niveau national) à des allocataires n'y ayant pas droit. De ce fait, la CNSA supporte des charges imputables au cumul irrégulier de ces deux prestations pour un montant indéterminé. Aucun moyen de maîtrise n'a été mis en place pour y remédier.

Malgré les risques liés à cette prestation, la branche autonomie n'est pas dotée d'un indicateur mesurant le risque financier résiduel, après actions de contrôle interne, relatif au traitement par les MDPH des dossiers d'AAEH, auxquelles incombe l'attribution du droit.

La Cnaf n'établit pas d'indicateur de risque financier résiduel propre à l'AAEH et a mis en place en 2022 un indicateur couvrant le risque Autonomie (agrégeant aussi l'AAH, l'AJPA et l'AJPP). À fin 2022, l'indicateur « données déclaratives » relatif à ces prestations s'établit à 5,3%⁸¹ en valeur centrale (4% en 2021 à périmètre constant). L'indicateur attribuable à des erreurs internes s'établit quant à lui à 1,18%⁸² (0,84% en 2021 à périmètre constant). Rapportées aux charges comptabilisées au titre de l'AAEH et l'AJPA en 2022, les erreurs affectant ces prestations s'élèveraient respectivement à 72 M€ pour l'IRR « données déclaratives » et 16 M€ pour l'IRR métier.

⁸⁰ Il est renvoyé aux fondements de l'opinion sur les comptes de la branche famille (D 2 et 3).

⁸¹ Compte tenu de la taille de l'échantillon, le taux est compris, avec une probabilité de 95 %, entre 2,4 % et 8,1 % du montant des prestations versées, soit respectivement 296 M€ et 998 M€.

⁸² Compte tenu de la taille de l'échantillon, le taux est compris, avec une probabilité de 95 %, entre 0,64 % et 1,71 % du montant des prestations versées, soit respectivement 83 M€ et 223 M€.

**DEUXIÈME PARTIE -
COMPTES DES ORGANISMES
NATIONAUX DU RÉGIME
GÉNÉRAL**

Opinion de la Cour sur les comptes de l'Acos

A - Opinion de la Cour

En application des dispositions de l'article LO. 132-2-1 du code des juridictions financières, la Cour a effectué l'audit des comptes de l'Acos pour l'exercice clos le 31 décembre 2022, arrêtés le 14 avril 2023 par le directeur et la directrice comptable et financière.

La Cour certifie que, sous réserve des incidences des anomalies significatives et des insuffisances d'éléments probants décrites ci-après dans la section « Fondements de l'opinion de la Cour », les comptes de l'Acos sont, au regard des normes comptables applicables aux organismes de sécurité sociale, réguliers et sincères et donnent, dans l'ensemble de leurs aspects significatifs, une image fidèle du résultat des opérations de l'exercice écoulé, ainsi que de la situation financière et du patrimoine de l'Acos à la clôture de l'exercice.

B - Fondements de l'opinion de la Cour

Il est renvoyé à deux anomalies significatives constatées par la Cour sur les comptes de l'activité de recouvrement (C1 et 3) et à quatre autres cas pour lesquels la Cour ne dispose pas d'éléments probants suffisants qui permettraient d'écarter le risque d'anomalies significatives dans les comptes (D4, 5, 6 et 8).

Opinion de la Cour sur les comptes de la Cnam

A - Opinion de la Cour

En application des dispositions de l'article LO. 132-2-1 du code des juridictions financières, la Cour a effectué l'audit des comptes de la Cnam pour l'exercice clos le 31 décembre 2022, arrêtés le 17 avril 2023 par le directeur général et le directeur comptable et financier

La Cour certifie que, sous réserve des incidences des anomalies significatives et des insuffisances d'éléments probants décrites ci-après dans la section « Fondements de l'opinion de la Cour », les comptes de la Cnam sont, au regard des normes comptables applicables aux organismes de sécurité sociale, réguliers et sincères et donnent, dans l'ensemble de leurs aspects significatifs, une image fidèle du résultat des opérations de l'exercice écoulé, ainsi que de la situation financière et du patrimoine de la Cnam à la clôture de l'exercice.

Par ailleurs, sans remettre en cause son opinion, la Cour appelle l'attention sur les points particuliers relatifs à la compréhension des états financiers des branches maladie et AT-MP, également applicables aux états financiers de la Cnam.

B - Fondements de l'opinion de la Cour

Une anomalie significative a été constatée par la Cour, des erreurs non corrigées affectant la présentation des comptes de la Cnam. En effet, l'examen de certains comptes courants fait apparaître une majoration à tort de l'actif et du passif du bilan de la Cnam, de l'ordre de 4,1 Md€ au total. Ces opérations n'ont pas été régularisées à fin 2022.

De plus, il est renvoyé aux anomalies significatives constatées par la Cour sur les comptes des branches maladie et AT-MP (C) et aux autres cas pour lesquels la Cour ne dispose pas d'éléments probants suffisants qui permettraient d'écarter le risque d'anomalies significatives dans les comptes (D).

Opinion de la Cour sur les comptes de la Cnaf

A - Opinion de la Cour

En application des dispositions de l'article LO. 132-2-1 du code des juridictions financières, la Cour a effectué l'audit des comptes de la Cnaf pour l'exercice clos le 31 décembre 2022, arrêtés le 14 avril par le directeur et le directeur comptable et financier.

La Cour constate qu'elle n'est pas en mesure de certifier que les comptes de la Cnaf sont, au regard des normes comptables applicables aux organismes de sécurité sociale, réguliers et sincères et donnent, dans l'ensemble de leurs aspects significatifs, une image fidèle du résultat des opérations de l'exercice écoulé, ainsi que de la situation financière et du patrimoine de la Cnaf à la clôture de l'exercice.

B - Fondements de l'opinion de la Cour

Il est renvoyé aux fondements de l'opinion de la Cour sur les comptes de la branche famille (B, C et D).

Opinion de la Cour sur les comptes de la Cnav

A - Opinion de la Cour

En application des dispositions de l'article LO. 132-2-1 du code des juridictions financières, la Cour a effectué l'audit des comptes de la Cnav pour l'exercice clos le 31 décembre 2022, arrêtés le 14 avril par le directeur et le directeur comptable et financier.

La Cour certifie que, sous réserve des incidences de l'anomalie significative et des insuffisances d'éléments probants décrites ci-après dans la section « Fondements de l'opinion de la Cour », les comptes de la Cnav sont, au regard des normes comptables applicables aux organismes de sécurité sociale, réguliers et sincères et donnent, dans l'ensemble de leurs aspects significatifs, une image fidèle du résultat des opérations de l'exercice écoulé, ainsi que de la situation financière et du patrimoine de la Cnav à la clôture de l'exercice.

B - Fondements de l'opinion de la Cour

Il est renvoyé à l'anomalie significative constatée par la Cour sur les comptes de la branche vieillesse (A) et aux autres cas pour lesquels la Cour ne dispose pas d'éléments probants suffisants qui permettraient d'écarter le risque d'anomalies significatives dans les comptes (C et D).

TROISIÈME PARTIE -

COMPTE RENDU

DES VÉRIFICATIONS OPÉRÉES

PAR LA COUR

En application de l'article LO. 132-2-1 du code des juridictions financières, la Cour rend compte des vérifications qu'elle a effectuées dans le cadre de sa mission de certification des comptes des organismes nationaux, des branches et de l'activité de recouvrement du régime général de sécurité sociale.

I - Caractéristiques de la mission de la Cour

A - L'objet de la certification

La certification est une opinion écrite et motivée que l'auditeur formule sous sa propre responsabilité⁸³. Elle consiste à collecter les éléments nécessaires à l'obtention d'une assurance raisonnable sur la conformité des comptes des entités concernées, dans tous leurs aspects significatifs, aux règles et principes comptables qui leur sont applicables.

⁸³ Conformément à la norme ISA 200 *Objectifs généraux de l'auditeur indépendant et conduite d'un audit selon les normes internationales d'audit*.

B - Les normes d'audit appliquées

En tant qu'institution membre de l'Organisation internationale des institutions supérieures de contrôle des finances publiques (Intosai), la Cour se réfère, dans l'exercice de ses différentes missions, aux normes internationales des institutions supérieures de contrôle (Issai).

Dans le domaine de la certification des comptes, les normes Issai sont une transposition directe des normes internationales d'audit (ISA) et de la norme internationale de contrôle qualité en matière d'audit financier (ISQC 1), édictées par la Fédération internationale des experts comptables (IFAC).

Conformément à l'arrêté du Premier président n° 19-1022 du 3 janvier 2020 portant sur les normes professionnelles de la Cour et des chambres régionales et territoriales des comptes, pris en application de l'article L. 120-4 du code des juridictions financières, la Cour applique les normes ISA et la norme ISQC 1 dans la mesure de leur compatibilité avec la nature particulière de ses missions de certification ainsi qu'avec les dispositions du code des juridictions financières. Ainsi, plusieurs normes n'ont pas trouvé à s'appliquer pour tout⁸⁴ ou partie⁸⁵ de leurs dispositions.

⁸⁴ ISA 510 « *Missions d'audit initiale – Soldes d'ouverture* », cette norme n'ayant plus trouvé à s'appliquer au-delà du premier exercice de certification (2006) ; ISA 570 « *Continuité de l'exploitation* », cette notion étant inapplicable à la sécurité sociale ; ISA 800 « *Aspects particuliers : audits d'états financiers établis conformément à des référentiels à caractère spécifique* », ISA 805 « *Aspects particuliers : audits d'états financiers pris isolément et d'éléments, de comptes ou de rubriques spécifiques d'un état financier* » et ISA 810 « *Missions ayant pour but d'émettre un rapport sur des états financiers résumés* », ces trois normes concernant des missions sans équivalent dans le cadre de la certification des comptes de la sécurité sociale.

⁸⁵ ISA 210 « *Accord sur les termes des missions d'audit* », partiellement applicable compte tenu du caractère obligatoire de la mission de la Cour ; ISA 220 « *Contrôle qualité d'un audit d'états financiers* » et ISQC 1 « *Contrôle qualité des cabinets réalisant des missions d'audit ou d'examen limité d'états financiers et d'autres missions d'assurance et de services connexes* », partiellement applicables pour ce qui concerne les dispositions relatives à la traçabilité des divergences internes, en partie contraires aux dispositions du code des juridictions financières en matière de secret des délibérations.

C - Responsabilité de la Cour à l'égard des comptes

Conformément aux normes internationales d'audit, en particulier la norme ISA 200, l'auditeur doit chercher à obtenir l'assurance raisonnable que les états financiers pris dans leur ensemble ne comportent pas d'anomalies significatives, que celles-ci résultent d'erreurs ou de fraudes.

À cette fin, il lui incombe notamment :

- d'identifier et d'évaluer les risques d'anomalies significatives dans les états financiers ;
- de concevoir et de mettre en œuvre des réponses adaptées à son évaluation des risques d'anomalies significatives afin d'obtenir des éléments probants suffisants et appropriés concernant ces risques ;
- de répondre de manière appropriée aux cas d'erreurs ou de fraudes avérées ou suspectées identifiés au cours de l'audit ;
- de faire preuve d'esprit critique tout au long de l'audit.

En raison des limites inhérentes à l'audit, le risque que certaines anomalies significatives contenues dans les états financiers ne soient pas détectées ne peut être totalement écarté, même si l'audit a été correctement planifié et réalisé conformément aux normes.

II - Caractéristiques des comptes soumis à certification

A - Les comptes des organismes de sécurité sociale

En application de l'article R. 114-6-1 du code de la sécurité sociale, les comptes soumis à certification comprennent chacun un bilan, un compte de résultat, ainsi qu'une annexe qui fournit les informations utiles à la compréhension et à l'interprétation des états précités.

Ils sont établis en application du plan comptable unique des organismes de sécurité sociale (PCUOSS), qui ne s'écarte des dispositions du règlement n° 2014-03 de l'Autorité des normes comptables relatives au plan comptable général (modifié au 1^{er} janvier 2019) que si des mesures législatives et réglementaires l'exigent. Le plan comptable en vigueur a été fixé par un arrêté interministériel du 1^{er} août 2022.

B - Les responsabilités des organismes nationaux du régime général

En application de l'article R. 114-6-1 du code de la sécurité sociale, les comptes sont établis par le directeur comptable et financier (directeur comptable pour la CNSA) et arrêtés par le directeur (directeur général pour la Cnam), puis présentés au conseil d'administration (conseil pour la Cnam et la CNSA) pour approbation.

Les comptes de l'activité de recouvrement et des branches maladie, AT-MP, famille et vieillesse résultent de la combinaison des comptes des organismes nationaux établissements publics de l'État (Acoss, Cnam, Cnaf et Cnav) et de ceux des organismes locaux (CPAM, CAF, Carsat, Urssaf et CGSS notamment) relevant de leurs réseaux respectifs. Les comptes de la branche autonomie correspondent à ceux de la CNSA, qui en est le seul organisme.

Les comptes annuels des organismes locaux ne sont pas soumis à une procédure de certification par un auditeur externe. Sur le fondement des articles L. 114-6 et D. 114-4-2 du code de la sécurité sociale, le directeur comptable et financier de l'organisme national les valide, en attestant qu'ils sont réguliers et sincères et donnent une image fidèle de leur situation financière et de leur patrimoine. À cette fin, il effectue des audits et des contrôles.

III - Vérifications effectuées par la Cour

A - Démarche d'audit

La Cour applique une démarche d'audit homogène pour l'activité de recouvrement et pour chacune des branches du régime général. Cette démarche vise à réduire le risque d'audit, entendu comme le risque d'exprimer une opinion différente sur les états financiers de celle que la Cour aurait exprimée si elle avait identifié l'ensemble des anomalies significatives dans les comptes. Elle couvre quatre enjeux principaux :

- la vérification de l'exhaustivité et de l'exactitude de la prise en compte, dans la comptabilité générale, des informations issues de la gestion des prélèvements sociaux et des prestations sociales, ce qui suppose, en particulier, d'identifier et de suivre un chemin de révision de la comptabilisation des opérations effectuées ;

- la vérification de la conformité des écritures aux principes comptables généraux, de la pertinence et de la permanence des méthodes, de l'exhaustivité du recensement des passifs et du caractère raisonnable des enregistrements comptables qui résultent d'une estimation, afin de s'assurer de la correcte détermination du résultat de l'exercice ;
- l'examen des dispositifs de contrôle interne, compte tenu de la volumétrie des opérations effectuées et comptabilisées ; à ce titre, l'évaluation de la fréquence et de l'incidence financière des erreurs qui, malgré ces dispositifs, affectent par rapport aux règles de droit applicables les opérations effectuées et comptabilisées et, ce faisant, la correcte représentation des droits et obligations des entités de sécurité sociale à l'égard des tiers retracés par leurs états financiers ;
- l'évaluation de la qualité de l'information financière procurée par les états financiers, y compris l'annexe aux comptes.

La mission de certification des comptes du régime général confiée à la Cour concerne aussi des entités tierces à ce dernier. Ainsi, en raison du rôle central du réseau des Urssaf dans la collecte des prélèvements sociaux, la Cour audite les flux et les soldes notifiés aux attributaires significatifs extérieurs au régime général (comme la Cades) ou à la sécurité sociale (Unédic notamment). Compte tenu de la nature des missions et des sources de financement du Fonds de solidarité vieillesse (FSV), la Cour audite de fait la totalité des produits et plus de 90 % des charges de cet organisme. La Cour examine par ailleurs les opérations effectuées par la branche famille pour le compte des départements (RSA) et de l'État (prime d'activité, aides au logement, allocation aux adultes handicapés), comptabilisées en comptes de tiers.

En application des dispositions de l'article L. 141-10 du code des juridictions financières, la Cour a communiqué aux commissaires aux comptes de plusieurs organismes⁸⁶ des éléments d'appréciation sur les opérations effectuées par le régime général de sécurité sociale pour le compte de ces entités, ou en lien avec elles s'agissant du recouvrement des prélèvements sociaux et de la répartition des dotations hospitalières entre les régimes d'assurance maladie. Si ces éléments font état d'anomalies ou traduisent des insuffisances d'éléments probants, ils ne sont pas systématiquement présentés dans le corps du rapport au regard des montants qu'ils représentent dans les comptes, comme c'est le cas du

⁸⁶ L'Unédic, l'Association pour la gestion du régime de garantie des créances des salariés (AGS), l'Agirc-Arrco, la Cades, le FSV, France compétences, l'Établissement national des invalides de la marine (Enim) et l'Association de Gestion du Fonds Paritaire National (AGFPN).

contrôle interne propre aux prélèvements sociaux des employeurs de marins et de marins non-salariés (0,3 Md€ en 2022).

Compte tenu des relations financières des régimes agricoles avec le régime général, la Cour est rendue destinataire par les commissaires aux comptes de la caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA) d'éléments d'appréciation sur le contrôle interne déployé au titre de ces régimes. Au titre de la compensation par l'Acoss au régime de retraite complémentaire des salariés de la réduction générale de cotisations, depuis le 1^{er} janvier 2019, la Cour est par ailleurs rendue destinataire d'une attestation des commissaires aux comptes de l'Agirc-Arrco. Des échanges sont par ailleurs intervenus avec les commissaires aux comptes de certains établissements de santé et médico-sociaux, au titre de la certification des comptes des branches maladie et autonomie.

B - Vérifications réalisées par la Cour

1 - Les dispositifs de contrôle interne

La Cour a examiné les dispositifs généraux de maîtrise des risques susceptibles d'avoir une portée financière et les dispositifs de prévention et de détection des fraudes externes et internes et des conflits d'intérêt. Elle a également examiné l'organisation de la fonction d'audit interne, les thèmes couverts par les audits récents, les résultats de ces audits et les suites données aux recommandations des auditeurs internes.

L'examen des dispositifs de contrôle interne propres aux principales activités des organismes du régime général de sécurité sociale a couvert les principaux flux de prélèvements sociaux acquittés par les cotisants (employeurs et travailleurs indépendants) et d'impôts et de taxes affectés au financement de la sécurité sociale (comme la TVA, ou les remises versées par les entreprises pharmaceutiques), les principaux flux de prestations sociales (remboursements de frais de santé, indemnités journalières, pensions d'invalidité et rentes AT-MP ; prestations familiales légales et extra-légales et prestations de solidarité versées pour le compte de l'État et des départements ; retraites de droit propre et de droit dérivé ; prises en charge médico-sociales), ainsi que les droits à prestations lorsque la reconnaissance de ces derniers précède l'attribution proprement dite de prestations (droits aux prestations d'assurance maladie, données de carrière prises en compte pour les retraites de droit propre).

Les mesures du risque financier résiduel qui affecte les principales prestations mises en paiement et comptabilisées par les différentes branches, qui rendent compte de l'efficacité du contrôle interne, ont

notamment été vérifiées au moyen de tests permettant d'apprécier la fiabilité du calcul des indicateurs correspondants (règlements de frais de santé en facturation directe, indemnités journalières, retraites et prestations légales et extra-légales versées par les CAF).

2 - Les systèmes d'information

Les dispositifs de contrôle interne propres aux systèmes d'information ont également été audités, afin d'évaluer la portée des risques informatiques. La Cour a notamment examiné les processus relatifs à la sécurité des systèmes d'information, face au risque de cyberattaque en particulier, et aux dispositifs de secours informatique.

Les exigences réglementaires applicables en matière de sécurité des systèmes d'information⁸⁷ ne sont que partiellement satisfaites. Le retard important pris en la matière expose les branches à des risques significatifs, notamment au titre du traitement et de la protection des données. En cas d'incident affectant leurs sites de production, les dispositifs de secours informatique mis en œuvre par les branches font par ailleurs apparaître des marges de progrès.

La Cour a, par ailleurs, confié à des prestataires de service, agissant pour son compte et placés sous sa responsabilité, la conduite d'audits informatiques :

- pour l'activité de recouvrement, un audit a porté sur le processus de gestion des changements à la suite de sa refonte par l'Acof qui s'est achevé fin 2021 ;
- pour les branches maladie et AT-MP, un audit a porté sur la cohérence des données entre celles contenues dans la base de données des assurés des Cnam (base de données opérantes - *BDO*) et celle des cartes Vitale opérée au niveau national par la Cnam ;
- pour la branche famille, un audit a porté sur les échanges de flux entre le système d'information actuel (*SIA*) et le nouveau système d'information (*NSI*), et un deuxième audit a porté sur le processus de gestion des changements informatiques ;

⁸⁷ Politique de sécurité des systèmes d'information des ministères chargés des affaires sociales (PSSI-MCAS), publiée en octobre 2015, règlement général sur la protection des données (RGPD) depuis mai 2018 et exigences relatives à désignation des organismes de sécurité sociale en tant qu'opérateurs de services essentiels (OSE) en septembre 2019.

- pour la branche vieillesse, un audit a porté sur la migration des données des travailleurs indépendants vers le répertoire général des carrières unique (*RGCU*) et du moteur de valorisation de ces carrières et un deuxième audit a porté sur l'outil de mesure du risque financier (*OMRF*) et de son articulation avec le poste de contrôle et de supervision du contrôle des applications retraite (*CESAR*).

3 - Les enregistrements comptables et l'information financière

La justification des opérations comptabilisées et la correcte application par les organismes locaux des traitements comptables fixés par les organismes nationaux ont été vérifiées, ainsi que la correcte comptabilisation par les caisses nationales des notifications de l'Acoss. S'agissant de l'activité de recouvrement, la Cour a plus largement examiné la correcte répartition entre les attributaires de l'Acoss des produits, des encaissements et des charges de prélèvements sociaux et d'impôts et de taxes affectés, ainsi que la réciprocité des créances et des dettes avec l'État.

Ont également été audités les enregistrements comptables qui résultent d'une estimation, notamment les dépréciations de créances sur les cotisants, les produits à recevoir, les provisions pour réductions de produits de prélèvements sociaux, les provisions pour litiges (avec le concours d'un prestataire de service placé sous le contrôle de la Cour), et les charges à payer et provisions pour charges relatives aux prestations sociales.

Les principaux transferts financiers entre les branches du régime général (AVPF notamment) et entre ces dernières et des entités tierces ont également été examinés (transferts en provenance du FSV et intégrations financières aux branches du régime général notamment). Il en va de même des reprises de déficits effectuées par la Cades.

Le processus de combinaison des comptes des organismes appartenant au périmètre des différentes branches et de l'activité de recouvrement a été audité afin d'en apprécier la fiabilité.

Les règles d'élaboration et de présentation des bilans et des comptes de résultat ont été examinées, pour s'assurer du respect des principes comptables, notamment ceux de comptabilisation en droits constatés, d'indépendance des exercices et de non-compensation entre les charges et les produits, et entre les dettes et les créances.

Enfin, la Cour a examiné l'incidence sur les comptes des branches du régime général et de l'activité de recouvrement, ainsi que sur les comptes des organismes nationaux, des événements significatifs intervenus

entre le 31 décembre 2022 et le [16] mai 2023, date à laquelle le présent rapport a été approuvé par la chambre du conseil.

4 - Les vérifications spécifiques relatives aux opérations assurées par le régime général pour d'autres régimes ou organismes

Dans le cadre de ses vérifications portant sur les opérations enregistrées et comptabilisées par les organismes du régime général, la Cour a procédé à des vérifications spécifiques portant sur les opérations assurées par le régime général pour le compte d'autres régimes ou organismes.

S'agissant des produits, la non-comparabilité des produits de prélèvements sociaux des travailleurs indépendants entre les exercices 2021 et 2022, en l'absence de comptes *pro forma*, peut affecter également les attributaires autres que le régime général (notamment l'Unédic à hauteur de 0,3 Md€ et la Cades à hauteur de 0,2 Md€). De même, l'impact d'opérations non comptabilisées dans les comptes de l'activité de recouvrement (créances, dépréciations qui s'y rapportent et provisions pour risque communiquées par la DGFIP et la DGDDI) ne peut être apprécié par attributaire. Les incertitudes qui affectent les provisions pour dépréciations de créances sur les cotisants concernent l'ensemble des attributaires, l'effet des méthodes utilisées pour chaque attributaire ne pouvant être précisé, l'Acos n'ayant pas produit de données détaillées par attributaire.

C - Suivi des constats formulés par la Cour au titre de l'exercice 2021

En tenant compte de la nouvelle présentation du rapport depuis l'exercice 2021, les développements suivants précisent les progrès intervenus par rapport au précédent exercice 2021, les difficultés nouvellement identifiées et celles qui se sont renforcées.

La Cour avait constaté qu'elle n'était pas en mesure de certifier que, au regard des règles et principes comptables qui leur sont applicables, les **comptes de l'activité de recouvrement de l'exercice 2021** étaient réguliers et sincères et donnaient, dans l'ensemble de leurs aspects significatifs, une image fidèle du résultat des opérations de l'exercice écoulé, ainsi que de la situation financière et du patrimoine à la clôture de l'exercice, en raison de la portée particulière d'une des quatre anomalies significatives portant sur les produits de prélèvements sociaux des travailleurs indépendants. Par ailleurs, pour huit autres cas, la Cour ne

disposait pas d'éléments probants suffisants qui permettraient d'écarter le risque d'anomalies significatives dans les comptes.

L'absence d'effet sur les résultats de l'exercice 2022 des branches concernées du régime général et des attributaires extérieurs à ce dernier de l'anomalie significative précitée, contrairement à ceux de 2020 et de 2021, ne constitue plus un motif de refus de certification (C-1 du rapport de certification des comptes de 2021). En revanche, l'absence de production par l'Acosse de comptes *pro forma* pour 2021 justifie le maintien d'un désaccord de présentation des comptes pour 2022. C'est également le cas de l'anomalie significative portant sur les modalités de comptabilisation de la réduction forfaitaire « covid » en faveur des travailleurs indépendants, en raison de son lien avec le point qui précède (C-2 du rapport de certification des comptes de 2021).

Par ailleurs, du fait de son montant, pris individuellement, qui n'affecte ni le résultat des comptes de l'État ni de façon significative la comparabilité des comptes, l'anomalie significative relative aux modalités de comptabilisation des exonérations et de l'aide au paiement « covid » en faveur des employeurs de salariés est levée (C-3 du rapport de certification des comptes de 2021).

Par rapport à l'opinion exprimée sur les comptes de 2021, plusieurs constats ont été allégés (D-5 et D-6) au regard de progrès sur le contrôle interne ou encore de l'incidence parfois limitée de certains éléments les sous-tendant (comme par exemple, la non-application par les Urssaf de la taxation d'office des micro-entrepreneurs ne respectant pas leurs obligations déclaratives et des pénalités en cas de déclaration tardive des revenus professionnels des travailleurs indépendants). D'autres constats ont en revanche été renforcés (D-2, D-4 et D-8).

La Cour avait certifié les **comptes de la branche maladie de l'exercice 2021** en assortissant son opinion d'une réserve fondée sur le constat de trois anomalies significatives et de neuf insuffisances d'éléments probants. La troisième anomalie significative qui portait en 2021 sur la présentation des comptes est levée en 2022, les erreurs (majoration à tort du bilan et classement à tort de charges à payer en provisions) ayant été corrigées en 2022.

La Cour avait certifié les **comptes de la branche AT-MP de l'exercice 2021** en assortissant son opinion d'une réserve fondée sur le constat de deux anomalies significatives et de huit insuffisances d'éléments probants. Comme pour la branche maladie, l'anomalie significative est corrigée, l'erreur (classement à tort de charges à payer en provisions) ayant été corrigée en 2022.

La Cour avait certifié les **comptes de la branche famille de l'exercice 2021** assortissant son opinion d'une réserve fondée sur une anomalie significative et cinq insuffisances d'éléments probants relatives au cadre général du contrôle interne, aux erreurs affectant les prestations légales du fait d'une fiabilité insuffisante des données déclaratives, aux erreurs affectant les prestations légales ayant une origine interne aux CAF, des erreurs affectant les prestations extra-légales d'action sociale, et au recouvrement des indus sur prestations.

Au 31 décembre 2022, l'anomalie significative demeure, ainsi que les cinq insuffisances d'éléments probants. Une nouvelle insuffisance d'éléments probants a été introduite, relative aux erreurs résiduelles imputables à des données déclaratives non corrigées, après contrôle interne.

De plus, par rapport à l'opinion exprimée sur les comptes de 2021, le constat relatif à la période retenue pour le calcul des indus à recouvrer (B-4) a été renforcé, la profondeur historique à prendre en compte pour le recouvrement allant au-delà de cinq années. Cinq constats nouveaux ont été introduits, sur l'incidence des allègements des objectifs de contrôle sur le niveau des indus (A-1), sur les diligences destinées à prévenir les conflits d'intérêt (A-3), l'actualité du modèle d'exploration des données entrantes (B-1), l'insuffisante couverture des risques qui ne saurait être estimée à l'aune du rendement financier de contrôles dont le volume diminue (B-1), et enfin le périmètre trop réduit retenu pour le calcul de l'indicateur de recouvrement de l'Aripa (B-4).

A été levé un constat (le risque de fraude interne induit par le développement du télétravail, pour lequel aucun risque avéré n'a été identifié par les CAF). Le constat portant sur le contrôle interne encadrant le versement du RSA et de la PPA (B-2) a été amendé, le référentiel documentaire étant disponible, ainsi que celui sur les conventions entre CAF et conseils départementaux portant sur la gestion du RSA, les CAF disposant très majoritairement désormais de conventions à jour (B-2). Le constat portant sur le respect des prescriptions réglementaires en matière de respect des dates d'exigibilité (B-4) a également été amendé, des correctifs ayant été apportés aux systèmes d'information, qui permettent une meilleure observation de ces délais.

La Cour avait certifié les **comptes de la branche vieillesse de l'exercice 2021** en assortissant son opinion d'une réserve fondée sur une anomalie significative et quatre insuffisances d'éléments probants relatives au cadre général du contrôle interne de la branche, aux anomalies affectant les données de carrière à l'origine des droits à retraite, aux erreurs affectant les attributions de prestations, aux erreurs affectant les révisions de droit et de service.

Au 31 décembre 2022, l'anomalie significative demeure, ainsi que les quatre insuffisances d'éléments probants. Deux nouvelles insuffisances d'éléments probants ont été introduites, relatives aux risques relatifs aux données relatives aux cotisations versées par les travailleurs indépendants et aux provisions pour rappels de majorations en attente de calcul. Le constat relatif à la gestion des cumuls d'habilitations a été allégé.

La Cour avait certifié les **comptes de la branche autonomie de l'exercice 2021** en assortissant son opinion d'une réserve fondée sur le constat de trois anomalies significatives et de six insuffisances d'éléments probants.

Par rapport à l'opinion exprimée sur les comptes de 2021, plusieurs constats d'audit ont été atténués du fait d'actions engagées par la CNSA afin de répondre à des constats de la Cour, en particulier sur le processus de production des comptes.

IV - Communication des résultats de l'audit

La Cour effectue des vérifications dites « intermédiaires » puis des vérifications dites « finales ». Au cours de ces deux phases, les échanges entre la Cour d'une part, et les organismes nationaux du régime général de sécurité sociale et la direction de la sécurité sociale d'autre part, ont été continus.

A - À l'issue des missions intermédiaires

Réalisées de juillet à décembre, les missions intermédiaires ont permis d'apprécier la capacité des dispositifs de contrôle interne, mis en œuvre par les services ordonnateurs et par les directions comptables et financières des organismes nationaux et des organismes de base du régime général, à prévenir les risques d'erreurs significatives dans les comptes, à les détecter s'il y a lieu et à en assurer la correction.

La Cour a conduit ses travaux dans les organismes nationaux et dans un échantillon d'organismes de base, sur place et sur pièces⁸⁸. Pour la

⁸⁸ Pour l'**activité de recouvrement**, les Urssaf d'Île-de-France, des Pays-de-la-Loire et de Poitou-Charentes ainsi que l'Urssaf d'Auvergne pour le centre Pajemploi. Pour les **branches maladie et AT-MP**, les CPAM de la Gironde, des Hauts-de-Seine, de la Mayenne, du Morbihan, de Paris et du Puy-de-Dôme, la Carsat Nouvelle-Aquitaine, les centres de traitement informatique de Strasbourg, de Toulouse et le Crip de Versailles. Pour la **branche famille**, CAF de Gironde et de l'Hérault. Pour la **branche vieillesse**,

branche maladie, ils ont également comporté des échanges avec l'Atih. Pour la branche autonomie, ils ont été complétés d'entretiens en maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) ou maisons départementales de l'autonomie (MDA)⁸⁹, visant notamment à appréhender l'organisation de ces structures et plus spécifiquement le processus de gestion de l'AEEH dans sa globalité. Des réunions régulières ont permis d'accompagner les organismes nationaux des différentes branches dans la formalisation et le suivi de trajectoires pluriannuelles de levée des constats d'audit sous-jacents aux réserves. Des échanges ont eu lieu avec la direction de la sécurité sociale, la direction du budget et la DGFIP.

Au terme des missions intermédiaires, la Cour a adressé le 29 novembre 2022, sur le fondement de l'article R. 143-20 du code des juridictions financières, des synthèses des constats provisoires réalisés et des préconisations que ceux-ci appelaient aux directeurs de l'Acos, de la Cnaf, de la Cnam, de la Cnav et de la CNSA, ainsi qu'au directeur de la sécurité sociale, à la directrice du budget et au directeur général des finances publiques.

Les rapporteurs de la Cour ont transmis le même jour aux organismes nationaux et à leurs administrations de tutelle, sur le fondement de l'article R. 143-19 du code précité, des notes de synthèse détaillant les constats provisoires découlant des vérifications opérées.

B - À l'issue des missions finales

Les vérifications finales se sont déroulées de janvier à avril 2023. Après une période dite « pré-finale » consacrée à leur préparation et à la poursuite de vérifications intermédiaires en cours, les comptes ont été audités à partir de la transmission des versions provisoires des comptes de résultat et des bilans. Ces travaux ont été effectués dans les organismes nationaux et dans certains organismes locaux précités. En application de l'arrêté du 24 décembre 2014 fixant le calendrier d'établissement des comptes annuels des organismes de sécurité sociale, les versions provisoires des comptes de résultat et des bilans

la Cnav en Île-de-France et les Carsat du Languedoc-Roussillon, de Bretagne (centre délégué d'Auray) et de Centre-Val-de-Loire. Au titre de la **branche autonomie**, les CPAM de la Gironde et des Hauts-de-Seine, les CAF de la Gironde et de l'Hérault.

⁸⁹ MDPH de la Gironde et MDA de l'Hérault.

ont été communiquées à la Cour le 22 février et les versions définitives le 15 mars 2023⁹⁰.

La Cour a recueilli auprès de chacun des organismes nationaux, les 22 février 2023, les déclarations de la direction prévues par la norme internationale d'audit ISA 580, portant sur des points susceptibles d'affecter ses opinions sur les comptes, tels que les écarts entre les règles de gestion et les règles de droit applicables, les anomalies et incidents informatiques non résolus, les risques juridiques et les fraudes internes. La nature et les résultats des travaux effectués par les directions comptables et financières des organismes nationaux afin de valider les comptes des organismes locaux ont été évalués, la norme ISA 610 reconnaissant à l'auditeur la faculté de les utiliser pour ses propres travaux.

Au cours des vérifications opérées sur les comptes du régime général de l'exercice 2022, 57 observations d'audit ont été adressées aux producteurs des comptes (50 au titre des comptes de 2021). Plusieurs de ces observations comportaient des demandes d'ajustements des comptes, pour les montants présentés dans le tableau suivant.

**Tableau n° 3 : suivi des corrections demandées
sur les comptes provisoires**

Corrections demandées (en M€)	Nature des incidences sur les comptes	Correction prises en compte en M€
1 821	Baisse du résultat du régime général et des autres attributaires	1 721
261	Hausse du résultat du régime général et des autres attributaires	239
6 913	Reclassements sans incidence sur les résultats du régime général	5 097

Source : Cour des comptes.

⁹⁰ À l'exception des comptes provisoires et définitifs de la branche maladie, de la branche accidents du travail – maladies professionnelles et de la Cnam, respectivement transmis les 23 février et 16 mars.

La Cour a vérifié la fiabilité de l'information financière présentée dans les annexes aux comptes, dont les projets lui ont été transmis pour audit jusqu'au 4 avril 2023.

En application de la norme ISA 580, les directeurs et les directeurs comptables et financiers des organismes nationaux ont transmis à la Cour, le 18 avril 2023, une lettre d'affirmation, par laquelle ils indiquent avoir satisfait à leurs responsabilités relatives à l'établissement des comptes, communiqué toutes les informations pertinentes et utiles à l'auditeur et enregistré et traduit dans les comptes l'ensemble des opérations.

Le projet de rapport de certification a été contredit avec les organismes nationaux du régime général, avec la direction de la sécurité sociale et la direction du budget, ainsi qu'avec la DGFIP, pour les parties qui la concernent. Il a donné lieu les 17 et 19 avril 2023 à des auditions devant la Sixième chambre des directeurs et directeurs comptables et financiers des organismes nationaux du régime général, du directeur de la sécurité sociale et des représentants de la directrice du budget et du directeur général des finances publiques.

Annexes

A - Les états financiers de l'exercice 2022

Les états financiers de l'activité de recouvrement et des branches maladie, accidents du travail et maladies professionnelles, famille, vieillesse et autonomie et ceux des organismes nationaux du régime général (Acoss, Cnam, Cnaf et Cnav) consistent, pour chacune de ces entités, en un bilan, un compte de résultat et une annexe. Ces éléments forment un tout indissociable.

Les organismes nationaux du régime général portent leurs états financiers à la connaissance du public sur leur site internet. La Cour reproduit ci-après, pour l'information du lecteur et sous une forme synthétique, les bilans et les comptes de résultat des branches et de l'activité de recouvrement du régime général. Les annexes ne sont pas reprises, compte tenu de leur volume.

Il convient de souligner que le compte de résultat de l'activité de recouvrement ne retrace qu'une partie des produits de prélèvements sociaux et d'impôts et taxes affectés, ceux destinés aux contributeurs extérieurs au champ des lois de financement de la sécurité sociale étant comptabilisés uniquement au bilan, en comptes de tiers (49,6 Md€ au total en 2022). De même, les prestations versées par les CAF pour le compte de l'État (aides au logement, prime d'activité et AAH) et des départements (RSA) ne figurent pas au compte de résultat de la branche famille, compte tenu de leur comptabilisation uniquement au bilan, en comptes de tiers (48,4 Md€ au total en 2022). Enfin, les prestations versées par les CPAM pour le compte de tiers (principalement au titre de l'aide médicale de l'État) s'établissent à 1,3 Md€ dans les comptes de la branche maladie.

Les comptes présentés en annexe résument les états financiers transmis par les organismes nationaux du régime général et comportent dans certains cas une colonne *pro forma* pour l'exercice 2021. Il est précisé que ces montants *pro forma* ne tiennent pas compte des demandes de correction formulées par la Cour pour assurer la comparabilité des produits de prélèvements sociaux des travailleurs indépendants et du résultat de chaque branche entre les exercices 2020 et 2021 (des précisions sont apportées sous chacun des états financiers concernés).

Bilan résumé - Activité de recouvrement

ACTIF (en M€)	2022			2021	Variation
	Brut	Amortissements et dépréciations	Net	Net	
ACTIF IMMOBILISE					
Immobilisations incorporelles	560,5	288,5	272,0	259,0	5,0 %
Immobilisations corporelles	1 102,0	684,5	417,4	426,5	- 2,1 %
Immobilisations financières	3 694,4	0,0	3 694,3	1 994,7	85,2 %
TOTAL DE L'ACTIF IMMOBILISE	5 356,8	973,1	4 383,8	2 680,3	63,6 %
ACTIF CIRCULANT					
Créances à l'égard des cotisants	83 287,1	26 828,5	56 458,7	59 559,9	- 5,2 %
Cotisants douteux ou litigieux	37 653,5	26 828,5	10 825,1	18 423,7	- 41,2 %
Cotisants : produits à recevoir	45 633,6	0,0	45 633,6	41 136,2	10,9 %
Prestations et allocations indues	0,2	0,0	0,2	0,3	- 9,6 %
Créances sur l'État et entités publiques	14 218,0	0,0	14 218,0	15 260,6	- 6,8 %
Créances sur les organismes et autres régimes de sécurité sociale	28 168,1	0,0	28 168,1	46 250,3	- 39,1 %
Créances au titre de la gestion administrative	11,4	0,0	11,4	9,0	26,5 %
Débiteurs divers	339,8	4,6	335,3	327,0	2,5 %
Comptes transitoires ou d'attente	9,6	0,0	9,6	163,3	- 94,1 %
Charges constatées d'avance	155,7	0,0	155,7	41,5	275,1 %
TOTAL DE L'ACTIF CIRCULANT	126 189,9	26 833,1	99 356,9	121 611,8	- 18,3 %
TRESORERIE ACTIVE					
Banques, établissements financiers et assimilés	10 131,8	0,0	10 131,8	10 690,8	- 5,2 %
Instruments financiers	1 023,0	0,0	1 023,0	1 501,7	- 31,9 %
TOTAL TRESORERIE ACTIVE	11 154,9	0,0	11 154,9	12 192,6	- 8,5 %
TOTAL ACTIF	142 701,6	27 806,1	114 895,5	136 484,6	- 15,8 %

PASSIF (en M€)	2022	2021	Variation
CAPITAUX PROPRES			
Dotations, apports	47,0	45,8	2,5 %
Réserves	363,5	381,3	- 4,7 %
Report à nouveau	179,3	179,6	- 0,1 %
Résultat de l'exercice (excédent ou déficit)	- 17,8	- 17,8	0,0 %
Biens remis en pleine propriété aux organismes	0,0	0,0	0,0 %
Subventions d'investissement	0,3	0,2	14,5 %
TOTAL DES CAPITAUX PROPRES	572,3	589,2	- 2,9 %
PROVISIONS			
Provisions au titre de la gestion administrative	52,9	56,0	- 5,5 %
Provisions au titre de la gestion technique	3 496,0	3 655,1	- 4,4 %
TOTAL DES PROVISIONS	3 548,9	3 711,0	- 4,4 %
DETTES FINANCIERES			
Dépôts reçus d'autres organismes de sécurité sociale (<1 an)	333,8	578,0	- 42,2 %
Prêts Caisse des dépôts et consignations (<1an)	0,0	0,0	- 21,7 %
Billets de trésorerie / Neu Commercial Papers	8 491,3	8 750,2	- 3,0 %
Euro commercial papers	17 626,7	35 335,1	- 50,1 %
Autres	0,6	17,1	- 96,5 %
TOTAL DES DETTES FINANCIERES	26 452,4	44 680,4	- 40,8 %
DETTES NON FINANCIERES			
Dettes à l'égard des cotisants	4 358,0	3 344,1	30,3 %
Dettes liées aux prestations sociales	6,4	1,6	306,5 %
Dettes à l'égard de l'État et entités publiques	3 082,4	6 949,1	- 55,6 %
Dettes à l'égard d'organismes et autres régimes de sécurité sociale	69 402,6	64 704,5	7,3 %
Compte de suivi financier	1 237,3	3 327,6	- 62,8 %
Dettes au titre de la gestion administrative	271,9	255,2	6,6 %
Créditeurs divers	4 009,9	6 103,5	- 34,3 %
Comptes transitoires ou d'attente	519,0	948,7	- 45,3 %
Produits constatés d'avance	499,7	508,4	- 1,7 %
TOTAL DES DETTES NON FINANCIERES	83 387,2	86 142,5	- 3,2 %
TRESORERIE PASSIVE			
Instruments financiers	934,7	1 361,6	- 31,4 %
TOTAL TRESORERIE PASSIVE	934,7	1 361,6	- 31,4 %
TOTAL PASSIF	114 895,5	136 484,6	- 15,8 %

Compte de résultat résumé - Activité de recouvrement

PRODUITS (en M€)	2022	2021	Variation
PRODUITS DE GESTION TECHNIQUE			
Cotisations, impôts et produits affectés	501 971,4	471 758,7	6,4 %
Cotisations sociales	232 382,9	215 476,9	7,8 %
Cotisations prises en charge par l'État	6 352,0	9 549,7	- 33,5 %
Cotisations prises en charge par la sécurité sociale	1 707,3	1 466,3	16,4 %
Impôts : contribution sociale généralisée	141 618,1	131 421,5	7,8 %
Impôts et taxes affectés	109 894,7	105 065,8	4,6 %
Autres cotisations et contributions affectées	1 512,9	866,7	74,6 %
Contribution au remboursement de la dette sociale	8 503,5	7 911,9	7,5 %
Produits techniques	11 892,9	9 419,1	26,3 %
Reprises sur provisions pour charges techniques et pour dépréciation	1 064,8	1 851,9	- 42,5 %
TOTAL PRODUITS DE GESTION TECHNIQUE	514 929,1	483 029,8	6,6 %
PRODUITS DE GESTION COURANTE			
Ventes de produits et prestations de services	277,9	321,1	- 13,5 %
Production immobilisée	84,3	68,0	24,0 %
Produits des cessions d'éléments d'actif	7,1	21,3	- 66,8 %
Quotes-parts d'éléments virés au compte de résultat	0,1	0,0	14,5 %
Divers produits de gestion courante	105,0	84,7	24,0 %
Contribution des caisses nationales du régime général	1 070,3	972,3	10,1 %
Reprises sur amortissements, dépréciations et provisions	31,2	31,6	- 1,3 %
TOTAL PRODUITS DE GESTION COURANTE	1 575,8	1 499,0	5,1 %
PRODUITS FINANCIERS			
Revenus des créances diverses	0,0	0,0	- 91,1 %
Produits d'intérêts	188,9	412,3	- 54,2 %
TOTAL PRODUITS FINANCIERS	188,9	412,4	- 54,2 %
TOTAL PRODUITS	516 693,8	484 941,2	6,5 %

CHARGES (en M€)	2022	2021	Variation
CHARGES DE GESTION TECHNIQUE			
Transferts de produits	499 632,3	468 154,3	6,7 %
CNAM	222 508,2	209 994,3	6,0 %
CNAF	52 344,4	50 826,8	3,0 %
CNAV	120 821,9	113 213,2	6,7 %
CNSA	35 049,5	32 543,2	7,7 %
Autres attributaires	68 908,4	61 576,8	11,9 %
Pertes sur créances irrécouvrables	2 344,3	2 003,0	17,0 %
Frais d'assiette et de non recouvrement au titre de recettes recouvrées par l'État	815,8	753,3	8,3 %
Affectation au régime général du solde excédentaire dispositif RSD	212,6	0,0	n/a
Compensation réduction générale (Unédic, Agirc Arrco et Crpnac)	11 009,2	9 202,3	19,6 %
Affectation au régime général du solde excédentaire compensation réduction générale	0,0	521,8	- 100,0 %
Compensation aide au paiement des cotisations	165,1	1 802,2	- 90,8 %
Prestations d'action sociale	38,4	80,0	- 52,0 %
Dotations aux provisions pour charges techniques et dépréciations	711,5	513,0	38,7 %
Dotations pour charges techniques	112,4	354,8	- 68,3 %
Dotations pour dépréciation des actifs circulants	599,1	158,2	278,7 %
TOTAL CHARGES DE GESTION TECHNIQUE	514 929,1	483 029,8	6,6 %
CHARGES DE GESTION COURANTE			
Achats et autres charges externes	315,3	282,0	11,8 %
Impôts et taxes	103,9	102,7	1,2 %
Charges de personnel	899,6	885,6	1,6 %
Valeurs comptables des éléments d'actifs cédés	27,4	9,3	195,0 %
Autres charges de gestion courante	96,2	102,6	- 6,3 %
Dotations aux amortissements, dépréciations et provisions	142,6	125,3	13,9 %
TOTAL CHARGES DE GESTION COURANTE	1 585,0	1 507,5	5,1 %
CHARGES FINANCIERES			
Charges financières sur opérations diverses	0,0	0,0	151,6 %
Charges d'intérêts	188,8	412,3	- 54,2 %
TOTAL CHARGES FINANCIERES	188,8	412,3	- 54,2 %
IMPOTS SUR LES BENEFICES	8,6	9,3	- 7,6 %
TOTAL DES CHARGES	516 711,5	484 958,9	6,5 %
RESULTAT NET DE L'EXERCICE	- 17,8	- 17,8	0,0 %

Bilan résumé - Branche Maladie

ACTIF (en M€)	2022			2021 <i>Pro forma</i>	2021 Publié	Variation*
	Brut	Amortissements et dépréciations	Net	Net	Net	
ACTIF IMMOBILISE						
Immobilisations incorporelles	1 733,8	1 198,1	535,8	476,2	476,2	12,5%
Immobilisations corporelles	3 890,2	2 409,1	1 481,0	1 458,5	1 458,5	1,5%
Immobilisations financières	768,4	0,7	767,7	844,9	844,9	-9,1%
TOTAL ACTIF IMMOBILISE	6 392,5	3 607,9	2 784,5	2 779,6	2 779,6	0,2%
ACTIF CIRCULANT						
Stock et en-cours	0,2	0,0	0,2	0,2	0,2	-6,2%
Créances d'exploitation	54 178,1	11 668,5	42 509,6	43 475,4	43 475,4	-2,2%
Fournisseurs, intermédiaires soc et prest débiteurs	4 327,9	2 071,0	2 256,9	2 830,9	2 830,9	-20,3%
Clients, cotisants et comptes rattachés	74 950,7	21 266,0	53 684,7	25 205,6	25 205,6	113,0%
Personnel et comptes rattachés	12,4	0,0	12,4	13,8	13,8	-9,6%
Sécurité sociale et autres organismes sociaux	11,7		11,7	16,2	16,2	-27,4%
Entités publiques	9 116,5		9 116,5	9 038,2	9 038,2	0,9%
Organismes et autres régimes de sécurité sociale	5 398,3		5 398,3	6 370,8	6 370,8	-15,3%
Débiteurs divers	2 577,7	109,8	2 467,8	2 599,9	2 599,9	-5,1%
Comptes transitoires et d'attente	78,5		78,5	92,3	92,3	-15,0%
Charges constatées d'avance	15,2		15,2	19,8	19,8	-23,4%
Trésorerie active	3,7		3,7	-10,2	-10,2	136,4%
TOTAL ACTIF CIRCULANT	56 853,5	11 778,3	45 075,2	46 177,5	46 177,5	-2,4%
TOTAL ACTIF	63 245,9	15 386,3	47 859,7	48 957,1	48 957,1	-2,2%

(*) Variation entre les comptes pro forma 2021 et les comptes 2022.

PASSIF (en M€)	2022	2021 <i>Pro forma</i>	2021 Publié	Variation*
CAPITAUX PROPRES				
Dotations, apports et réserves	9 947,4	5 695,3	5 695,3	74,7%
Report à nouveau	-569,6	-11 341,2	-11 341,2	95,0%
Résultat net de l'exercice	-20 994,9	-26 056,7	-26 056,7	19,4%
Subventions d'investissement, provisions réglementées	7,8	5,4	5,4	44,2%
TOTAL CAPITAUX PROPRES	-11 609,4	-31 697,1	-31 697,1	63,4%
PROVISIONS				
Provisions pour risques et charges de gestion courante	54,4	48,3	48,3	12,7%
Provisions pour risques et charges de gestion technique	7 274,8	12 051,9	12 051,9	-39,6%
Autres provisions pour charges	131,1	132,0	132,0	-0,7%
TOTAL PROVISIONS	7 460,3	12 232,2	12 232,2	-39,0%
DETTES FINANCIERES				
TOTAL DETTES FINANCIERES	0,1	0,1	335,4	0,0%
AUTRES DETTES				
Cotisants et clients créditeurs	2 151,3	1 623,5	1 623,5	32,5%
Fournisseurs	216,8	163,2	163,2	32,8%
Prestataires-versements directs aux assurés et allocataires	48,2	210,6	210,6	-77,1%
Prestataires-versements à des tiers	886,1	885,8	885,8	0,0%
Personnel et comptes rattachés	354,0	358,3	358,3	-1,2%
Sécurité sociale et autres organismes sociaux	198,6	198,9	198,9	-0,2%
Entités publiques	1 296,7	1 787,3	1 787,3	-27,5%
Organismes et autres régimes de sécurité sociale	26 866,4	45 131,7	45 131,7	-40,5%
Créditeurs divers	16 941,4	13 393,8	13 393,8	23,5%
Comptes transitoires ou d'attente	3 054,1	4 328,0	4 328,0	-29,4%
Produits constatés d'avance	5,5	5,6	5,6	-1,8%
TOTAL AUTRES DETTES	51 619,1	68 086,7	68 086,7	-24,2%
TRESORERIE PASSIVE	389,6	335,3		16,2%
TOTAL PASSIF	47 859,7	48 957,1	48 957,1	-2,2%

(*) Variation entre les comptes pro forma 2021 et les comptes 2022.

Les comptes *pro forma* 2021 présentés dans le tableau ci-dessus, résumant les états financiers transmis par la Cnam, ne correspondent pas aux demandes formulées par la Cour dans le cadre de l'audit pour tenir compte de l'adoption de l'article 1^{er} de la LFSS pour 2023. Si ces corrections avaient été effectuées, dans le passif du bilan *pro forma* pour 2021, le report à nouveau s'établirait à - 8,7 Md€ (au lieu de -11,3 Md€) et le résultat net de l'exercice à - 28,7 Md€ (au lieu de - 26,1 Md€).

Compte de résultat résumé - Branche Maladie

PRODUITS (en M€)	2022	2021 <i>Pro forma</i>	2021 Publié	Variation*
PRODUITS DE GESTION TECHNIQUE				
Cotisations, impôts et produits affectés	201 125,3	191 100,1	191 100,1	5,2%
Cotisations sociales	77 431,0	72 972,4	73 091,8	6,1%
Cotisations prises en charge par l'Etat	2 108,7	2 813,6	2 813,6	-25,1%
Cotisations prises en charge par la sécurité sociale	1 504,6	1 297,8	1 297,8	15,9%
Produits versés par une entité publique	1 045,6	930,2	930,2	12,4%
Contribution sociale généralisée (CSG)	49 385,1	45 945,5	45 945,5	7,5%
Impôts et taxes affectés	68 865,3	66 184,3	66 184,8	4,1%
Autres impôts et taxes affectés			-0,5	
Autres cotisations et contributions affectées	784,9	956,2	836,8	-17,9%
Produits techniques	2 378,4	2 156,4	2 156,4	10,3%
Divers produits techniques	9 697,1	8 049,7	7 988,8	20,5%
Reprises sur provisions et dépréciations	11 604,1	12 105,3	12 105,3	-4,1%
TOTAL PRODUITS DE GESTION TECHNIQUE	224 804,9	213 411,5	213 350,6	5,3%
PRODUITS DE GESTION COURANTE				
TOTAL PRODUITS DE GESTION COURANTE	468,4	490,0	435,0	-4,4%
PRODUITS FINANCIERS				
TOTAL PRODUITS FINANCIERS	110,1	247,8	247,8	-55,6%
PRODUITS EXCEPTIONNELS				
TOTAL PRODUITS EXCEPTIONNELS	0,0	0,0	115,9	-
TOTAL DES PRODUITS	225 383,3	214 149,2	214 149,2	5,2%
CHARGES (en M€)	2022	2021 <i>Pro forma</i>	2021 Publié	Variation*
CHARGES DE GESTION TECHNIQUE				
Prestations sociales	208 457,5	201 336,3	197 091,0	3,5%
Prestations légales	207 497,7	200 436,6	196 191,4	3,5%
Prestations extra-légales : action sanitaire et sociale	136,7	122,6	122,6	11,5%
Autres prestations	823,0	777,0	1 022,2	5,9%
Charges techniques, transferts, subventions et contributions dont :	24 182,8	24 954,7	24 926,2	-3,1%
Compensations	10 600,7	10 405,3	10 405,3	1,9%
Prise en charge cotisations	2 451,9	2 208,4	2 208,4	11,0%
Contributions versées à la CNSA	0,0	550,0	550,0	-100,0%
Autres charges techniques	11 114,4	11 773,7	11 745,2	-5,6%
Diverses charges techniques	1 549,5	1 520,5	1 520,3	1,9%
Dotations aux provisions pour charges techniques	6 413,6	6 714,9	10 988,6	-4,5%
TOTAL CHARGES DE GESTION TECHNIQUE	240 603,3	234 526,3	234 526,1	2,6%
CHARGES DE GESTION COURANTE				
Achats et charges externes	876,3	745,8	745,8	17,5%
Impôts et taxes	351,2	361,8	361,7	-2,9%
Charges de personnel	3 391,6	3 518,5	3 518,5	-3,6%
Diverses charges de gestion courante	789,6	730,6	698,0	13,1%
Dotations aux amortissements, aux dépréciations et aux provisions	347,3	310,7	310,3	11,9%
TOTAL CHARGES DE GESTION COURANTE	5 756,1	5 667,4	5 634,4	2,2%
CHARGES FINANCIERES				
TOTAL CHARGES FINANCIERES	18,8	12,2	12,2	54,4%
CHARGES EXCEPTIONNELLES				
TOTAL CHARGES EXCEPTIONNELLES	0,0	0,0	33,2	-
IMPOTS SUR LES BENEFICES ET ASSIMILES				
TOTAL IMPOTS SUR LES BENEFICES ET ASSIMILES	0,1	0,1	0,1	-5,6%
TOTAL DES CHARGES	246 378,3	240 205,9	240 205,9	2,6%
RESULTAT NET DE L'EXERCICE	-20 994,9	-26 056,7	-26 056,7	19,4%

(*) Variation entre les comptes *pro forma* 2021 et les comptes 2022.

Les comptes *pro forma* 2021 présentés dans le tableau ci-dessus, résumant les états financiers transmis par la Cnam, ne correspondent pas aux demandes formulées par la Cour dans le cadre de l'audit pour tenir compte de l'adoption de l'article 1^{er} de la LFSS pour 2023. Si ces corrections avaient été effectuées, dans le compte de résultat *pro forma* pour 2021, le montant des produits de gestion technique s'établirait à 231,9 Md€ (au lieu de 234,5 Md€) et le résultat net de l'exercice à - 28,7 Md€ (au lieu de - 26,1 Md€).

Bilan résumé - Branche AT-MP

ACTIF (en M€)	2022			2021 Pro forma	2021 Publié	Variation*
	Brut	Amortissements et dépréciations	Net	Net	Net	
ACTIF IMMOBILISE						
Immobilisations incorporelles	242,5	165,5	77,0	70,3	70,3	9,5%
Immobilisations corporelles	486,4	301,9	184,5	181,4	181,4	1,7%
Immobilisations financières	27,8	0,2	27,6	29,3	29,3	-5,7%
TOTAL ACTIF IMMOBILISE	756,6	467,5	289,1	280,9	280,9	2,9%
ACTIF CIRCULANT						
Stock et en-cours	0,0		0,0	0,0	0,0	-5,9%
Créances d'exploitation	10 685,3	1 921,7	8 763,5	7 077,1	7 077,1	23,8%
Fournisseurs, intermédiaires soc et prest débiteurs	1 147,1	684,3	462,8	425,3	425,3	8,8%
Clients, cotisants et comptes rattachés	3 210,1	1 237,5	1 972,6	2 096,3	2 096,3	-5,9%
Personnel et comptes rattachés	1,5		1,5	1,4	1,4	6,3%
Sécurité sociale et autres organismes sociaux	1,6		1,6	2,0	2,0	-20,6%
Entités publiques	20,3		20,3	127,2	127,2	-84,0%
Organismes et autres régimes de sécurité sociale	6 304,7		6 304,7	4 424,8	4 424,8	42,5%
Débiteurs divers	15,9	0,0	15,9	19,6	19,6	-18,9%
Comptes transitoires et d'attente	156,2		156,2	146,9	146,9	6,3%
Charges constatées d'avance	14,6		14,6	14,3	14,3	2,1%
Trésorerie active	3,4		3,4	19,8	19,8	-82,8%
TOTAL ACTIF CIRCULANT	10 875,4	1 921,7	8 953,7	7 277,7	7 277,7	23,0%
TOTAL ACTIF	11 632,0	2 389,3	9 242,8	7 558,6	7 558,6	22,3%
PASSIF (en M€)	2022		2021 Pro forma	2021 Publié	Variation*	
CAPITAUX PROPRES						
Dotations, apports et réserves			115,2	115,3	-0,1%	
Report à nouveau			4 521,0	3 316,6	36,3%	
Résultat net de l'exercice			1 624,6	1 191,0	36,4%	
Subventions d'investissement, provisions réglementées			0,3	0,3	7,2%	
TOTAL CAPITAUX PROPRES			6 261,2	4 623,2	35,4%	
PROVISIONS						
Provisions pour risques et charges de gestion courante			5,8	8,0	-27,0%	
Provisions pour risques et charges de gestion technique			1 304,9	1 349,6	-3,3%	
Autres provisions pour charges			20,9	21,4	-2,4%	
TOTAL PROVISIONS			1 331,6	1 379,0	-3,4%	
DETTES FINANCIERES						
TOTAL DETTES FINANCIERES			0,0	0,0	0,0%	
AUTRES DETTES						
Cotisants et clients créditeurs			112,0	103,3	8,4%	
Fournisseurs			35,0	28,2	24,2%	
Prestataires-versements directs aux assurés et allocataires			6,5	9,7	-32,6%	
Prestataires-versements à des tiers			28,6	29,2	-2,2%	
Personnel et comptes rattachés			63,3	62,5	1,3%	
Sécurité sociale et autres organismes sociaux			36,8	35,9	2,4%	
Entités publiques			289,7	281,2	3,0%	
Organismes et autres régimes de sécurité sociale			306,7	279,9	9,6%	
Créditeurs divers			705,5	659,1	7,0%	
Comptes transitoires ou d'attente			36,5	40,9	-10,7%	
Produits constatés d'avance			0,0	0,0	-100,0%	
TOTAL AUTRES DETTES			1 620,7	1 529,9	5,9%	
TRESORERIE PASSIVE			29,4	26,5	10,9%	
TOTAL PASSIF			9 242,8	7 558,6	22,3%	

(*) Variation entre les comptes pro forma 2021 et les comptes 2022.

Compte de résultat résumé - Branche AT-MP

PRODUITS (en M€)	2022	2021 <i>Pro forma</i>	2021 Publié	Variation*
PRODUITS DE GESTION TECHNIQUE				
Cotisations, impôts et produits affectés	14 285,0	13 291,4	13 291,4	7,5%
Cotisations sociales	14 110,0	13 032,1	13 052,3	8,3%
Cotisations prises en charge par l'Etat	126,1	234,2	234,2	-46,2%
Produits versés par une entité publique	3,3	4,9	4,9	-33,3%
Impôts et taxes affectés	0,0	0,0	0,0	93,2%
Produits techniques	13,8	33,1	33,1	-58,4%
Divers produits techniques	565,4	537,9	531,7	5,1%
Reprises sur provisions et dépréciations	748,2	783,6	783,6	-4,5%
TOTAL PRODUITS DE GESTION TECHNIQUE	15 612,3	14 646,1	14 639,9	6,6%
PRODUITS DE GESTION COURANTE				
TOTAL PRODUITS DE GESTION COURANTE	35,6	69,3	65,5	-48,6%
PRODUITS FINANCIERS				
TOTAL PRODUITS FINANCIERS	0,0	0,1	0,1	-78,3%
PRODUITS EXCEPTIONNELS				
TOTAL PRODUITS EXCEPTIONNELS	0,0	0,0	9,9	-
TOTAL DES PRODUITS	15 647,9	14 715,4	14 715,4	6,3%
CHARGES (en M€)				
CHARGES DE GESTION TECHNIQUE				
Prestations sociales	10 116,0	9 749,0	9 554,4	3,8%
Prestations légales	9 687,3	9 274,2	9 079,6	4,5%
Prestations extra-légales : action sanitaire et sociale	1,8	2,0	2,0	-13,2%
Autres prestations	426,9	472,7	472,7	-9,7%
Charges techniques, transferts, subventions et contributions dont :	865,1	799,5	799,5	8,2%
Compensations	459,3	383,2	383,2	19,9%
Contributions versées à la CNSA	0,0	0,0	0,0	-
Autres charges techniques	243,5	255,2	255,2	-4,6%
Diverses charges techniques	1 478,7	1 396,5	1 396,5	5,9%
Dotations aux provisions pour charges techniques	617,4	636,9	831,5	-3,1%
TOTAL CHARGES DE GESTION TECHNIQUE	13 077,2	12 581,8	12 581,8	3,9%
CHARGES DE GESTION COURANTE				
Achats et charges externes	107,4	90,9	90,9	18,2%
Impôts et taxes	66,3	67,3	67,3	-1,4%
Charges de personnel	616,7	632,5	632,5	-2,5%
Diverses charges de gestion courante	90,1	85,6	80,8	5,2%
Dotations aux amortissements, aux dépréciations et aux provisions	47,2	43,5	43,4	8,5%
TOTAL CHARGES DE GESTION COURANTE	927,7	919,7	914,8	0,9%
CHARGES FINANCIERES				
TOTAL CHARGES FINANCIERES	18,5	22,8	22,8	-18,9%
CHARGES EXCEPTIONNELLES				
TOTAL CHARGES EXCEPTIONNELLES	0,0	0,0	5,0	-
IMPOTS SUR LES BENEFICES ET ASSIMILES				
TOTAL IMPOTS SUR LES BENEFICES ET ASSIMILES	0,0	0,0	0,0	-6,5%
TOTAL DES CHARGES	14 023,3	13 524,4	13 524,4	3,7%
RESULTAT NET DE L'EXERCICE	1 624,6	1 191,0	1 191,0	36,4%

(*) Variation entre les comptes pro forma 2021 et les comptes 2022.

Bilan résumé - Branche Famille

ACTIF (en M€)	2022			2021 <i>pro forma</i>	2021 publiés	Variation*
	Brut	Amortissements et dépréciations	Net	Net	Net	
ACTIF IMMOBILISE						
Immobilisations incorporelles	319,6	223,6	96,0	82,1	82,1	17,0%
Immobilisations corporelles	2 299,0	1 339,8	959,2	930,6	930,6	3,1%
Immobilisations financières	239,8	4,9	234,9	246,4	246,4	-4,7%
TOTAL ACTIF IMMOBILISE	2 858,4	1 568,3	1 290,1	1 259,0	1 259,0	2,5%
ACTIF CIRCULANT						
Stock et en-cours	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	-
Créances	25 305,8	4 122,8	21 183,0	18 390,0	18 390,0	15,2%
<i>Fournisseurs, int. sociaux et prest. débiteurs</i>				0,0	4 578,3	-
<i>Fournisseurs, intermédiaires soc.</i>	3 230,1	0,0	3 230,1	2 962,0	0,0	9,1%
<i>Créances liées aux services de prestation</i>	2 037,1	200,2	1 836,9	1 616,4	0,0	13,6%
<i>Clients, cotisants et comptes rattachés</i>				0,0	6 392,4	-
<i>Clients gestion courante</i>	4,0	0,1	3,8	5,3	0,0	-26,9%
<i>Créances sur cotisants et comptes rattachés</i>	9 452,6	3 583,9	5 868,7	6 387,1	0,0	-8,1%
<i>Personnel et comptes rattachés</i>	0,9	0,0	0,9	0,8	0,8	11,9%
<i>Sécurité sociale et autres organismes sociaux</i>	7,3	0,0	7,3	7,1	7,1	2,7%
<i>Entités publiques</i>	5 286,1	0,0	5 286,1	6 051,6	6 051,6	-12,6%
<i>Organismes et autres régimes de sécurité sociale</i>	4 866,3	14,1	4 852,2	1 224,4	1 224,4	296,3%
<i>Débiteurs divers</i>	421,4	324,5	96,9	135,5	135,5	-28,5%
Comptes transitoires et d'attente	0,3	0,0	0,3	0,5	0,5	-31,3%
Charges constatées d'avance	22,6	0,0	22,6	18,8	18,8	20,4%
Trésorerie active	7,3	0,0	7,3	16,4	16,4	-55,8%
TOTAL ACTIF CIRCULANT	25 336,0	4 122,8	21 213,2	18 425,7	18 425,7	15,1%
TOTAL ACTIF	28 194,4	5 691,1	22 503,3	19 684,8	19 684,8	14,3%

(*) Variation entre les comptes pro forma 2021 et les comptes 2022.

PASSIF (en M€)	2022	2021 <i>pro forma</i>	2021 publiés	Variation*
CAPITAUX PROPRES				
Dotations, apports et réserves	511,0	531,6	531,6	-3,9%
Report à nouveau	3 702,5	828,9	828,9	346,7%
Résultat net de l'exercice	1 927,9	2 884,3	2 884,3	-33,2%
Subventions d'investissement, provisions réglementées	6,8	7,8	7,8	-12,3%
TOTAL CAPITAUX PROPRES	6 148,2	4 252,7	4 252,7	44,6%
PROVISIONS				
Provisions pour risques et charges courantes	18,5	19,9	19,9	-7,0%
Provisions pour risques et charges techniques	1 983,5	1 564,1	1 564,1	26,8%
Autres provisions pour charges	50,9	53,0	53,0	-3,9%
TOTAL PROVISIONS	2 052,9	1 637,0	1 637,0	25,4%
DETTES FINANCIERES				
TOTAL DETTES FINANCIERES	0,1	0,1	4 213,7	2,6%
AUTRES DETTES				
Cotisants et clients créditeurs	0,0	0,0	610,5	-
Clients créditeurs	0,0	0,3	0,0	-96,9%
Cotisants créditeurs	839,2	610,2	0,0	37,5%
Fournisseurs	5 311,5	5 000,7	5 000,7	6,2%
Prestataires : versements directs aux assurés et allocataires	1 530,8	957,1	957,1	59,9%
Prestataires : versements à des tiers	622,8	437,9	437,9	42,2%
Personnel et comptes rattachés	187,3	184,8	184,8	1,3%
Sécurité sociale et autres organismes sociaux	104,2	100,7	100,7	3,5%
Entités publiques	405,9	785,3	785,3	-48,3%
Organismes et autres régimes de sécurité sociale	1 461,0	1 401,0	1 401,0	4,3%
Créditeurs divers	72,9	56,3	56,3	29,4%
Comptes transitoires ou d'attente	24,5	24,0	24,0	2,1%
Produits constatés d'avance	125,7	23,0	23,0	446,4%
TOTAL DETTES NON FINANCIERES	10 685,9	9 581,4	9 581,4	11,5%
Trésorerie passive	3 616,1	4 213,6	0,0	-14,2%
TOTAL PASSIF	22 503,3	19 684,8	19 684,8	14,3%

(*) Variation entre les comptes 2022 et les comptes *pro forma* 2021.

Compte de résultat résumé – Branche Famille

PRODUITS (en M€)	2022	2021 <i>pro forma</i>	2021 publiés	Variation*
PRODUITS DE GESTION TECHNIQUE				
Cotisations, impôts et produits affectés	53 349,6	51 396,3	51 396,3	3,8%
Cotisations sociales	33 871,9	31 957,6	31 957,6	6,0%
Cotisations prises en charge par l'Etat	1 017,2	986,1	986,1	3,2%
Cotisations prises en charge par la sécurité sociale	197,0	165,6	165,6	19,0%
Contribution sociale généralisée (CSG)	13 294,3	12 402,8	12 402,8	7,2%
Impôts et taxes affectés	4 818,1	5 884,2	5 884,2	-18,1%
Autres cotisations et contributions affectées	151,1	0,0	0,0	-
Produits techniques	221,3	175,9	161,0	25,8%
Reprises sur provisions et dépréciations	597,4	713,3	713,3	-16,2%
TOTAL PRODUITS DE GESTION TECHNIQUE	54 168,3	52 285,4	52 270,5	3,6%
PRODUITS DE GESTION COURANTE				
TOTAL PRODUITS DE GESTION COURANTE	561,7	550,0	532,9	2,1%
PRODUITS FINANCIERS				
TOTAL PRODUITS FINANCIERS	2,6	7,5	7,5	-65,5%
PRODUITS EXCEPTIONNELS				
TOTAL PRODUITS EXCEPTIONNELS	0,0	0,0	32,0	-
TOTAL DES PRODUITS	54 732,6	52 843,0	52 843,0	3,6%
CHARGES (en M€)	2022	2021 <i>pro forma</i>	2021 publiés	Variation*
CHARGES DE GESTION TECHNIQUE				
Prestations sociales	37 136,6	35 576,7	35 576,7	4,4%
Prestations légales	30 902,4	29 899,4	29 899,4	3,4%
Prestations extra-légales : action sanitaire et sociale	6 169,4	5 617,0	5 617,0	9,8%
Autres prestations	64,8	60,3	60,3	7,6%
Transferts, subventions et contributions dont :	11 060,8	10 409,4	10 409,4	6,3%
AVPF	5 001,9	4 929,2	4 929,2	1,5%
Majorations pour enfants	5 238,5	5 041,1	5 041,1	3,9%
Diverses charges de gestion technique	687,9	455,8	455,8	50,9%
Dotations aux provisions pour charges techniques	964,4	633,1	633,1	52,3%
TOTAL CHARGES DE GESTION TECHNIQUE	49 849,6	47 075,0	47 075,0	5,9%
CHARGES DE GESTION COURANTE				
Achats et autres charges externes	337,7	328,2	328,2	2,9%
Impôts et taxes	201,8	200,7	200,6	0,5%
Charges de personnel	1 932,4	1 920,2	1 920,2	0,6%
Valeurs comptables des éléments d'actif cédés	14,8	9,2	0,0	60,8%
Autres charges de gestion courante	284,4	247,2	245,9	15,0%
Dotations aux amortissements, aux dépréciations et aux provisions	165,0	166,7	166,7	-1,0%
TOTAL CHARGES DE GESTION COURANTE	2 936,0	2 872,1	2 861,6	2,2%
CHARGES FINANCIERES				
TOTAL CHARGES FINANCIERES	18,9	11,2	11,2	68,1%
CHARGES EXCEPTIONNELLES				
TOTAL CHARGES EXCEPTIONNELLES	0,0	0,0	10,6	-
TOTAL IMPOTS SUR LES BENEFICES ET ASSIMILES	0,3	0,3	0,3	-3,3%
TOTAL DES CHARGES	52 804,8	49 958,6	49 958,6	5,7%
RESULTAT NET DE L'EXERCICE	1 927,9	2 884,3	2 884,3	-33,2%

(*) Variation entre les comptes 2022 et les comptes *pro forma* 2021.

Les comptes *pro forma* 2021 présentés dans le tableau ci-dessus, résumant les états financiers transmis par la Cnaf, ne correspondent pas aux demandes formulées par la Cour dans le cadre de l'audit pour tenir compte de l'adoption de l'article 1^{er} de la LFSS pour 2023. Si ces corrections avaient été effectuées, dans le compte de résultat *pro forma* pour 2021, le montant des produits de gestion technique s'établirait à 51,6 Md€ (au lieu de 52,3 Md€) et le résultat net de l'exercice à 2,2 Md€ (au lieu de 2,9 Md€).

Bilan résumé - Branche Vieillesse

ACTIF (en M€)	2022			2021	Variation
	Brut	Amortissements et dépréciations	Net	Net	
ACTIF IMMOBILISE					
Immobilisations incorporelles	412,0	242,8	169,2	166,5	1,6%
Immobilisations corporelles	894,1	593,0	301,1	287,0	4,9%
Immobilisations financières	616,9	1,4	615,5	631,1	-2,5%
Titres immobilisés	4,7		4,7	4,7	0,0%
Prêts d'action immobilière (action sanitaire et sociale)	574,5	0,4	574,1	585,5	-1,9%
Autres prêts	36,5	1,0	35,5	39,4	-10,0%
Dépôts et cautionnements versés	1,0		1,0	1,2	-17,9%
Autres créances immobilisées	0,2	0,0	0,2	0,2	-2,9%
TOTAL ACTIF IMMOBILISE	1 923,0	837,1	1 085,9	1 084,6	0,1%
ACTIF CIRCULANT					
Fournisseurs, intermédiaires sociaux	0,1		0,1	0,6	-82,6%
Créances liées aux services de prestation	456,0	152,5	303,4	282,4	7,4%
Clients, cotisants et comptes rattachés dont :	21 235,2	7 587,4	13 647,8	14 583,2	-6,4%
<i>Créances sur les cotisants</i>	10 560,8	7 587,3	2 973,5	4 506,2	-34,0%
<i>Cotisants - produits à recevoir</i>	10 474,2		10 474,2	9 891,4	5,9%
<i>Rachats de cotisations et versements pour la retraite</i>	112,2		112,2	96,5	16,3%
<i>CFE et Autres</i>	88,0	0,1	87,9	89,1	-1,4%
Personnel et comptes rattachés	1,7		1,7	2,2	-22,3%
Sécurité sociale et autres organismes sociaux	4,1		4,1	3,2	27,6%
Entités publiques dont :	2 814,0	0,0	2 814,0	2 291,2	22,8%
<i>Exonérations de cotisations</i>	1 600,8		1 600,8	1 139,1	40,5%
<i>Exonérations de cotisations - produits à recevoir</i>	294,8		294,8	291,3	1,2%
<i>Impôts et taxes affectées - produits à recevoir</i>	854,9		854,9	818,6	4,4%
<i>Autres</i>	63,5		63,5	42,2	50,4%
Organismes et autres régimes de sécurité sociale dont :	1 597,2		1 597,2	2 988,8	-46,6%
<i>FSV</i>	637,0		637,0	1 885,2	-66,2%
<i>Autres</i>	960,2		960,2	1 666,3	-42,4%
Débiteurs divers et comptes transitoires ou d'attente	8,3	0,0	8,2	7,5	9,0%
Charges constatées d'avance	571,2		571,2	534,8	6,8%
Trésorerie active	1,6		1,6	0,8	114,3%
TOTAL ACTIF CIRCULANT	26 689,3	7 740,0	18 949,3	20 694,8	-8,4%
TOTAL ACTIF	28 612,3	8 577,1	20 035,2	21 779,4	-8,0%

PASSIF (en M€)	2022	2021	Variation
FONDS PROPRES			
Dotations, apports	73,6	73,6	0,0%
Réserves	711,4	710,9	
Report à nouveau	96,7	1 201,4	-91,9%
Résultat net de l'exercice	-2 914,6	-1 104,2	164,0%
Subventions d'investissement	1,6	1,7	-2,9%
TOTAL FONDS PROPRES	-2 031,2	883,5	-329,9%
PROVISIONS			
Provisions pour risques et provisions pour charges (gestion courante)	3,6	9,4	-62,0%
Provisions pour risques et provisions pour charges (gestion technique)	2 412,2	2 133,1	
Autres provisions pour risques et charges	25,7	27,3	-5,8%
TOTAL PROVISIONS	2 441,5	2 169,7	12,5%
DETTES FINANCIERES			
TOTAL DETTES FINANCIERES	0,1	0,1	-6,1%
DETTES NON FINANCIERES			
Cotisants	1 110,9	940,8	18,1%
Fournisseurs	187,0	169,7	10,2%
Prestataires	11 367,3	10 587,9	7,4%
Personnel et comptes rattachés	67,2	65,0	3,4%
Sécurité sociale et autres organismes sociaux	39,0	36,9	5,5%
Etat et entités publiques	1 354,0	2 685,0	-49,6%
Organismes et autres régimes de sécurité sociale	4 826,3	3 608,9	33,7%
Compte courant Acoss	3 935,8	2 459,2	60,0%
Prélèvement sociaux précomptés sur prestations	729,2	669,3	8,9%
Autres	161,3	480,4	-66,4%
Créditeurs divers et comptes transitoires ou d'attente	111,8	107,9	3,6%
Produits constatés d'avance	53,7	50,6	6,2%
Trésorerie passive	507,5	473,4	7,2%
TOTAL DETTES NON FINANCIERES	19 624,8	18 726,0	4,8%
TOTAL PASSIF	20 035,2	21 779,4	-8,0%

Compte de résultat résumé - Branche Vieillesse

PRODUITS (en M€)	2022	2021 <i>pro forma</i>	2021 <i>publiés</i>	Variation
PRODUITS DE GESTION TECHNIQUE				
Cotisations, impôts et produits affectés	121 133,5	112 876,9	112 876,9	7,3%
Cotisations des salariés et non salariés	97 814,2	91 431,6	91 585,4	6,8%
Cotisations des assurés volontaires	360,9	383,1	383,1	-5,8%
Rachats de cotisations et versements pour la retraite	167,3	166,7	166,7	0,3%
Cotisations prises en charge par l'État	2 973,0	3 393,0	3 393,0	-12,4%
Impôts et taxes affectés	19 398,1	17 297,7	17 318,6	12,0%
Autres cotisations et contributions affectées	420,0	204,8	30,0	1301,2%
Produits techniques dont :	28 466,3	29 570,4	29 570,4	-3,7%
Cotisations d'assurance vieillesse des parents au foyer	5 001,9	4 929,2	4 929,2	1,5%
Prises en charge de cotisations par le FSV	13 566,3	14 581,4	14 581,4	-7,0%
Prises en charge de prestations par le FSV	3 278,8	3 109,1	3 109,1	5,5%
Quote part annuelle de la fraction de 60%-soulte IEG	350,6	342,7	342,7	2,3%
Transferts Cnieg - Cotisations	1 115,1	1 130,9	1 130,9	-1,4%
Autres (Prises en charge CNAF, AT/MP, FCAATA, Compensation...)	5 153,6	5 477,0	5 431,5	-5,1%
Divers produits techniques	231,4	201,4	105,4	119,5%
Reprises sur provisions et dépréciations	1 559,1	2 086,4	2 086,4	-25,3%
TOTAL PRODUITS DE GESTION TECHNIQUE	151 390,2	144 735,1	144 639,1	4,7%
PRODUITS DE GESTION COURANTE				
TOTAL PRODUITS DE GESTION COURANTE	172,0	157,0	155,3	10,8%
PRODUITS FINANCIERS				
TOTAL PRODUITS FINANCIERS	21,1	58,2	58,2	-63,7%
PRODUITS EXCEPTIONNELS				
TOTAL PRODUITS EXCEPTIONNELS	0,0	0,0	97,7	-100,0%
TOTAL DES PRODUITS	151 583,4	144 950,3	144 950,3	4,6%

(*) Variation entre les comptes pro forma 2021 et les comptes 2022.

CHARGES (en M€)	2022	2021 <i>pro forma</i>	2021 <i>publiés</i>	Variation
CHARGES DE GESTION TECHNIQUE				
Prestations sociales	142 684,6	135 808,7	135 808,7	5,1%
Prestations légales de l'assurance vieillesse dont :	142 242,5	135 408,4	135 408,4	5,0%
<i>Droits propres</i>	129 513,3	123 087,3	123 087,3	5,2%
<i>Droits dérivés et divers</i>	12 729,2	12 321,1	12 321,1	3,3%
Prestations légales de l'assurance veuvage	46,4	45,0	45,0	3,1%
Prestations légales invalidité	5,1	5,7	5,7	-
Prestations extra-légales : action sanitaire et sociale	390,5	349,6	349,6	11,7%
Transferts entre organismes de sécurité sociale et assimilés	7 482,8	6 408,5	6 408,5	16,8%
Compensations	4 948,6	4 383,3	4 383,3	12,9%
Prise en charge de cotisations et de prestations par le FSV	449,0	22,0	22,0	1945,0%
Reversements aux régimes spéciaux de retraite	81,8	116,4	116,4	-29,7%
Prestations au titre de l'adossment IEG	2 003,3	1 886,9	1 886,9	6,2%
Diverses charges techniques dont :	757,7	702,4	702,4	7,9%
Pertes sur créances irrécouvrables, frais d'assiette et de recouvrement	740,9	688,1	688,1	7,7%
Autres	16,8	14,3	14,3	17,7%
Dotations aux provisions techniques	1 969,7	1 589,2	1 589,2	23,9%
TOTAL CHARGES DE GESTION TECHNIQUE	152 894,8	144 508,9	144 508,8	5,8%
CHARGES DE GESTION COURANTE				
Contributions nationales de la branche	478,1	451,4	451,4	5,9%
Achats et charges externes	199,4	188,4	188,4	5,8%
Impôts et taxes	80,2	79,1	79,1	1,4%
Charges de personnel	741,0	725,5	725,5	2,1%
Diverses charges de gestion courante	17,5	14,8	13,2	32,0%
Dotations aux amortissements, aux dépréciations et aux provisions	81,7	85,4	83,7	-2,4%
TOTAL CHARGES DE GESTION COURANTE	1 597,9	1 544,6	1 541,4	3,7%
CHARGES FINANCIERES				
TOTAL CHARGES FINANCIERES	5,2	1,0	1,0	418,4%
CHARGES EXCEPTIONNELLES				
TOTAL CHARGES EXCEPTIONNELLES	0,0	0,0	3,3	-100,0%
TOTAL IMPOTS SUR LES BENEFICES ET ASSIMILES	0,0	0,1	0,1	-93,8%
TOTAL DES CHARGES	154 498,0	146 054,5	146 054,5	5,8%
RESULTAT NET DE L'EXERCICE	-2 914,6	-1 104,1	-1 104,2	164,0%

(*) Variation entre les comptes *pro forma* 2021 et les comptes 2022.

Les comptes *pro forma* 2021 présentés dans le tableau ci-dessus, résumant les états financiers transmis par la Cnav, ne correspondent pas aux demandes formulées par la Cour dans le cadre de l'audit pour tenir compte de l'adoption de l'article 1^{er} de la LFSS pour 2023. Si ces corrections avaient été effectuées, dans le compte de résultat *pro forma* pour 2021, le montant des produits de gestion technique s'établirait à 143 Md€ (au lieu de 144,6 Md€) et le résultat net de l'exercice à - 2,7 Md€ (au lieu de - 1,1 Md€).

Bilan résumé - Branche Autonomie

ACTIF (en M€)	2022			2021 Pro forma	2021 Certifié	Variation*
	Brut	Amortissements et dépréciations	Net	Net	Net	
ACTIF IMMOBILISE						
Immobilisations incorporelles	64,0	27,7	36,3	26,3	26,3	37,9%
Immobilisations corporelles	2,5	1,7	0,8	1,0	1,0	-16,6%
Immobilisations financières	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0%
TOTAL ACTIF IMMOBILISE	66,5	29,4	37,1	27,3	27,3	35,9%
ACTIF CIRCULANT						
Stocks et en-cours					0,0	-
Créances d'exploitation	5 071,9	507,1	4 564,9	3 442,4	3 817,2	32,6%
Fournisseurs, intermédiaires soc et prest débiteurs	0,0		0,0	0,1	0,1	-23,0%
Clients, cotisants et comptes rattachés	3 695,7	507,1	3 188,6	3 077,5	3 158,8	3,6%
Personnel de sécurité sociale	0,0		0,0	0,0	0,0	4468,6%
Sécurité sociale et autres organismes sociaux	0,1		0,1	0,1	0,1	143,6%
Entités publiques	909,8		909,8	357,4	357,4	154,6%
Organismes et autres régimes de sécurité sociale	409,8		409,8	7,5	300,9	5399,5%
Débiteurs divers	56,4		56,4	0,0	0,0	7047299,7%
Comptes transitoires et d'attente	0,0		0,0	0,0	0,0	60,2%
Charges constatées d'avance	1,3		1,3	0,9	0,9	52,4%
Disponibilités	11,9	0,0	11,9	13,0	13,0	-8,8%
TOTAL ACTIF CIRCULANT	5 085,2	507,1	4 578,1	3 456,3	3 831,1	32,5%
TOTAL ACTIF	5 151,7	536,4	4 615,2	3 483,7	3 858,4	32,5%

(*) Variation entre les comptes pro forma 2021 et les comptes 2022.

Les comptes pro forma 2021 présentés dans le tableau ci-dessus, résumant les états financiers transmis par la CNSA, ne correspondent pas aux demandes formulées par la Cour dans le cadre de l'audit pour tenir compte de l'adoption de l'article 1^{er} de la LFSS pour 2023. Si les corrections avaient été effectuées, dans le passif du bilan pro forma pour 2021, le report à nouveau s'établirait à - 108,8 M€ (au lieu de - 8,8 M€) et le résultat net de l'exercice à 154 M€ (au lieu de 254 M€).

PASSIF (en M€)	2022	2021 <i>Pro forma</i>	2021 Certifié	Variation*
CAPITAUX PROPRES				
Dotations, apports et réserves	39,0	39,0	39,0	0,0%
Report à nouveau	245,0	-8,8	-8,8	-2889,6%
Résultat net de l'exercice	239,6	253,8	253,8	-5,6%
TOTAL CAPITAUX PROPRES	523,7	284,1	284,1	84,3%
PROVISIONS				
Provisions pour risques et provisions pour charges de gestion courante	1,1	0,9	0,9	23,8%
Provisions pour risques et provisions pour charges de gestion technique	1 411,3	1 356,2	1 305,9	4,1%
Autres provisions pour charges	5,5	5,2	55,5	5,6%
TOTAL PROVISIONS	1 417,8	1 362,2	1 362,2	4,1%
DETTES FINANCIERES				
TOTAL DETTES FINANCIERES				
AUTRES DETTES				
Cotisants et clients créditeurs	420,1	293,4	374,7	43,2%
Fournisseurs	32,6	10,8	10,8	-31,9%
Personnel et comptes rattachés	0,8	0,7	0,7	15,7%
Sécurité sociale et autres organismes sociaux	0,3	0,2	0,2	20,1%
Entités publiques	1 079,6	402,3	402,3	168,3%
Organismes et autres régimes de sécurité sociale	1 036,7	1 027,3	1 320,8	0,9%
Créditeurs divers	1,2	0,0	0,0	100,0%
Produits constatés d'avance	102,4	102,7	102,7	-0,2%
TOTAL AUTRES DETTES	2 673,7	1 837,4	2 212,2	45,5%
TOTAL PASSIF	4 615,2	3 483,7	3 858,4	32,5%

(*) Variation entre les comptes *pro forma* 2021 et les comptes 2022.

Compte de résultat résumé - Branche Autonomie

PRODUITS (en M€)	2022	2021 retraité*	Variation
PRODUITS DE GESTION TECHNIQUE			
Cotisations, impôts et produits affectés	35 047,1	32 538,5	7,7%
Cotisations prises en charge par l'Etat	45,0	92,0	-51,1%
Contribution sociale généralisée (CSG)	31 156,7	28 963,1	7,6%
Impôts et taxes affectés	3 780,8	3 483,4	8,5%
Autres cotisations et contributions affectées	64,6	0,0	100,0%
Produits techniques	660,1	617,9	6,8%
Reprises sur provisions et dépréciations	746,0	802,1	-7,0%
TOTAL PRODUITS DE GESTION TECHNIQUE	36 453,3	33 958,5	7,3%
PRODUITS DE GESTION COURANTE			
TOTAL PRODUITS DE GESTION COURANTE	0,9	0,7	31,5%
PRODUITS FINANCIERS			
TOTAL PRODUITS FINANCIERS	0,2	3,9	-96,1%
TOTAL PRODUITS	36 454,3	33 963,1	7%

CHARGES (en M€)	2022	2021 retraité*	Variation
CHARGES DE GESTION TECHNIQUE			
Prestations sociales	29 924,9	27 630,0	8,3%
Prestations légales	29 924,9	27 630,0	8,3%
Prestations extra-légales : action sanitaire et sociale		0,0	-
Transferts, subventions et contributions	5 034,8	4 750,1	6,0%
Transferts entre organismes de sécurité sociale et assimilés	0,0	0,0	-100,0%
Subventions	346,9	245,2	41,4%
Concours versés aux départements	4 155,4	3 899,5	6,6%
Soutien à l'investissement des ESMS	354,8	331,6	7,0%
Diverses charges techniques	128,1	100,5	27,4%
Dotations aux provisions pour charges techniques	964,3	1 086,2	-11,2%
TOTAL CHARGES DE GESTION TECHNIQUE	36 052,0	33 566,8	7,4%
CHARGES DE GESTION COURANTE			
Achats et charges externes	26,1	25,4	2,5%
Impôts et taxes	1,3	1,2	8,8%
Charges de personnel	12,5	11,3	10,0%
Diverses charges de gestion courante	107,0	96,5	10,8%
Dotations aux amortissements, aux dépréciations et aux provisions	11,4	6,5	74,5%
TOTAL CHARGES DE GESTION COURANTE	158,2	141,1	12,2%
CHARGES FINANCIERES			
TOTAL CHARGES FINANCIERES	4,4	1,4	219,4%
IMPOTS SUR LES SOCIETES			
Impôts sur les sociétés	0,0	0,0	-
TOTAL DES CHARGES	36 214,7	33 709,3	7%
RESULTAT NET DE L'EXERCICE	239,6	253,8	-6%

* du fait de la suppression de la notion de résultat exceptionnel dans les états 2022

Les comptes retraités de 2021 présentés dans le tableau ci-dessus, résumant les états financiers transmis par la CNSA, ne correspondent pas aux demandes formulées par la Cour dans le cadre de l'audit pour tenir compte de l'adoption de l'article 1er de la LFSS pour 2023. Si ces corrections avaient été effectuées, dans le compte de résultat retraité pour 2021, le montant des produits de gestion technique s'établirait à 33,9 Md€ (au lieu de 34,0 Md€) et le résultat net de l'exercice à 154 M€ (au lieu de 254 M€).

B - Liste des abréviations

AAH	Allocation aux adultes handicapés
AEEH	Allocation d'éducation de l'enfant handicapé
ALSH	Accueil de loisirs sans hébergement
Acoss	Agence centrale des organismes de sécurité sociale
ASPA	Allocation de solidarité aux personnes âgées
AT-MP	Accidents du travail – maladies professionnelles
Atih	Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
AVPF	Assurance vieillesse des parents au foyer
CAF	Caisse d'allocations familiales
Carsat	Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail
CCMSA	Caisse centrale de la mutualité sociale agricole
CDAPH	Commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées
Cesu	Chèque emploi service universel
CGSS	Caisse générale de sécurité sociale
CMG	Complément de libre choix du mode de garde
Cnaf	Caisse nationale des allocations familiales
Cnam	Caisse nationale de l'assurance maladie
Cnav	Caisse nationale de l'assurance vieillesse
CNSA	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
Cristal	Conception relationnelle intégrée du système de traitement des allocations familiales (application)
CSG	Contribution sociale généralisée
CSSM	Caisse de sécurité sociale de Mayotte
DADS	Déclaration annuelle des données sociales
DGDDI	Direction générale des douanes et impôts indirects
DGFîP	Direction générale des finances publiques
DOM	Département d'outre-mer

DRM	Dispositif ressources mensuelles
DSN	Déclaration sociale nominative
EAJE	Établissement d'accueil du jeune enfant
EIRR	Échange inter-régimes de retraite
FRR	Fonds de réserve pour les retraites
FSV	Fonds de solidarité vieillesse
IFAC	Fédération internationale des experts comptables
IQL	Indicateur de la qualité de la liquidation
ISQC	<i>International Standards on Quality Control</i> (normes internationales de contrôle qualité)
LFSS	Loi de financement de la sécurité sociale
LODEOM	Loi pour le développement économique des outre-mer
Lura	Liquidation unique des régimes alignés
Magic	Modèle automatisé de gestion institutionnelle comptable (branche famille)
Maia	Maîtrise de l'activité et de l'information en action sociale collective
MDPH	Maison départementale des personnes handicapées
MGEN	Mutuelle générale de l'éducation nationale
MSA	Mutualité sociale agricole (régimes agricoles)
NIA	Numéro d'immatriculation d'attente
NIR	Numéro d'identification au répertoire national d'identification des personnes physiques
NSI	Nouveau système d'information de la branche famille
Omega	Observation, mesure et gestion de l'action sociale (branche famille)
Paje	Prestation d'accueil du jeune enfant
PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'information
PNDS	Portail numérique des droits sociaux
PUMa	Protection universelle maladie
Prepare	Prestation partagée d'éducation de l'enfant

RCD	Référentiel commun des déclarants
REI	Référentiel des entreprises et des individus
RGCU	Répertoire de gestion des carrières unique
Run MR	Référentiel unique de maîtrise des risques
RSP	Référentiel de sécurisation des processus
SMI	Système de management intégré
SNGC	Système national de gestion des carrières
SNV2	Système national version 2
Syrca	Système de régularisation de la carrière