

CERTIFICATION DES COMPTES DU RÉGIME GÉNÉRAL DE SÉCURITÉ SOCIALE - Exercice 2022

Points essentiels

La mission de certification et ses enjeux

La mission confiée à la Cour

La Cour des comptes établit chaque année, en application de l'article LO 132-2-1 du code des juridictions financières, un rapport sur la certification des comptes du régime général de sécurité sociale, qu'elle remet au Parlement et au Gouvernement.

Pour exercer cette mission, la Cour applique les normes internationales d'audit (ISA).

La Cour formule sur les comptes une opinion motivée et indépendante, après avoir collecté les éléments qui lui permettent d'apprécier la régularité et la sincérité des comptes du régime général de sécurité sociale et la fidélité de l'image que donnent les comptes sur le résultat, la situation financière et le patrimoine de ce régime.

Le champ de la certification

Le rapport annuel de la Cour présente **dix opinions** :

- **six** portent sur les comptes respectifs de l'activité de recouvrement et des branches maladie, accidents du travail-maladies professionnelles (AT-MP), famille, vieillesse et autonomie ;
- **quatre** concernent les comptes des organismes nationaux : Agence centrale des organismes de sécurité sociale (Acos), Caisse nationale d'assurance maladie (Cnam), Caisse nationale des allocations familiales (Cnaf) et Caisse nationale d'assurance vieillesse (Cnav). Les comptes de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) sont ceux de la branche autonomie.

Les prélèvements sociaux soumis à certification

L'activité de recouvrement, c'est-à-dire le réseau des Urssaf et des CGSS outre-mer, concerne les cotisations et contributions sociales, les impôts et taxes affectées et les produits divers, pour le régime général et pour d'autres contributaires (autres régimes et organismes de sécurité sociale, Unédic, État, etc.).

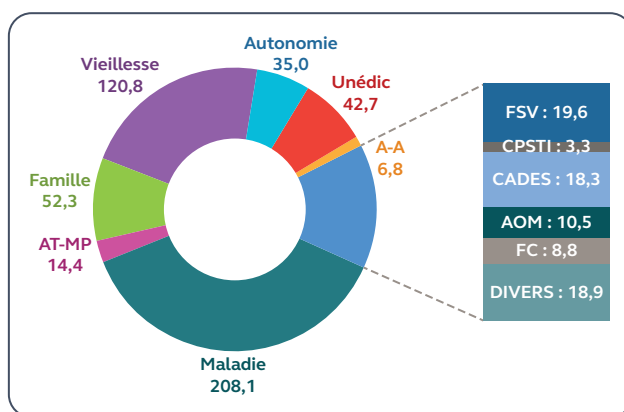
Les prélèvements publics mis en recouvrement par ce réseau pour les branches du régime général et d'autres contributaires ont atteint 559,5 Md€, dont 430,7 Md€ pour le régime général et 128,8 Md€ pour les autres contributaires.

La mission de certification et ses enjeux

Compte tenu des autres produits et transferts internes à la sécurité sociale, ainsi que du financement de dépenses par l'État et les départements (105,3 Md€, contre 103,4 Md€ en 2021),

les montants de produits relevant de la mission de certification de la Cour ont atteint **664,8 Md€ (25,2 % du PIB) en 2022**, dont 483,8 Md€ pour les branches du régime général.

Répartition entre les attributaires en 2022 (Md€)



A-A : Agirc-Arrco FC : France compétences

Source : Cour des comptes

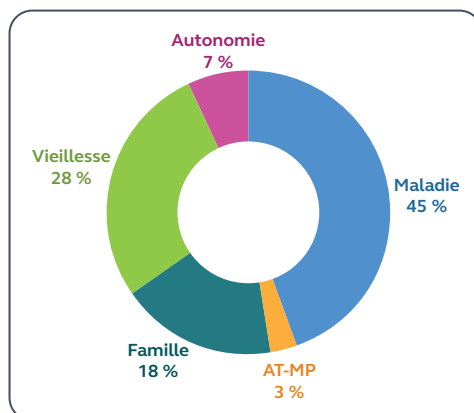
Les charges soumises à certification

À titre principal, les charges soumises à certification correspondent à des prestations des branches du régime général et à des prestations de solidarité versées par les caisses d'allocations familiales pour le compte de l'État (aides

au logement, AAH, prime d'activité) et des départements (RSA).

En 2022, ces charges ont atteint 556,2 Md€, soit 21 % du PIB, dont 503,9 Md€ pour les branches du régime général.

Charges du régime général (en % des charges de 2022)



Source : Cour des comptes

L'apport de la certification des comptes

Depuis l'exercice 2006, la certification des comptes apporte une contribution déterminante à la transparence et à la fiabilisation des comptes de la sécurité sociale :

- le degré de fiabilité des comptes du principal régime de sécurité sociale fait l'objet d'une opinion indépendante et motivée ;
- les constats de la Cour sur l'efficacité des dispositifs de contrôle interne fournissent des indications précises pour améliorer le paiement à bon

droit des prestations sociales et l'exhaustivité de la collecte des prélèvements sociaux.

Dans le rapport sur la certification des comptes du régime général de sécurité sociale, la Cour distingue :

- les « anomalies significatives » qui traduisent des désaccords sur les comptes d'une part ;
- les « insuffisances d'éléments probants », qui reflètent des incertitudes sur les montants comptabilisés d'autre part.

Les opinions de la Cour sur les comptes 2022

Pour l'exercice 2022, la Cour :

- **refuse de certifier les comptes de la branche famille et de la Cnaf** (la Cour avait certifié avec réserve les comptes 2021) ;
- **certifie avec réserve les comptes des quatre autres branches de prestations du régime général** ;
- **certifie avec réserve les comptes de l'activité de recouvrement** (que la Cour avait refusé de certifier en 2021) ;
- **certifie avec réserve les comptes des organismes nationaux**. Pour l'avenir, l'évolution des constats de la Cour dépend du **renforcement des moyens affectés à la conduite des chantiers de grande ampleur relatifs**

aux systèmes d'information et au contrôle interne, afin de maîtriser les risques financiers qui affectent les prélèvements sociaux (non-exhaustivité) et les prestations (erreurs d'attribution et de calcul), et de **l'amélioration de la justification des enregistrements et des estimations comptables**.

Au total, la Cour formule 54 observations sur l'ensemble des branches et de l'activité de recouvrement du régime général.

Elle relève 11 anomalies comptables significatives, contre 14 en 2021 (- 3) et 43 insuffisances d'éléments probants, contre 40 en 2021 (+ 3).

Les principaux constats de la Cour sur les comptes 2022

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.

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, au titre du 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.

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 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.

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'Acoss 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. 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 - Une évolution contrastée en 2022 des dispositifs de maîtrise des risques financiers

L'importance des erreurs qui affectent les prestations versées et comptabilisées par rapport aux règles de droit qui s'appliquent à leur attribution ou à leur calcul affecte la correcte représentation que donnent les comptes des branches de prestations de leurs droits et obligations à l'égard de leurs principaux tiers : les assurés, les allocataires, les professionnels et établissements de santé réglés en tiers payant.

s'inscrire à un niveau élevé (15 % des dossiers), tout particulièrement parmi les principaux organismes de la branche.

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, avec des évolutions variables selon les branches.

Concernant la **branche maladie**, les erreurs qui affectent les remboursements de frais de santé sont en hausse : la fréquence des erreurs affectant les remboursements de frais de santé atteint plus de 10 % des remboursements. Les erreurs relatives aux indemnités journalières restent à un niveau élevé (9,4 % des dossiers).

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.

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, les erreurs continuent en 2022 à

Une prestation de retraite nouvellement attribuée sur sept a été affectée d'au moins une erreur de portée financière en 2022, comme en 2021. C'est également le cas d'une indemnité journalière sur dix.

Le montant agrégé des erreurs affectant les règlements de frais de santé en 2022 atteint 3,4 Md€, mais il s'agit d'un montant a minima (en particulier, il ne couvre pas les

règlements erronés du fait de droits maintenus ouverts à tort en faveur de certains assurés, ni les séjours dans les hôpitaux publics et privés non lucratifs).

La fraude aux prestations sociales

À la suite de l'application de la feuille de route interministérielle fixée en décembre 2020 et en réponse aux demandes de la Cour :

- l'**assurance maladie** a poursuivi et étendu sa démarche d'estimation de la fraude à plusieurs domaines en 2022 (médecins généralistes, transporteurs, masseurs-kinésithérapeutes, pharmaciens), confirmant l'enjeu significatif de la fraude, le total des estimations réalisé s'établissant entre 0,9 et 1,3 Md€ sur ce seul périmètre ;

- la **branche vieillesse** a produit une première estimation de la fraude en 2022 (0,2 Md€) 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.

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 que celle des autres branches. 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.

Un quart des montants versés en 2022 au titre de la prime d'activité est affecté d'erreurs non corrigées neuf mois après leur paiement.

Cette proportion est de près d'un sixième pour le revenu de solidarité active (RSA) et d'un huitième pour les aides au logement.

Le refus de certifier les comptes de la branche

- une nouvelle dégradation de l'indicateur de risque financier résiduel à 24 mois, à 7,6 % pour les prestations versées en 2021 (contre 7,1 % pour celles 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, ce montant ayant doublé en quatre ans ;

- malgré l'évolution de ces indicateurs, le maintien des contrôles à un niveau inférieur à la situation antérieure à la crise sanitaire et un allègement des supervisions de l'ordonnateur, visant à s'assurer de la qualité des liquidations ;

- le renvoi de la constatation de progrès à des évolutions qui constituent deux chantiers essentiels mais dont les effets ne seront effectifs qu'à moyen terme.

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 la **branche famille** 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.

Pour la **branche vieillesse**, le nouveau système de fiabilisation des carrières se met en place très progressivement. Malgré un effort d'actualisation 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 qui introduit un aléa sur la réalisation de cette charge et sur l'estimation de sa provision.

S'agissant de la **branche maladie**, les projets informatiques portant sur la liquidation des prestations en nature (*METEORE*) et celles des indemnités journalières (*ARPEGE*), le remplacement du logiciel du service médical (*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.

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 en 2022.

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. Des incertitudes pesant sur le recouvrement des créances anciennement couvertes par un plan d'apurement, notamment, limitent le niveau d'assurance sur la fiabilité du montant calculé des dépréciations.

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 de possibles effets 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).