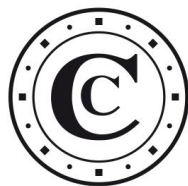


Cour des comptes



FINANCES ET COMPTES PUBLICS

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

Exercice 2023

Mai 2024

Sommaire

Procédures et méthodes	5
Délibéré	7
PREMIÈRE PARTIE - COMPTES DE L'ACTIVITÉ DU RECOUVREMENT, DES BRANCHES ET DES ORGANISMES NATIONAUX DU RÉGIME GÉNÉRAL	9
Opinion de la Cour sur les comptes de l'activité de recouvrement de l'exercice 2023	11
A - Opinion de la Cour	12
B - Fondements de l'opinion de la Cour	12
C - Anomalies significatives	12
D - Insuffisances d'éléments probants	14
Opinion de la Cour sur les comptes de l'Acoss	31
A - Opinion de la Cour	31
B - Fondements de l'opinion de la Cour	31
Opinion de la Cour sur les comptes de la branche maladie de l'exercice 2023	33
A - Opinion de la Cour	34
B - Fondements de l'opinion de la Cour	34
C - Anomalies significatives	35
D - Insuffisances d'éléments probants	36
Opinion de la Cour sur les comptes de la branche accidents du travail – maladies professionnelles de l'exercice 2023	59
A - Opinion de la Cour	60
B - Fondements de l'opinion de la Cour	60
C - Anomalie significative	61
D - Insuffisances d'éléments probants	61
Opinion de la Cour sur les comptes de la Cnam	67
A - Opinion de la Cour	67
B - Fondements de l'opinion de la Cour	67
Opinion de la Cour sur les comptes de la branche famille de l'exercice 2023	69
A - Opinion de la Cour	70
B - Fondements de l'opinion de la Cour	70
C - Insuffisances d'éléments probants	71

Opinion de la Cour sur les comptes de la Cnaf	85
A - Opinion de la Cour.....	85
B - Fondements de l'opinion de la Cour	85
Opinion de la Cour sur les comptes de la branche vieillesse de l'exercice 2023	87
A - Opinion de la Cour.....	88
B - Fondements de l'opinion de la Cour	88
C - Insuffisances d'éléments probants	89
Opinion de la Cour sur les comptes de la Cnav.....	103
A - Opinion de la Cour.....	103
B - Fondements de l'opinion de la Cour	103
Opinion de la Cour sur les comptes de la branche autonomie de l'exercice 2023	105
A - Opinion de la Cour.....	106
B - Fondements de l'opinion de la Cour	106
C - Anomalie significative	107
D - Insuffisances d'éléments probants	107
DEUXIÈME PARTIE - COMPTE RENDU DES VÉRIFICATIONS OPÉRÉES PAR LA COUR	119
I - Caractéristiques de la mission de la Cour	119
A - L'objet de la certification.....	119
B - Les normes d'audit appliquées.....	120
C - Responsabilité de la Cour à l'égard des comptes	121
II - Caractéristiques des comptes soumis à certification	122
A - Les comptes des organismes de sécurité sociale	122
B - Les responsabilités des organismes nationaux du régime général.....	122
III - Vérifications effectuées par la Cour	123
A - Démarche d'audit.....	123
B - Vérifications réalisées par la Cour	125
C - Suivi des constats formulés par la Cour au titre de l'exercice 2022.....	129
IV - Communication des résultats de l'audit.....	131
A - À l'issue des missions intermédiaires	131
B - À l'issue des missions finales	132
Annexes.....	135
A - Les états financiers de l'exercice 2023	135
B - Évolution des indicateurs de risque financier résiduel, après contrôle interne (2021 – 2023).....	148
C - Liste des abréviations.....	149

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 Caroli, conseillère maître, MM. Rabaté, de La Guéronnière, Chastenot de Gery, Drouet, Fulachier, Appia, Guerin, Thomas, Burckel, Fourier, Moguéro, conseillers maître.

Les travaux dont est issu le projet de rapport de certification ont été effectués par M. Moguéro, conseiller maître, rapporteur général de la certification des comptes du régime général de sécurité sociale, M. Perrin, conseiller référendaire, Mme Terrasse, conseillère référendaire, M. Delmas, conseiller référendaire en service extraordinaire, Mmes Aghoyan, Kingue, Le Vouedec, Veyrat, Yahy, MM. Amvene, Azran, Bellosta, Bullier, Chouabi (à compter du 1^{er} septembre 2023), Colin, Coppola, Dardigna, Delage, Durieu (à compter du 5 janvier 2024), Jaquet, Ozo, Renié, Mc Shine, Timéné (à compter du 11 septembre 2023), Uffler, experts et M. Raynal, vérificateur. Le contre-rapporteur était M. Fulachier, conseiller maître.

Le projet de rapport de certification a été examiné et approuvé, le 30 avril, par le comité du rapport public et des programmes de la Cour des comptes, composé de M. Moscovici, premier président, M. Rolland, rapporteur général, M. Charpy, Mme Camby, Mme Démier, M. Bertucci, Mme Hamayon, M. Meddah et Mme Mercereau, présidentes et présidents de chambre de la Cour, M. Lejeune, M. Serre et Mme Bonnafoux, présidente et 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 2023*.

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, Mmes Camby, Démier, Hamayon, MM. Meddah, Rolland, Mme Mercereau, présidents de chambre, MM. Barbé, Ténier, Mousson, Guérout, Feller, Machard, Potton, Mme Riou-Canals, M. Tersen, Mme Pailot-Bonnétat, M. Chastenet de Géry, Mme Roche, MM. Colin, Brice, Bonnaud, Mme Lignot-Leloup, MM. Lion, Burckel, Fourier, Ledroit, Rivoisy, Herbin, conseillers maîtres, Mme Reynier, MM. Pelé, Saint-Paul, Schenberg, Keita, Mme Buzyn, conseillers maîtres en service extraordinaire, M. Serre, président de chambre régionale des comptes.

- 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. Mogueu, conseiller maître, rapporteur général, M. Perrin, conseiller référendaire, Mme Terrasse, conseillère référendaire, M. Delmas, conseiller référendaire en service extraordinaire, rapporteurs devant la chambre chargée de le préparer et de M. Fulachier, 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. Genève, substitut général.
- M. Chailland, membre de la chambre du conseil, n'a pas pris part à la délibération.

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

Fait à la Cour, le 16 mai 2024

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

Opinion de la Cour sur les comptes de l'activité de recouvrement de l'exercice 2023

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 quatre caisses générales de sécurité sociale (CGSS)¹, 11,8 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. Ceux des CGSS font l'objet d'une combinaison partagée avec les branches maladie, accidents du travail-maladies professionnelles (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 précitées.

Dans ces comptes, 590,0 Md€ de produits (dont 524,2 Md€ de prélèvements inscrits au compte de résultat) ont été mis en recouvrement et répartis par l'Acos et les Urssaf pour le compte des branches du régime général, de la caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades), de

¹ Organismes de sécurité sociale qui recouvrent les prélèvements sociaux et gèrent les prestations des branches maladie, accidents du travail-maladies professionnelles et vieillesse en Guadeloupe, en Guyane, en Martinique et à La Réunion.

l'Union nationale interprofessionnelle pour l'emploi dans l'industrie et le commerce (Unédic) et de plus de 900 autres organismes tiers.

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 2023, arrêtés le 5 avril 2024 par le directeur et la directrice comptable et financière de l'Acoss, 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 constate que les comptes de l'activité de recouvrement de l'exercice 2023 sont affectés par deux anomalies significatives.

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

C -Anomalies significatives

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

Les services des ministères financiers assurent le recouvrement de contributions, d'impôts et de taxes affectés à la sécurité sociale (107,7 Md€, contre 106,9 Md€ en 2022) qui sont versés à l'Acoss afin qu'elle en assure la répartition à chacun des organismes attributaires. Les modalités de notification de ces produits ne permettent pas leur comptabilisation par l'Acoss selon le principe des droits constatés (c'est-à-dire selon la date du fait générateur et non celle de leur encaissement).

Les notifications de produits à recevoir (12,2 Md€) adressées à l'Acoss restent elles aussi fondées sur les déclarations ou les encaissements reçus en janvier et février de l'année N+1. En outre, leur correct dénouement ne peut toujours pas être apprécié, les versements effectués par l'État n'étant pas détaillés selon la date du fait générateur de ces produits à recevoir.

Comme pour les exercices précédents, une évaluation à fin 2023 du montant brut des créances (0,7 Md€) et de leur dépréciation (0,4 Md€) a été communiquée par la direction générale des finances publiques (DGFIP) et la direction générale des douanes et droits indirects (DGDDI). En l'absence d'une ventilation selon l'exercice au titre duquel elles ont été constatées, l'Acoss ne peut ni comptabiliser ces créances et dépréciations ni les notifier aux contribuables. C'est le cas également des provisions pour risque (0,1 Md€).

En outre, des créances au titre de prélèvements sociaux du dispositif d'imposition des revenus et plus-values en cas de transfert du domicile fiscal hors de France (dénommé *Exit Tax*)², qui figurent à l'actif du bilan des comptes de l'État pour 3,1 Md€ à fin 2023 (contre 2,6 Md€ à fin 2022), n'ont jamais été communiqués à l'Acoss par la DGFIP. Selon les indications de cette dernière, leur réalité est toutefois jugée incertaine, comme la part exacte, sans aucun doute prépondérante, des prélèvements au sein de ces créances.

Par ailleurs, les produits issus de redressements consécutifs à un contrôle des Urssaf sont comptabilisés au moment de l'envoi de la mise en demeure, et non pas à la fin de la période contradictoire³, laquelle varie selon l'émission ou non d'observations par le cotisant. L'évaluation des produits qui seraient à rattacher à l'exercice concerné n'est pas encore réalisée par l'Acoss en raison d'un manque de fiabilité des données.

2 - Une sous-évaluation des provisions pour risques contraire au principe comptable de prudence

Les provisions pour litiges (1,4 Md€, contre 1,0 Md€ à fin 2022) portent, pour une part majoritaire, sur des montants réglés par les cotisants, généralement à la suite de redressements issus de contrôles, mais ultérieurement contestés.

L'évaluation incomplète du risque lié à des contentieux en cours conduit à sous-évaluer de façon trop significative les provisions, ce qui est

² Article 167 *bis* du code général des impôts.

³ Article R. 243-59 du code de la sécurité sociale.

contraire au principe de prudence. Ces contentieux portent sur des produits affectés à la branche maladie et en affectent le résultat. L'estimation, à fin 2023, du risque financier (fixé à 30 % à la demande de la direction de la sécurité sociale, au lieu de 90 %, selon les règles fixées pour déterminer la provision selon la procédure en vigueur depuis mars 2022), appliquée à l'ensemble des produits à risques de 2022, n'a pas été justifiée par des pièces probantes suffisantes. Elle n'a d'ailleurs et *a contrario* pas été appliquée à des contestations similaires portant sur des produits de 2021. Enfin, elle ne couvre pas les produits de l'exercice 2023 pourtant exposés au même risque. Au total, cette sous-évaluation des provisions par rapport à la méthode d'estimation utilisée en 2022 est estimée par la Cour à 1 Md€⁴. Le manque d'informations probantes limite d'ailleurs l'appréciation qui pourrait être faite du dénouement de ces litiges.

Par ailleurs, l'exhaustivité et la fiabilité des données servant de base au calcul des provisions relatives aux cotisants restent imparfaitement assurées. Enfin, l'analyse du dénouement des provisions relatives à ces litiges 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 - 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 liés aux remises sur les prix publics des médicaments et dispositifs médicaux, versées par les entreprises concernées, sont estimés par le comité économique des produits de santé (CEPS) à 10,3 Md€ en 2023. Ils sont à nouveau en forte augmentation par rapport à l'année précédente (7,7 Md€ en 2022, soit + 33 %).

L'estimation des produits à recevoir relatifs à ces remises manque de fiabilité, dans la mesure où elle repose pour une part sur des données incomplètes, provisoires ou incertaines, notamment en l'absence de connaissance de données nécessaires à la détermination de ces remises lors de l'arrêté des comptes. C'est en particulier le cas des produits à recevoir

⁴ Montant estimé à partir d'informations mises à disposition de la Cour lors de l'audit.

relatifs à la contribution « M »⁵ (1,6 Md€, contre 1,1 Md€ en 2022), qui repose sur une réglementation complexe. 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.

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

a) *Les produits à recevoir de prélèvements sociaux*

Les produits à recevoir (PAR) de prélèvements sociaux issus des revenus d'activité (salaires) et, dans une bien moindre mesure, de remplacement (indemnité journalière, pension d'invalidité, etc.), pour ceux déclarés *via* le dispositif Pasrau⁶ (40,9 Md€ à fin 2023, contre 38,3 Md€ en 2022) correspondent à des produits se rattachant à l'exercice clos et qui, pour l'essentiel, seront déclarés durant l'exercice suivant.

La méthode utilisée par l'Acoss pour évaluer la part des produits dont l'échéance et le montant ne sont pas certains (2,5 Md€, contre 2,4 Md€ à fin 2022) comporte des faiblesses qui tendent à en sous-estimer le montant. En effet, en se fondant sur des données de 2019, elle tient insuffisamment compte du dynamisme des revenus d'activité et de l'extension depuis 2020 du périmètre de l'activité de recouvrement. Le dénouement de l'estimation 2022 fait apparaître une sous-évaluation de ces produits à recevoir de 0,5 Md€⁷. L'autre partie des produits à recevoir est connue de manière certaine, au travers des déclarations déposées au début de l'exercice suivant, avant la clôture des comptes. Toutefois, elle comprend des créances issues de données déjà déclarées et réglées avant la fin de l'exercice figurant dans les 3,1 Md€ de règlements inscrits dans les comptes (3,0 Md€ en 2022), ce qui a pour effet de majorer le bilan.

b) *Les dépréciations de créances sur les cotisants*

Dans le contexte de la crise sanitaire, pour estimer les dépréciations de créances sur les cotisants, l'Acoss a défini une méthode *ad hoc*, en

⁵ 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 2023, le montant M était fixé à 24,9 Md€ par la LFSS 2024). Les entreprises peuvent en être exonérées en s'engageant à verser des remises à ce titre, selon un barème fixé par arrêté.

⁶ Prélèvement À la Source pour les Revenus AUTres.

⁷ En constante hausse (après 0,4 Md€ pour 2021 et 0,3 Md€ pour 2020).

complément de la méthode habituelle. Cette méthode, appliquée aux créances nées pour l'essentiel pendant la crise et couvertes par un plan d'apurement conclu entre l'Urssaf et le cotisant, retient un taux de dépréciation (17 % en moyenne) nettement plus faible que celui de la méthode habituelle (80 % en moyenne).

Pour 2023, l'estimation par l'Acoss des dépréciations de créances sur les cotisants selon la méthode habituelle (25,8 Md€, comme à fin 2022), fondée sur l'observation des taux de recouvrement sur le long terme, prend toujours insuffisamment en compte les perspectives de recouvrement différenciées selon la nature de certaines créances (par exemple sur les cotisants en procédure collective). Par ailleurs, les données historiques de recouvrement utilisées pour l'estimation des dépréciations des travailleurs indépendants ne sont toujours pas corrigées de flux financiers intégrés à tort dans ce calcul. Il en résulte une surévaluation des dépréciations, non encore évaluée par l'Acoss pour 2023 (0,1 Md€ pour 2022).

S'agissant de la méthode *ad hoc* appliquée aux créances des plans d'apurement (1,2 Md€, contre 5,6 Md€ à fin 2022), l'estimation des dépréciations correspondantes (0,2 Md€, contre 1,0 Md€) présente un risque de surévaluation de l'ordre de 0,1 Md€.

Enfin, 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 (80 % au 31 décembre 2023), alors qu'elles auraient dû l'être intégralement, leur recouvrement étant *de facto* fortement compromis.

*c) La provision pour risques liés à des contentieux
sur les cotisations AT-MP*

Des 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 (accidents du travail et maladies professionnelles) pendant à la clôture de l'exercice (0,9 Md€ à fin 2023). 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-3).

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

Afin d'assurer une meilleure répartition des produits et charges entre les attributaires, l'Acoss a constitué un entrepôt national de stockage de données des déclarations des cotisants pouvant être rapproché de la comptabilité générale. Comme les exercices précédents, la correcte répartition des produits, des charges et des encaissements (et ce faisant des restes à recouvrer) entre les attributaires de l'Acoss 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 de cet entrepôt.

Son appréciation par la Cour a donc uniquement reposé sur des tests réalisés dans le cadre de l'audit sur un échantillon limité de dossiers et sur les études de corroboration produites par l'Acoss, par ailleurs pertinentes.

4 - Les faiblesses du cadre général du contrôle interne

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

Le cadre national du contrôle interne, qui regroupe dorénavant toutes les catégories de cotisants et d'activités dont la gestion incombe aux Urssaf et à l'Acoss, s'est déployé progressivement en 2023 avec la mise en place d'un nouvel outil de gestion de la maîtrise des activités (*SIGMA*⁸). Cependant, les risques identifiés et les actions mises en œuvre⁹ pour les maîtriser ne sont pas encore reliés de façon appropriée aux activités de la plupart des processus. Cela limite le niveau d'assurance sur les correctes identification, évaluation et couverture des risques. En outre, la réévaluation annuelle de ces risques progresse de façon notable dans sa conception, mais certains critères d'appréciation sur lesquels elle se fonde, insuffisamment précis et complets, peuvent affecter sa fiabilité.

Plusieurs dispositions de la réglementation prévue en matière de contrôle interne¹⁰ sont imparfaitement appliquées (telles que la mise en œuvre de contrôles priorisés et proportionnés en fonction de la criticité des risques et des enjeux). En outre, le tableau de bord des résultats du contrôle interne, prévu par le décret du 30 septembre 2022, sur une situation arrêtée

⁸ Système d'information de gestion de la maîtrise des activités.

⁹ Pilotage, documentation, plans de contrôles, etc.

¹⁰ Issues du décret du 14 octobre 2013 relatif au contrôle interne des organismes de sécurité sociale et des organismes concourant à leur financement, et modifiées par celui du 30 septembre 2022 entré en vigueur le 1^{er} janvier 2023.

au 30 juin de l'année en cours, n'a été produit qu'en fin d'exercice, ce qui limite *de facto* sa portée pour 2023. Il était d'ailleurs incomplet.

La conception de plusieurs plans de contrôles d'une partie importante des processus majeurs (comme la gestion des données administratives et déclarées par les employeurs de salariés et le recouvrement des créances) comporte toujours des fragilités, du fait de leurs modalités de réalisation et, malgré quelques progrès, du faible nombre des opérations contrôlées. Lorsqu'ils existent, la portée des plans d'actions visant des risques non couverts par des plans de contrôles reste limitée (comme sur la réduction générale de cotisations).

Par ailleurs, la mise en œuvre de plans de contrôles par les Urssaf et leur traçabilité restent mal assurées en raison, notamment, des limites de l'outil historique de gestion encore utilisé pour réaliser une partie importante des plans de contrôles. En outre, les résultats des plans de contrôles ne reflètent toujours qu'une partie des anomalies relevées par les Urssaf et, le cas échéant, manquent encore souvent de fiabilité (anomalie non détectée par exemple). En tout état de cause, les résultats de certains de ces plans font toujours apparaître des anomalies récurrentes qui nécessitent des plans d'actions mieux ciblés et suivis.

S'agissant des organismes situés dans les départements et régions d'outre-mer (DROM), les résultats de toute nature reflètent des faiblesses structurelles affectant la plupart de leurs processus.

b) Les indicateurs de risque financier résiduel

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. Contrairement aux branches du régime général versant des prestations, ces mesures ne sont pas déterminées à partir du contrôle par l'Acoss d'un échantillon représentatif de dossiers qui pourrait être audité par la Cour.

Malgré de nombreux progrès, les mesures des risques financiers résiduels de l'activité de recouvrement ne reposent toujours pas en 2023 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 de la fraude et des erreurs liées aux données déclarées par les cotisants comportent toujours des limites, tenant notamment à leur périmètre encore incomplet (excluant une partie importante des travailleurs indépendants ou encore les cotisants situés dans les DROM s'agissant de la lutte contre le travail illégal) et à 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, qui pour la fraude ne peut être correctement couverte par l'intervalle de confiance des estimations produites. *In fine*, ces limites tendent à sous-évaluer leur montant. Enfin, la mesure des erreurs liées aux données déclarées par les cotisants ne permet pas encore d'évaluer de façon distincte les risques liés aux opérations internes des Urssaf.

Sous réserve de ces limites, la mesure des erreurs liées aux données déclarées par les cotisants affiche en 2023 un risque résiduel, de surcroît provisoire¹¹, d'environ 2,5 Md€ (estimé, pour les employeurs du secteur privé, à 1,1 Md€¹² net des restitutions de 0,4 Md€ contre 1,3 Md€ en 2022 et, pour les micro-entrepreneurs, à 1,4 Md€¹³ contre 1,1 Md€ en 2022). La fraude, quant à elle, est estimée à 4,6 Md€¹⁴ sur le seul champ des employeurs du secteur privé (contre 4,8 Md€ en 2022).

S'agissant des risques résultant de l'activité des Urssaf, les indicateurs ne couvrent pas encore certains risques (en particulier, ceux liés au recouvrement des créances), malgré une extension de leur périmètre en 2023. En outre, leurs résultats restent insuffisamment fiables.

*c) La couverture des risques propres aux activités
de l'établissement public Acoss*

L'Acoss ne dispose toujours pas d'un plan de contrôle unifié de l'ordonnateur et du comptable couvrant toutes ses activités, contrairement à ce que prévoit la réglementation depuis 2013. Celui en vigueur ne fait toujours pas état de l'ensemble des contrôles réalisés. En outre, les modalités de réalisation de plusieurs contrôles relatifs au recouvrement direct ne permettent toujours pas d'assurer leur traçabilité. Par ailleurs, le calcul de la répartition entre les attributaires des produits recouverts par

¹¹ En raison du niveau partiel des résultats retenus pour son calcul (ne portant que sur 65 % des contrôles comptables d'assiette prévus en 2023 par l'Acoss, à titre d'exemple), 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'est pas disponible en montant.

¹² Le taux d'incidence financière des erreurs est compris, avec une probabilité de 95 %, entre 0,28 % et 0,45 % du montant des données déclarées, soit respectivement 0,9 Md€ et 1,4 Md€.

¹³ Le taux d'incidence financière des erreurs est compris, avec une probabilité de 95 %, entre 17,7 % et 23,0 % du montant des données déclarées, soit respectivement 1,2 Md€ et 1,6 Md€.

¹⁴ Le taux d'incidence financière des erreurs est compris, avec une probabilité de 95 %, entre 1,26 % et 1,71 % du montant des données déclarées, soit respectivement 3,9 Md€ et 5,3 Md€.

d'autres collecteurs que les Urssaf (administration fiscale notamment) et centralisés par l'Acoss reste réalisé à l'aide d'outils bureautiques, ce qui expose à des risques d'erreurs. S'agissant de la gestion de la trésorerie, le contrôle interne ne permet pas encore de s'assurer de la portée des contrôles réalisés et de la couverture de tous les risques s'y rattachant.

Enfin, les montants de produits notifiés à l'Acoss par les services des ministères financiers (107,7 Md€ en 2023), par ailleurs non évalués, restent affectés par des insuffisances du contrôle interne de l'État.

d) Le contrôle interne de la gestion financière des Urssaf

Le contrôle interne de la gestion financière du réseau (encaissements des prélèvements sociaux, remontée quotidienne de fonds vers l'Acoss, etc.) présente encore des fragilités qui tiennent, notamment, aux limites du logiciel de gestion de la trésorerie (*TMS*) encore partiellement relié aux portails informatiques des établissements bancaires utilisés par les Urssaf.

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

Les exigences réglementaires en matière de sécurité du système d'information restent partiellement satisfaites, dans un contexte toujours marqué par des attaques informatiques.

Le processus de gestion des habilitations continue de présenter des faiblesses. En outre, l'outil de traçabilité des consultations par les agents de données personnelles (*Empreintes*) ne couvre qu'une partie des applications utilisées par les Urssaf. Par ailleurs, le contrôle interne relatif à la sécurité du système d'information est partiellement mis en œuvre au niveau de l'Acoss. Le processus de gestion des changements informatiques progresse mais est encore exposé à des risques de régression fonctionnelle. Des indicateurs de performance font d'ailleurs toujours défaut.

Si le pilotage de la gestion des incidents se renforce, des indicateurs ne sont pas disponibles pour apprécier l'efficacité de ce dispositif en l'absence de définition de niveaux de service¹⁵. Le nombre d'incidents majeurs est stable ; pour autant, le stock d'incidents encore ouverts depuis plus d'un an est en hausse comparé à 2022. Contrairement à la

¹⁵ Les niveaux ou engagements de service sont des accords contractuels, conclus entre la direction des systèmes d'information et les directions métiers, visant à définir les niveaux de performance souhaités par les « métiers », comme par exemple les délais de résolution d'un incident au regard de sa criticité.

réglementation applicable¹⁶, l'identification et l'évaluation des incidents ayant une probable incidence financière ne sont toujours pas effectuées.

Enfin, l'activité de recouvrement dispose d'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 continuent de 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 ne prévoit pas encore de contrôles des éléments déclarés par ces derniers. Les Urssaf et l'Acoss ne pratiquent toujours pas de contrôles en amont de certaines séances de leurs conseils d'administration pour s'assurer de l'absence de conflits d'intérêts au regard des éléments déclarés par les administrateurs.

En ce qui concerne la couverture des risques liés à la fraude interne et externe (hors contrôle des cotisants, voir ci-après), le contrôle interne s'est renforcé en fin d'exercice avec la mise en place dans le réseau des Urssaf et à l'Acoss d'un outil de suivi des situations de fraudes suspectées et avérées. En revanche, l'incomplétude du plan national de contrôle interne n'est toujours que partiellement compensée par les contrôles mis en œuvre dans les Urssaf. En outre, la portée de certains contrôles reste limitée, en raison de l'absence d'accès aux données historiques contenues dans le système central de production *SNV2*. Enfin, l'évaluation financière des situations de fraudes suspectées et avérées est incomplète.

5 - L'insuffisance des contrôles visant à réduire les risques de non-exhaustivité et d'inexactitude des prélèvements sociaux

a) La gestion des données administratives des cotisants

La gestion des données administratives des cotisants (11,8 millions en 2023 dont 2,3 millions d'entreprises, administrations et collectivités territoriales) couvre l'ensemble des opérations liées à leur affiliation, à la modification de leurs données administratives ou à la radiation de leurs comptes, par les agents des Urssaf. Les insuffisances pesant sur la fiabilité de ces données restent susceptibles d'affecter, dans une mesure non

¹⁶ Article D. 114-4-13 du code de la sécurité sociale.

évaluée par l'Acoss, le correct enchaînement des différentes phases du recouvrement des prélèvements sociaux.

L'année 2023 est marquée par le déploiement du guichet unique de formalités des entreprises¹⁷, géré par l'Institut national de la propriété industrielle (INPI), en remplacement des différents centres de formalités des entreprises. Dans ce cadre, des dossiers de formalités administratives déposés par les cotisants restaient dans une mesure indéterminée en attente de validation par les autorités compétentes (telles que les greffes des tribunaux de commerce et les chambres des métiers et d'artisanat¹⁸) avant leur transmission aux Urssaf ou encore bloqués avant leur intégration dans le système d'information des Urssaf (environ 7 000 à fin 2023).

Surtout, une partie potentiellement significative des dossiers d'affiliation des cotisants travailleurs indépendants ne sont pas soumis à cette validation avant leur intégration au registre national des entreprises de l'INPI, ce qui fait peser un risque particulièrement élevé sur la fiabilité des données administratives ainsi enregistrées à défaut de contrôles compensatoires suffisants. Cette situation est d'ailleurs à l'origine d'affiliations (de cotisants micro-entrepreneurs, en particulier) pour lesquelles l'intention du demandeur est frauduleuse.

Par ailleurs, une part importante des opérations liées à la gestion des données administratives (environ 20 % à fin 2023, contre 25 % en 2022) est encore traitée manuellement dans le réseau des Urssaf, ce qui expose à des risques d'erreurs. En outre, l'absence de référentiel unique de gestion des données administratives des cotisants limite toujours leur fiabilisation. Par ailleurs, ces données présentent encore des divergences importantes entre le référentiel commun des déclarants de l'Acoss et celui de l'Insee.

Malgré des avancées notables, 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. Cette situation s'explique par l'absence de généralisation des rapprochements automatisés de ces données avec celles du fichier des comptes bancaires (*Ficoba*) et de contrôles adaptés destinés à les fiabiliser.

b) Les prélèvements sociaux sur revenus d'activité

Les prélèvements sociaux sur les revenus déclarés par les employeurs de salariés *via* la déclaration sociale nominative (DSN)

¹⁷ Article 1^{er} de la loi n° 2019-486 du 22 mai 2019 relative à la croissance et la transformation des entreprises.

¹⁸ Articles L. 123-40 et suivants du code de commerce.

atteignaient environ 380 Md€ en 2023. Près d'une DSN sur neuf fait encore l'objet de rejets pour anomalies détectées à l'occasion des contrôles intégrés au système d'information des Urssaf. L'analyse insuffisante des causes de ces rejets limite la mise en œuvre d'actions correctives. En outre, le stock d'anomalies déclaratives en instance de traitement dans les Urssaf, non valorisé par l'Acoss, est en forte hausse à fin 2023 (+33 % par rapport à 2022).

Le périmètre des contrôles automatisés dès la réception des DSN par « Net entreprises »¹⁹, déployés depuis l'automne 2022, a progressé de façon notable avec, notamment, un doublement de leur nombre depuis début 2023. Cependant, ces contrôles ne permettent de vérifier les données déclarées par salarié et d'opérer des croisements avec les données agrégées, que sur une partie d'entre elles. De plus, les erreurs détectées lors de ces contrôles qui ne seraient pas corrigées par les cotisants ne font toujours pas l'objet d'une régularisation par les Urssaf dans l'attente de la mise en place des mesures du décret d'application de l'article L. 133-5-3-1 du code de la sécurité sociale (CSS) entré en vigueur au 1^{er} janvier 2024. L'incidence financière de cette situation n'est pas évaluée par l'Acoss.

Comme lors de l'exercice précédent, les contrôles automatisés ne permettent pas encore de détecter de façon satisfaisante les erreurs ou omissions déclaratives s'agissant des cotisations de la caisse nationale des industries électriques et gazières ou CNIÉG (3,6 Md€ en 2023), des contributions relatives à la formation professionnelle et de la taxe d'apprentissage (10,5 Md€ au total), dont le recouvrement a été transféré aux Urssaf en 2022. C'est également le cas, à compter de 2023, pour les cotisations et contributions de la caisse de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaire (CRPCEN).

Les études menées par l'Acoss sur les DSN dites de régularisation font toujours état d'un impact financier significatif : ces corrections rétroactives représentent 1,1 % du montant des déclarations initiales de 2022 (appréciées à fin 2023) contre 1,5 % du montant de celles de 2021 (appréciées à fin 2022), soit des incidences de 3,2 Md€ pour les périodes d'emploi de 2022 et de 4 Md€ pour celles de 2021. S'agissant des déclarations tardives, la non-application des pénalités et majorations n'est toujours pas évaluée.

¹⁹ Portail pour les démarches sociales que doivent effectuer les employeurs de salariés.

Enfin, le dispositif de gestion des crédits²⁰ (4,5 Md€ à fin 2023) et des remboursements en faveur des cotisants (0,8 Md€ en 2023) ne permet toujours pas de garantir de façon satisfaisante leur correct traitement.

c) Les prélèvements sociaux sur revenus de remplacement

Les revenus de remplacement, destinés à compenser une perte de rémunération pendant une période d'inactivité partielle ou totale (retraite, indemnité journalière, etc.), font l'objet de prélèvements sociaux recouverts par le réseau des Urssaf et par l'Acoss (30,2 Md€ en 2023, contre 28,8 Md€ en 2022). Le contrôle interne de ces prélèvements progresse avec la mise en place début 2023 du dispositif Pasrau pour la déclaration de ces revenus et de contrôles adaptés. En revanche, les risques relatifs à ces prélèvements restent insuffisamment couverts, en raison du périmètre incomplet de ces contrôles et de l'utilisation de ce dispositif, non encore obligatoire, par une partie seulement des déclarants.

Par ailleurs, les erreurs portant sur les revenus de remplacement versés par les branches du régime général ont pour effet d'affecter la fiabilité de ces prélèvements. Il est donc renvoyé à la motivation de l'opinion de la Cour des comptes des branches maladie (cf. D-9 et D-10) et vieillesse (cf. C-4), en particulier.

d) La réduction générale et les exonérations de prélèvements sociaux

Malgré des progrès, l'insuffisance des contrôles intégrés au système d'information sur les données déclarées au titre de la réduction générale (38,5 Md€ en 2023, +11,6 % par rapport à 2022) expose toujours l'activité de recouvrement à des risques d'erreurs et de non-exhaustivité des prélèvements sociaux enregistrés. 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 toujours apparaître des anomalies potentiellement significatives dont l'incidence sur les comptes reste incertaine. L'étude sur le recalcul de la réduction générale n'a pas été mise à jour par l'Acoss depuis 2021. En effet, dans l'attente d'évolution de la DSN, l'Acoss estime que la qualité insuffisante des données individuelles déclarées 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).

²⁰ Excédents de prélèvements sociaux versés par les cotisants.

Dans ces conditions, les compensations versées par l'Acoss à l'Agirc-Arrco et à l'Unédic (respectivement, 7,2 Md€ et 3,0 Md€ en 2023) de la réduction générale sont comptabilisées en 2023 sur la base de données ne procurant toujours 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 (6,1 Md€ en 2023), les Urssaf n'ont pas mis en œuvre, depuis 2020, les plans de contrôles en vigueur, en raison de la suspension des traitements informatiques ou encore de l'absence d'exploitation des signalements informatiques. Cela 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 1,7 Md€ et « Lodeom²¹ », soit 1,2 Md€) ne sont toujours pas intégrées au dispositif national de maîtrise des risques et font uniquement l'objet de plans d'action nationaux *a posteriori* visant à les fiabiliser, dont la portée reste limitée.

e) Le contrôle des cotisants

Les régularisations faisant suite à un contrôle comptable d'assiette et aux actions de lutte contre le travail illégal, correspondant pour une large part à des redressements, ont atteint, respectivement, 0,8 Md€²² et 1,2 Md€ en 2023 (contre, 0,6 Md€ et 0,8 Md€ en 2022). Le périmètre de ces contrôles demeure incomplet. Il exclut notamment les particuliers employeurs (6,5 Md€ de prélèvements sociaux), les praticiens et auxiliaires médicaux (1,9 Md€), ainsi que les services de l'État (15,5 Md€), en dehors de contrôles ponctuels sur certains services déconcentrés. En outre, des prélèvements dont le recouvrement a été transféré aux Urssaf en 2022 (représentant 10,5 Md€ de produits en 2023) ne font toujours pas l'objet de contrôles dans les Urssaf auditées.

Les moyens de prévention et de détection des situations à risque de fraude par les Urssaf demeurent limités. Ainsi, la réglementation en vigueur ne prévoit pas, en cas de liquidation amiable²³, la production préalable d'une attestation indiquant que le cotisant concerné est à jour du règlement de ses prélèvements sociaux. De même, la publication d'une transmission universelle du patrimoine²⁴ au bulletin officiel des annonces

²¹ Loi pour l'Ouverture et le Développement Economique de l'outre-Mer.

²² Pour un montant de 28,6 Md€ de cotisations contrôlées, contre 25,5 Md€ en 2022.

²³ Dissolution volontaire d'une entreprise ne nécessitant pas l'intervention d'un juge.

²⁴ Dissolution sans passer par une liquidation, lorsque la société a un seul associé qui est une personne morale (c'est-à-dire une autre société).

civiles et commerciales n'est pas obligatoire. Dans ce contexte, sa seule publication dans un journal d'annonces légales limite la possibilité pour les Urssaf d'identifier cette opération et, le cas échéant, de s'y opposer²⁵. Par ailleurs, les modalités de collecte des cotisations des utilisateurs de plateformes numériques ayant une activité professionnelle ne permettent pas d'écarter le risque de sous-déclaration, dans l'attente de leur évolution²⁶. Enfin, les Urssaf n'ont pas accès aux données des comptes bancaires domiciliés à l'étranger des cotisants contrôlés, ce qui peut limiter l'étendue de leurs contrôles.

Une partie des résultats des contrôles des cotisants²⁷ n'est toujours pas intégrée à leurs comptes selon un procédé automatisé, ce qui ne permet pas de garantir le correct enregistrement des régularisations et peut affecter le recouvrement des montants redressés. Par ailleurs, les outils des Urssaf ne permettent pas de suivre de façon automatisée les procédures de recouvrement des redressements opérés dans le cadre des actions de lutte contre le travail illégal, ce qui peut affecter leur efficacité. En outre, le recouvrement de ces créances reste particulièrement faible (8,0 % selon l'Acoss²⁸), contrairement à celui des créances issues des contrôles comptables d'assiette (70,0 %²⁹).

f) Le recouvrement amiable et forcé des créances

Après avoir rétabli en 2022 les procédures amiables²⁹ (relance écrite, mise en demeure, etc.), l'Acoss a repris en 2023 de façon progressive les mesures habituelles et automatisées de recouvrement forcé des créances (contrainte signifiée par un commissaire de justice, assignation en redressement judiciaire, etc.). La plupart des dispositifs de contrôle interne portant sur ces procédures ont été à nouveau programmés. Cependant, le montant des créances a peu diminué (17,7 Md€ à fin 2023 sur le champ des employeurs de salariés³⁰, contre 18,3 Md€ à fin 2022). Les risques de non-recouvrement et de prescription de ces créances ne sont toujours que partiellement couverts par des contrôles, en particulier,

²⁵ Les créanciers peuvent faire opposition à la dissolution dans un délai de trente jours à compter de la publication de celle-ci (article 1844-5 du code civil).

²⁶ L'article 6 de la LFSS 2024 a prévu un nouveau dispositif de déclaration et de paiement.

²⁷ Contrôles comptables d'assiette et actions de lutte contre le travail illégal.

²⁸ Moyenne des taux de recouvrement à cinq ans des créances nées entre 2012 et 2019.

²⁹ Elles avaient été suspendues dans le contexte de la crise sanitaire. Pour les organismes situés dans les DROM, elles n'ont repris qu'en 2023.

³⁰ Dont 1,9 Md€ pour les organismes situés dans les DROM, contre 2,1 Md€ à fin 2022.

les créances nées avant la crise sanitaire (5,1 Md€ à fin 2023, contre 6,6 Md€ à fin 2022).

Par ailleurs, la prévention de la prescription des créances et la correcte identification des créances prescrites restent imparfaitement assurées, malgré une reprise régulière des opérations automatiques de calcul de la date de prescription dans le système d'information. Cette situation provient notamment des faiblesses relatives à la couverture des contrôles et au suivi des créances par les Urssaf. S'agissant des créances pouvant être frappées de prescription en 2023, le plan d'actions annuel n'a pas permis de toutes les sécuriser par une procédure de recouvrement (0,3 Md€³¹ de pertes sur 1,3 Md€ de créances identifiées par l'Acoss).

S'agissant des majorations de retard et des pénalités appliquées aux prélèvements sociaux non réglés dans les délais par les cotisants, l'absence ou le retard de traitement de leurs remises ou annulations par les agents des Urssaf continue de faire peser une incertitude sur les montants comptabilisés à ce titre.

Enfin, compte tenu de leurs modalités de détection, il n'est pas assuré que le montant des créances susceptibles d'être admises en non-valeur soit exhaustif. Cela a pour effet de reporter la constatation des créances admises en non-valeur sur le ou les exercices suivants. Ce risque reste particulièrement élevé pour les organismes situés dans les départements et régions d'outre-mer.

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

a) La régularisation annuelle des prélèvements sociaux

La régularisation annuelle des prélèvements sociaux des travailleurs indépendants³², qui intervient à la suite de leur déclaration de revenus professionnels, pour l'essentiel en format dématérialisé auprès de la DGFIP, peut aboutir à un solde créditeur en leur faveur (1,7 Md€ au total en 2023 dont 0,7 Md€ remboursés aux cotisants) ou, à l'inverse, à un solde débiteur (3,0 Md€ en 2023).

³¹ Toutes catégories de cotisants confondues (dont 0,2 Md€ dans les DROM).

³² Issue du dispositif « 3 en 1 » qui permet de calculer automatiquement la régularisation relative aux revenus de l'exercice N-1, d'ajuster en conséquence les cotisations provisionnelles au titre de l'exercice N et d'informer le cotisant des appels de cotisations relatifs à l'exercice N+1.

Le périmètre des contrôles automatisés dès la réception des revenus par la DGFIP progresse et leur nombre augmente. En revanche, la vérification *a posteriori* par les services des Urssaf qui consiste à s'assurer que les cotisants ont effectivement traité les erreurs probables, détectées et signalées à l'occasion de ces contrôles, conserve des faiblesses qui limitent le niveau d'assurance sur la fiabilité des soldes créditeurs ou débiteurs (comme l'impossibilité de conclure sur leur réalité ou exactitude à défaut de réponse du cotisant). S'agissant des revenus encore déclarés en format papier par les cotisants, le contrôle *a posteriori* de l'exactitude des soldes créditeurs comporte des erreurs récurrentes non détectées par les Urssaf.

b) Les créances constituées de taxations d'office

Lorsqu'une déclaration de revenus professionnels n'a pas été produite par le cotisant, les prélèvements sociaux dus par ce dernier sont calculés sur une base forfaitaire (taxation d'office). En 2023, les appels de prélèvements en taxation d'office se maintiennent à un niveau élevé de 1,1 Md€ (1,4 Md€ en 2022). Une partie des cotisants concernés ne régulariseront pas leur situation, ce qui expose à un risque d'annulation de ces prélèvements lors des exercices suivants, à la suite de la radiation des comptes de cotisants concernés. Les créances constituées de taxation d'office sont dépréciées, mais sont souvent plus qu'incertaines. Malgré l'annulation chaque année de montants significatifs de créances correspondant à ces taxations (0,3 Md€ en 2023), dans le cadre des plans de fiabilisation des revenus déclarés, les créances non régularisées atteignaient encore 3,4 Md€³³ à fin 2023 (3,7 Md€ à fin 2022), dont 0,5 Md€ pour celles portant sur plusieurs exercices.

c) Le recouvrement amiable et forcé des créances

Après avoir rétabli en 2022 les procédures amiables³⁴ (relance écrite, mise en demeure, etc.), l'Acoss a repris en 2023 de façon progressive les mesures habituelles et automatisées de recouvrement forcé des créances (contrainte signifiée par un commissaire de justice, assignation en redressement judiciaire, etc.). La plupart des dispositifs de contrôle interne portant sur ces procédures ont été à nouveau programmés. Cependant, les risques de non-recouvrement et de prescription des créances, dont le montant diminue de façon notable (8,5 Md€ de créances exposées à ces risques à fin 2023³⁵, contre 12,0 Md€ à fin 2022), ne sont

³³ Soit près du quart du montant total des créances, y compris les créances prescrites.

³⁴ Elles avaient été suspendues dans le contexte de la crise sanitaire. Pour les organismes situés dans les DROM, elles n'ont repris qu'en 2023.

³⁵ Dont 1,2 Md€ pour les organismes situés dans les DROM, comme à fin 2022.

toujours que partiellement couverts par des contrôles. Les créances nées avant la crise sanitaire (2,4 Md€, contre 3,2 Md€) sont toujours particulièrement exposées à ces risques. Par ailleurs, les insuffisances portant sur la prévention de la prescription des créances et l'identification des créances prescrites des employeurs de salariés s'appliquent pour l'essentiel aux travailleurs indépendants. C'est également le cas de celles portant sur les modalités d'identification des créances susceptibles d'être admises en non-valeur.

Surtout, les montants et niveaux de risques précités apparaissent encore anormalement élevés au regard des montants de produits mis en recouvrement sur un exercice donné (30,2 Md€ en 2023).

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

Dans le contexte de la mise en place en 2023 de la déclaration fiscale et sociale unique des praticiens et auxiliaires médicaux (revenus 2022), le manque de fiabilité de revenus déclarés par une partie indéterminée mais potentiellement importante de ces cotisants est susceptible d'affecter les cotisations sociales dues et les prises en charge de ces cotisations par l'assurance maladie (1,9 Md€ en 2023). Par ailleurs, la fiabilité des données administratives de ces cotisants intégrées au système d'information (SNV2) des Urssaf n'est toujours pas garantie en raison d'une cohérence insuffisante avec celles détenues par l'assurance maladie.

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

Des dispositifs spécifiques ont été mis en place pour les particuliers employeurs, avec le chèque emploi service universel (Cesu) et l'offre de service Pajemploi destinée à simplifier les formalités administratives pour les parents employeurs qui font garder leur(s) enfant(s) par une assistante maternelle agréée ou une garde d'enfants à domicile. Des Urssaf gèrent ces dispositifs et procèdent au recouvrement des cotisations applicables.

Le contrôle interne propre au centre national Cesu (2,6 Md€ de prélèvements sociaux en 2023) conserve des faiblesses. Ainsi, le pilotage et la gestion du recouvrement des créances repose encore sur des outils bureautiques, ce qui expose à des risques opérationnels et financiers. En outre, le risque de fraude, non encore évalué, n'est pas suffisamment

maîtrisé s'agissant du dispositif d'avance immédiate de crédit d'impôt (AICI)³⁶ géré par ce centre pour le compte de l'État (0,9 Md€ à fin 2023).

S'agissant du centre national Pajemploi (3,8 Md€ en 2023), le résultat de ses actions de contrôle interne reflète une maîtrise encore imparfaite de risques propres à son activité. 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, le dispositif de lutte contre la fraude présente encore une portée limitée, dans l'attente notamment de contrôles automatisés sur les coordonnées bancaires. Le travail d'évaluation de la fraude potentielle n'a, quant à lui, toujours pas été engagé.

³⁶ Mis en place en 2022, ce dispositif permet de bénéficier du crédit d'impôt pour les services à la personne sans attendre l'année suivante.

Opinion de la Cour sur les comptes de l'Acoss

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'Acoss pour l'exercice clos le 31 décembre 2023, arrêtés le 5 avril 2024 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'Acoss 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'Acoss à la clôture de l'exercice.

B -Fondements de l'opinion de la Cour

Il est renvoyé à une anomalie significative constatée par la Cour sur les comptes de l'activité de recouvrement pour :

- des situations persistantes de non-respect du principe de tenue de la comptabilité en droits constatés (C-1) ;

et à trois 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, pour :

- des faiblesses du cadre général du contrôle interne (D-4) ;
- des insuffisances des contrôles visant à réduire les risques de non-exhaustivité et d'inexactitude des prélèvements sociaux (D-5) ;
- des faiblesses affectant le contrôle interne du recouvrement des cotisations des travailleurs indépendants (D-6).

Opinion de la Cour sur les comptes

de la branche maladie de l'exercice 2023

La branche maladie assure le service des prestations d'assurance maladie, maternité, paternité³⁷, invalidité et décès dont bénéficient 64,5 millions d'assurés du régime général³⁸ ainsi que les 8,6 millions d'assurés des autres régimes obligatoires de base financièrement intégrés³⁹.

Les comptes de la branche maladie intègrent les éléments de comptes produits par la Caisse nationale d'assurance maladie (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, accidents du travail-maladies professionnelles et vieillesse. De même, ceux des 4 caisses générales de sécurité sociale (CGSS) d'outre-mer font l'objet d'une combinaison partagée entre l'activité de recouvrement, les branches maladie, AT-MP et vieillesse et le régime agricole ; ceux des caisses communes de la Lozère et des Hautes-Alpes entre les branches maladie, AT-MP et famille.

Au total, les charges de la branche maladie pour l'exercice 2023 ont atteint 242,8 Md€, soit près de la moitié des charges du régime général, contre 246,4 Md€ en 2022. Au titre de l'exercice 2023, la branche maladie

³⁷ Les prestations paternité sont gérées pour le compte de la branche famille et financées par elle. Depuis le 1^{er} janvier 2023, les indemnités de maternité post-natales et adoption sont financées par la branche famille (2,0 Md€).

³⁸ Selon les données au 1^{er} janvier 2024 du répertoire national inter-régimes des bénéficiaires de l'assurance maladie (RNIAM).

³⁹ Principalement, la MSA, la MGEN, la CNMSS, la CRPSNCF, la CRPCEN, la RATP, les Mines, la Cavimac, l'Enim.

a comptabilisé 207,7 Md€ de charges de prestations légales et dégagé un résultat déficitaire de 11,1 Md€, après un déficit de 21 Md€ en 2022.

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 2023, arrêtés le 5 avril 2024 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, la Cour appelle l'attention sur l'absence, dans l'annexe aux comptes de la branche maladie, de mention des engagements hors bilan pluriannuels à l'égard des titulaires de pensions d'invalidité et d'allocations supplémentaires d'invalidité à fin 2023, appréciés et évalués en fonction des règles de droit en vigueur à cette date. Ces engagements significatifs peuvent pourtant être évalués de manière fiable et portent sur des prestations ayant un objet identique à celui de prestations pour lesquelles l'État reconnaît, lui, des passifs à ce même titre (sous la forme de provisions pour charges).

B -Fondements de l'opinion de la Cour

La Cour constate que les comptes de la branche maladie de l'exercice 2023 sont affectés par deux anomalies significatives.

Dans dix 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.

C - Anomalies significatives

1 - Des situations de non-respect du principe des droits constatés

a) *La présence dans les comptes d'une dette ancienne non honorée*

La branche maladie conserve au passif de son bilan une dette de 0,8 Md€ envers les hôpitaux publics au titre de l'article 58 du décret du 11 août 1983, qui organisait le passage de la facturation en prix de journée à un financement par dotation. Alors que la part de ces dettes liée aux activités de médecine, chirurgie, obstétrique a fait l'objet d'un apurement lors de la mise en œuvre de la tarification à l'activité en 2008, la dette relative aux autres activités (psychiatrie, Soins de Suite et de Réadaptation et Hospitalisation à domicile) n'a pas été soldée.

Cette dette n'a pas été honorée avant l'application des délais de prescription de droit commun⁴⁰. L'administration n'a pas considéré cette dette comme prescrite ; elle n'a toutefois pas manifesté l'intention de l'honorer ni prévu de dispositif pour l'apurer. Le maintien en comptabilité d'une dette très ancienne dont l'exigibilité paraît juridiquement éteinte soulève une interrogation au regard du principe comptable de sincérité, qui doit conduire la Cnam à corriger cette situation.

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

Les hôpitaux 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.

⁴⁰ Le délai de droit commun de la prescription extinctive est de 5 ans, et de 20 ans au maximum après reports (article 2232 du Code civil).

2 - Des enregistrements contraires au principe de prudence

a) Une sous-évaluation des provisions pour risques

L'évaluation incomplète du risque lié à des contentieux en cours conduit à sous-évaluer de façon trop significative les provisions, ce qui est contraire au principe de prudence. Au total, elle entraîne un défaut d'assurance qui pourrait atteindre 1 Md€⁴¹, ce qui améliore d'autant le résultat de la branche maladie.

Cette anomalie significative est développée dans l'opinion de la Cour sur les comptes de l'activité de recouvrement (cf. C-2).

b) L'enregistrement en produits de montants incertains

Le principe comptable de prudence exige de n'enregistrer en tant que produits que les sommes devenues certaines. Or, les produits enregistrés par la branche maladie en 2023 au titre des recours contre tiers⁴² (1 Md€) ne présentent pas toujours ce caractère. La Cnam estime en effet à 242 M€ les produits inscrits à fin 2023 qui sont susceptibles d'être corrigés au cours des exercices suivants.

D - Insuffisances d'éléments probants

1 - De nombreuses écritures comptables non étayées par une pièce justificative

Un nombre important d'écritures comptables se révèle dépourvu de pièce justificative enregistrée, conservée et accessible aux opérations de contrôle, en contradiction avec le principe de vérifiabilité⁴³. Ces écritures concernent la prise en charge de prestations facturées directement à l'assurance maladie, et liquidées automatiquement sans l'intervention

⁴¹ Montant estimé à partir d'informations mises à disposition de la Cour lors de l'audit.

⁴² Lorsque le tiers responsable d'un accident corporel et son assureur sont identifiés, l'assurance maladie engage un recours de manière à recouvrer le montant des frais qu'elle a déboursés pour la restauration de la santé de la victime. Ce montant fait d'abord l'objet d'une évaluation provisoire, puis, lorsque l'état de la victime est stabilisé, d'un état définitif. La différence entre ces deux états occasionne des corrections d'un exercice sur l'autre.

⁴³ « La vérifiabilité est la qualité de l'information qui permet aux utilisateurs de s'assurer de son exactitude. Une information est vérifiable si elle est documentée par des pièces justificatives externes ou internes ayant une force probante. » (RNCOSS).

d'un contrôle s'assurant de la conformité des pièces aux dispositions de l'article R. 161-40 du code de sécurité sociale⁴⁴. En effet, les systèmes d'information en service ne réalisent pas de contrôle de conformité des pièces scannées.

De plus, le suivi de la pièce justificative n'est pas effectif pour l'ensemble des prestations réalisées sur prescription, notamment lorsque le professionnel qui réalise la prestation n'exerce pas dans le ressort de la Cnam de rattachement de l'assuré.

Dans la constitution de l'échantillon national de 2 640 dossiers servant au calcul de l'indicateur de risque financier résiduel des prestations en nature (voir *infra* D-7), réalisé sur une année complète à partir de tirages trimestriels, 6 % des pièces justificatives de la prise en charge ont fait défaut en 2023, après 12 % en 2022, malgré un renforcement des consignes de la Cnam à son réseau visant à rendre ces pièces disponibles aux contrôles. Rapporté à la totalité des dépenses concernées, selon la méthode statistique propre à cet indicateur⁴⁵, le montant de prestations dont la pièce justificative n'était pas accessible lors des contrôles est estimé par la Cour à 3,8 Md€, avec un intervalle de confiance compris entre 2,5 Md€ et 5,2 Md€.

2 - 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 2023 (cf. *supra*).

3 - 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 à la Cour, voire, s'agissant d'une grande part des notes d'annexes aux comptes provisoires, n'ont pas été transmis dans

⁴⁴ « La constatation des soins et l'ouverture du droit au remboursement par les organismes servant les prestations de l'assurance maladie sont subordonnées à la production d'une part de documents électroniques ou sur support papier, appelés feuilles de soins, constatant les actes effectués et les prestations servies, d'autre part de l'ordonnance du prescripteur, s'il y a lieu. »

⁴⁵ Avec une probabilité de 95 %, compte tenu de la taille de l'échantillon.

les nouveaux délais prévus par la réglementation⁴⁶, ce qui prive ces annexes de l'assurance que pouvaient apporter les auditeurs quant à leur fiabilité, et limite l'analyse des comptes.

La revue analytique des charges fournit des données encore insuffisantes 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.

De 2020 à 2022, dans le contexte de la crise sanitaire, les hôpitaux ont bénéficié d'une garantie de financement dont le surcoût (2,1 Md€ pour 2022 dans le secteur public et 0,5 Md€ dans le secteur privé) n'a pas été identifié dans des comptes distincts. Pour 2023, les hôpitaux ont bénéficié d'un financement en partie sécurisé, « la sécurisation modulée à l'activité » (ou SMA)⁴⁷. Son surcoût, estimé à 1,2 Md€ dans le secteur public et 0,3 Md€ pour le secteur privé, n'est toujours pas identifiable en comptabilité, ce qui ne permet pas de rapprocher les comptes du suivi extra-comptable.

De même, les indemnités journalières des travailleurs indépendants sont comptabilisées de manière indistincte et ne font pas l'objet d'un suivi spécifique en comptabilité analytique. S'agissant des professions libérales, le dispositif instauré en 2021 prévoit que les indemnités versées par les Cnam sont financées par une cotisation des assurés concernés, la Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales (CNAVPL) étant chargée de veiller à l'équilibre financier. La convention signée le 29 août 2022 entre la Cnam et la CNAVPL prévoit que le résultat annuel du régime soit affecté en compte de réserve (en cas d'excédent) ou de report à nouveau (en cas de déficit), au sein d'une gestion dédiée dans les comptes de la branche maladie. Or, les déficits des exercices 2021 et 2022 (soit 104 M€ en cumul) n'ont pas été isolés, et ont été inclus indistinctement dans le report à nouveau déficitaire de la branche maladie, repris par la Cades. Le nouveau déficit constaté en 2023 s'élève à 64 M€. Le cumul de ces déficits doit désormais faire l'objet des mesures prévues par la convention.

Les procédures de confirmation réciproque, entre la Cnam et des organismes tiers, des montants enregistrés dans les comptes (accords de

⁴⁶ Arrêté du 2 février 2024 modifiant le calendrier d'établissement et de transmission des comptes annuels des organismes de sécurité sociale.

⁴⁷ En cas de baisse d'activité, l'établissement reçoit une dotation de 70 % du montant de la garantie de financement 2022 (ajustée de l'augmentation des prix), auquel s'ajoute 30 % de la valorisation de l'activité réelle déclarée.

soldes) n'ont pu être obtenus (pour 1 Md€) ou pleinement analysés (Caisse de sécurité sociale de Mayotte notamment pour un montant de 2,9 Md€ dans l'attente de son intégration financière au régime général⁴⁸).

La présence d'un montant de 1,3 Md€ de réserves facultatives au bilan de la Cnam, malgré les reports à nouveau déficitaires successifs des fonds auxquels elles sont rattachées⁴⁹, nuit à la présentation fidèle de sa situation patrimoniale.

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.

L'annexe aux comptes de la branche maladie ne mentionne pas d'engagements pluriannuels hors bilan à l'égard des titulaires de pensions d'invalidité et d'allocations supplémentaires d'invalidité à fin 2023, appréciés et évalués en fonction des règles de droit en vigueur à cette date. Ces engagements peuvent pourtant être évalués de manière fiable⁵⁰.

Ces lacunes confirment 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.

4 - 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

La méthode utilisée par la Cnam pour évaluer la provision pour charges de prestations légales des soins de ville et d'hospitalisation facturés directement à l'assurance maladie prend insuffisamment en compte les situations où des évolutions atypiques affectent les délais mensuels de liquidation des dépenses.

Sur le champ des hôpitaux privés lucratifs, les montants estimés (1,4 Md€ au total dont 0,6 Md€ de provisions) au titre de la garantie de financement et de la sécurisation modulée à l'activité par la Cnam, reposent

⁴⁸ Les comptes de la branche maladie intègrent une dotation d'équilibre à hauteur de 336 M€ en 2023.

⁴⁹ Fonds national de la gestion administrative (FNGA) et fonds national d'action sanitaire et sociale (FNASS).

⁵⁰ Pour sa part, l'État mentionne *a contrario* dans l'annexe à ses comptes des engagements portant sur des prestations ayant un objet identique à celui de ces pensions et allocations.

toujours sur des données insuffisamment fiabilisées et documentées et non rapprochées des montants comptabilisés.

Le dénouement en 2023 de la provision comptabilisée au titre de l'exercice 2022 a confirmé les incertitudes de l'estimation comptable. En effet, il fait apparaître une surestimation de 0,3 Md€ (contre 0,4 Md€ pour la provision enregistrée en 2021).

Sur le champ des hôpitaux publics et privés non lucratifs, 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 sécurisation modulée à l'activité (10,3 Md€ au total dont 10,2 Md€ de charges à payer et 25 M€ de provisions).

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 2023) 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 (1,5 Md€) font l'objet de dépréciations (1,2 Md€). Toutefois, le dénouement de la dépréciation comptabilisée n'est pas analysé durant l'exercice suivant.

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*)⁵¹.

Le contrôle interne de l'intégration des relevés de créances internationales mené par le centre national des soins à l'étranger met en évidence des taux d'anomalies avec incidence financière. Il en résulte un

⁵¹ L'annulation des dettes contestées ne suit pas les principes comptables lorsqu'elle est établie avec *METIS*.

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 Cpm 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 2022 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€).

5 - Les faiblesses du cadre général du contrôle interne

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

En 2023, la branche a rénové son dispositif de contrôle interne en instaurant un « système de management des processus », destiné à couvrir de manière transversale les processus de gestion mis en œuvre par la caisse nationale, les caisses primaires et le service médical de l'assurance maladie. Cette démarche de hiérarchisation des risques, prévue par le décret du 30 septembre 2022 relatif au contrôle interne des organismes de sécurité sociale, constitue un progrès dont la mise en œuvre présente toutefois des marges d'amélioration. En particulier, ce système de management manque encore de transversalité en traitant séparément les contrôles de l'ordonnateur, du comptable et du service médical. Il ne permet donc pas le pilotage intégré de la maîtrise des risques au travers d'un plan de contrôle unique, tel que prévu par le code de la sécurité sociale depuis 2013. Il ne prévoit pas suffisamment, non plus, l'adaptation des plans de contrôle aux résultats obtenus.

Malgré la mise en service d'un outil de synthèse nationale spécifique à cet usage, la Cnam ne dispose toujours pas en cours d'exercice des données permettant un pilotage en cours d'exercice, complet et fiable du contrôle interne, telles que le taux de réalisation et les résultats des contrôles effectués par les caisses primaires et par le service médical.

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 mis à la disposition des caisses.

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

En 2023, la Cnam a de nouveau subi de nombreuses attaques informatiques dont une majeure sur *AmeliPro*. La mise en œuvre des exigences réglementaires applicables en matière de sécurité des systèmes d'information⁵², qui a connu un renforcement récent⁵³, reste encore perfectible. La prévention des risques, notamment au titre de la protection des données et de la prévention des intrusions, doit poursuivre ses progrès. Nécessaire pour renforcer la sécurité des habilitations, la refonte des profils applicatifs métier au niveau national n'a pas encore été mise en œuvre.

La Cnam a renforcé le processus de gestion des incidents, mais elle connaît des difficultés pour les recenser et qualifier. De plus, elle n'évalue pas toujours le montant de leur éventuel impact financier.

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.

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. En 2023, sept nouvelles évaluations ont été réalisées⁵⁴. À ce stade, le cumul des estimations réalisées par la Cnam sur moins de 30 % des dépenses de la branche, fait apparaître un préjudice financier subi compris entre 1,4 et 1,9 Md€ par an⁵⁵.

Les programmes nationaux de contrôle ont repris après leur suspension durant la crise sanitaire, à la notable exception de ceux portant sur la valorisation de l'activité des hôpitaux. Leur mise en œuvre par les caisses primaires reste néanmoins hétérogène et marquée par un recours inégal aux outils informatiques mis à leur disposition.

⁵² 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 la désignation de la Cnam en tant qu'opérateur de services essentiels (OSE) en septembre 2019.

⁵³ Une double authentification est requise depuis juin 2023 sur le portail internet Améli, et depuis mi-février 2024 pour accéder aux applications *Améli* et *AméliPro*.

⁵⁴ Chirurgiens-dentistes, médecins spécialistes, pensions d'invalidité, rentes AT-MP, LPP, laboratoires et dispositifs médicaux.

⁵⁵ Pour les années 2018 et 2019. Ce chiffre ne distingue pas selon l'intentionnalité (fraudes et fautes).

Le résultat de la lutte contre la fraude progresse de 48 % par rapport à 2022, atteignant 467 M€ en 2023, soit 0,2 % des prestations. Ce montant reste en-deçà de la fraude estimée, ce qui confirme toutefois la prise en compte encore insuffisante de ce risque dans la conception des dispositifs de lutte et de contrôle interne. De plus, ce résultat comprend une part estimative relative au « préjudice évité », dont le mode de calcul, précisé par consignes nationales adaptées à chaque type de prestation, est fondé sur des hypothèses parfois sans lien avec la probabilité de prolongation réelle de la fraude, et ne valorise pas la précocité de son interruption⁵⁶. Seul le préjudice réellement subi est enregistré dans les comptes des branches et peut donner lieu à des notifications d'indus. Il augmente de 30 % et s'établit à 297 M€.

Enfin, les indus frauduleux sont constatés et mis en recouvrement sur deux années, alors que l'action se prescrit par vingt ans en cas de fraude, ce qui a pour effet de les minorer au détriment de l'assurance maladie. L'effectivité du recouvrement est affectée par la durée des procédures, en particulier pénales, ce qui implique d'améliorer la précocité des détections.

6 - Les anomalies affectant la gestion des bénéficiaires

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

En 2020, un excédent d'environ 2,5 millions d'assurés ne répondant pas aux conditions du droit à la protection maladie universelle (PUMa)⁵⁷ a été mis en évidence. La Cnam en a analysé les causes en 2021, principalement liées au retard ou au défaut de fermeture des droits de non-résidents. En dépit des actions réalisées depuis lors, qui ont abouti en 2023 à la fermeture de 270 000 droits ouverts à tort, soit 768 000 fermetures au total depuis 2021⁵⁸, l'analyse de l'écart n'a pas été renouvelée. Par ailleurs, les charges afférentes supportées à tort par l'assurance maladie n'ont

⁵⁶ Par exemple, la valorisation du préjudice évité à la suite de l'arrêt de fraudes massives portant sur la facturation de tests antigéniques a consisté à reporter sur les 12 mois suivants le montant constaté sur la période de commission des infractions. Or, ces 12 mois suivants couvraient la fin de la prise en charge des tests dans les conditions de la crise sanitaire, tarissant de ce fait la fraude potentielle.

Par ailleurs, le calcul du préjudice évité résulte d'une extrapolation sur les 12 mois glissants après l'action d'interruption de la fraude, et n'est pas dégressif à mesure que le préjudice subi augmente, ce qui aurait permis de valoriser la précocité de l'action.

⁵⁷ Activité professionnelle en France ou résidence régulière et stable sur le territoire depuis au moins 3 mois.

⁵⁸ 300 000 en 2021 et 198 000 en 2022.

été estimées que sur la base d'un échantillon non représentatif en 2023.

Une part de la difficulté à consolider le nombre de personnes disposant à juste titre de droits ouverts provient de la complexité du système d'information de la Cnam, historiquement organisé sur une base départementale et ne disposant pas d'une base de données unique relative aux droits des assurés⁵⁹. Depuis 2018, la Cnam en a engagé la refonte, à travers la création d'un gisement de référence des données des individus (*GRDI*). Les bénéficiaires attendus n'en seraient constatés qu'à compter de 2025. De plus, les bases actuellement utilisées ne sont pas adéquatement synchronisées avec les flux des partenaires externes (Cnav, Cnaf, DgfiP ou encore France Travail) ou ne disposent pas de clé unique permettant d'indexer les personnes physiques, ce qui crée un stock de situations à risque⁶⁰.

Le manque d'automatisation des contrôles sur pièces de la situation professionnelle ou de la résidence occasionne des retards, des omissions et des erreurs. Dans le cadre du contrôle PUMa, il a été demandé aux Cnam de sélectionner les dossiers « actifs » sans production de justificatif depuis trois ans, ainsi que les dossiers « inactifs », depuis deux ans. Malgré ce nouvel élargissement, la mise en œuvre des contrôles reste imparfaite et laisse subsister des risques de prise en charge de frais de santé à tort.

Depuis 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 de résidence. Toutefois, seule une faible part des indus constatés a fait l'objet d'une notification⁶¹. Par ailleurs, depuis le décret du 25 avril 2023, les fermetures de droits pour irrégularité du séjour doivent conduire à la notification d'indus. La mise en œuvre de ces dispositions n'est pas pleinement assurée et la Cnam n'a pas été en mesure de produire le montant des récupérations d'indus PUMa qui doivent encore faire l'objet d'un traitement. Les indus qui doivent être constatés en cas de non-certification d'un numéro d'attente d'un assuré (NIA) prévus par les dispositions de l'article L. 114-12-3-1 du code de la sécurité sociale n'ont pas non plus été calculés.

⁵⁹ La pluralité des bases engendre des désynchronisations partiellement compensées par des opérations de redressement.

⁶⁰ Les rapprochements réalisés avec les fichiers d'autres administrations se révèlent incomplets. Les personnes indemnisées par Pôle emploi ne sont pas incluses dans la vérification de la résidence fiscale auprès de la DGFIP. Les titulaires d'un titre de séjour ne sont pas exhaustivement identifiés dans la base des assurés rapprochée avec AGDREF.

⁶¹ Pour un montant total de 6,1 M€ au 31 décembre 2023.

b) L'actualisation des droits au sein des cartes Vitale

Un défaut de mise à jour de la carte Vitale⁶², 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. L'invalidation ou l'actualisation de la carte dépend cependant de la mise à jour effective et de la cohérence entre la base de données des cartes Vitale et celle des droits des assurés. Auditées par sondage, ces bases ont montré des désynchronisations, ce qui expose à un risque de maintien de droits ouverts à tort. Au cours de l'exercice 2023, ces risques pour le régime général apparaissent néanmoins modérés. En effet, les cartes Vitale restées valides malgré la fermeture des droits de leur porteur sont évaluées à moins de 0,1 % du total (51 millions), ce que confirme la proportion des facturations électroniques détectées comme remboursées à tort.

Ces risques sont partiellement compensés par les contrôles automatisés sur les facturations et les demandes de remboursement adressées aux caisses. L'utilisation par les professionnels et les hôpitaux des outils *ADRI* et *CDRI*, intégrés à leurs logiciels de facturation afin de leur permettre de consulter les droits à jour des assurés reste facultative et doit encore progresser⁶³.

c) Les affections de longue durée

Les dépenses prises en charge au profit des assurés auxquels l'assurance maladie a reconnu une affection de longue durée (ALD) constituent environ les deux tiers des prises en charge de frais de santé, à hauteur d'environ 120 Md€. Cette reconnaissance ouvre droit à une exonération du ticket modérateur pour les dépenses liées à l'affection reconnue. D'après le dernier chiffrage de la Cnam, à fin 2023, de nombreux assurés sont toujours reconnus en ALD sans limitation de durée (473 000) ou pour une durée supérieure à dix ans (51 500), contrairement à la réglementation applicable. L'examen de ces situations, reporté à l'occasion de la crise sanitaire, n'a toujours pas été entrepris, de même que l'estimation financière du montant des prises en charge pour ces assurés.

⁶² L'obligation de mise à jour annuelle de la carte, prévue à l'article R.161-33-10 du CSS, ne fait pas l'objet de communication générale de la Cnam auprès des assurés, mais uniquement de campagnes ciblées. La mise à jour peut être réalisée en Cnam, en pharmacie, dans certains établissements et auprès de certains professionnels à l'occasion des soins.

⁶³ Seules 37 % des feuilles de soins de ville électroniques sont émises via *ADRI* et 36 % des facturations des hôpitaux privés (hors *FIDES*, Facturation Individuelle des Établissements de Santé) passent par *CDRI*. Ce taux s'élève à 60 % dans les hôpitaux publics et privés non lucratifs (*FIDES*).

Dans l'attente d'évolutions informatiques reportées depuis trois exercices, de nombreuses données relatives aux ALD continuent de présenter des différences entre les applications informatiques des Cnam et celles du contrôle médical. Il en résulte une incertitude sur la justification administrative et sur la durée des droits des bénéficiaires. De plus, 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. C'est en particulier le cas du contrôle de supervision qui doit être effectué un mois après l'admission en ALD.

d) La complémentaire santé solidaire

Le contrôle interne de l'instruction des demandes d'adhésion à la complémentaire santé solidaire (C2S) continue de présenter des faiblesses. L'évaluation de la fraude produite par la Cnam en 2021 faisait apparaître une fréquence élevée (8,7 %⁶⁴) de fraudes ou de fautes commises par les bénéficiaires de la C2S sans participation financière. Les outils de gestion (*Indigo* et *DRM*) mis en œuvre récemment visent à fiabiliser l'instruction des demandes de C2S, notamment en ce qui concerne le respect de la condition de ressources. Leur contribution à la réduction des risques d'erreur d'attribution reste toutefois limitée.

e) L'aide médicale de l'État (AME, 1 Md€)

Des incertitudes affectent le montant des charges facturées par l'assurance maladie à l'État au titre de l'AME. La vérification de la situation déclarée par les demandeurs n'exploite pas la totalité des informations dont disposent les administrations, qu'il s'agisse du contrôle de l'identité, des titres de séjour, de la condition de ressources⁶⁵ ou de la stabilité de résidence sur le territoire. En particulier, l'accès à la base *Visabio* du ministère de l'Intérieur ne permet pas de consulter l'intégralité des titres reconnus par la France. Alors qu'elle permettrait de pallier ce risque, la consultation par les consulats des visas délivrés dans l'espace Schengen n'a pas été organisée. En outre, le portail informatique d'instruction et de contrôle des demandes d'attribution de cette aide (*PAME*) présente des faiblesses.

Le dispositif de contrôle interne de l'attribution de l'AME reflète pour partie une application imparfaite de la réglementation par les caisses.

⁶⁴ Donnée actualisée non disponible pour 2023, la Cnam procédant au calcul de ce taux tous les 3 ans.

⁶⁵ En dépit de la détection de plusieurs cas de fraudes récentes, la vérification des ressources des demandeurs n'est généralement pas opérée.

Les erreurs d'attribution ne donnent pas lieu à notification ni à fermeture du droit. En cas d'incidence financière, aucun indu n'est notifié.

Alors que la loi de finances pour 2020 a prévu un délai de neuf mois avant que les majeurs puissent accéder à des soins programmés, 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.

7 - 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€⁶⁶) correspondent, pour l'essentiel, aux soins réalisés par les professionnels libéraux de santé conventionnés et par une partie des établissements de santé⁶⁷.

a) Les contrôles des facturations de frais de santé

Dans l'attente d'un nouveau système de liquidation⁶⁸, les contrôles automatisés des frais facturés directement à l'assurance maladie, ne couvrent que faiblement les risques de non-respect de la réglementation (interdictions de cumul ou d'association de facturation de certains actes médicaux ou paramédicaux, dépassement du délai de facturation pour certains établissements et prise en charge injustifiée de certaines prestations). En outre, ces contrôles ont été allégés à la suite de l'instauration de la PUMa et de la garantie de paiement des professionnels de santé en tiers payant⁶⁹, pour lesquelles des remboursements peuvent être faits à tort, sans que la récupération des indus prévue par la loi soit réalisée auprès des assurés.

La facturation en ligne, qui intègre des contrôles *a priori* dès le poste de travail du professionnel de santé, peut fortement contribuer à la fiabilisation des frais. Toutefois, elle n'a représenté que 1 % des flux de

⁶⁶ Hors mutuelles délégataires du régime général (5,0 Md€).

⁶⁷ 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.

⁶⁸ Un système d'information refondu est actuellement en cours de test pour les délivrances de médicaments, une généralisation progressive étant prévue fin 2024.

⁶⁹ La présence conjointe de la carte Vitale du patient et de la carte du professionnel (CPS) garantit le paiement de la prestation à ce dernier.

facturations en 2022, n'étant proposée à ce jour par l'assurance maladie qu'aux seuls transporteurs sanitaires (ambulances, véhicules sanitaires légers). Son taux d'utilisation est en baisse en 2023 dans les caisses auditées. Son expérimentation pour les entreprises de taxis est toujours en cours.

Les contrôles *a posteriori* de la facturation des actes et prestations ne compensent que partiellement la portée insuffisante des contrôles automatisés *a priori*. La fréquence des erreurs résiduelles s'est établie à 8,3% des facturations en 2023. Malgré la refonte du référentiel de contrôle interne en 2023, les instructions de la caisse nationale en termes d'échantillonnage et de traçabilité des contrôles ne sont pas assez précises, et sa mise en œuvre est hétérogène dans les caisses du réseau.

En outre, malgré un taux d'anomalie élevé, le nombre⁷⁰ des contrôles ciblés de facturation sur certains professionnels, réduit en 2022, n'a pas été révisé à la hausse en 2023. Ces contrôles sont de surcroît restés limités à deux catégories de professionnels (pharmacies et masseurs-kinésithérapeutes).

Le flux de facturation des taxis, pour l'essentiel non sécurisé, n'intègre pas le nombre de kilomètres facturés. Dans un contexte de règles imprécises et hétérogènes portant sur la distance facturable, les insuffisances du contrôle des facturations exposent l'assurance maladie au risque de prise en charge de dépenses injustifiées.

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

La possibilité de notifier des indus est limitée par une durée de conservation de deux ans des données relatives aux prestations versées, plus courte que les trois années du délai de prescription de l'action en recouvrement auprès des professionnels et les établissements.

La reprise du recouvrement des créances de participations forfaitaires et de franchises (1,2 Md€ à fin décembre 2023), en cas de règlement des frais de santé en tiers payant, totalement suspendue à partir de mars 2020 par la Cnam, n'est intervenue qu'au 1^{er} septembre 2023. Une part non négligeable des créances (estimée à 0,9 Md€ par la caisse nationale) en est exclue. L'incidence de cette situation a été prise en compte dans le calcul des dépréciations de ces créances qui s'élèvent à 0,8 Md€ au 31 décembre 2023 (dont 84 M€ de dotations sur l'exercice).

⁷⁰ Soit 250 000 factures.

c) Les prises en charge en réponse à la crise sanitaire et la télésanté

Les dépenses prises en charge par l'assurance maladie, dans le cadre des tests de dépistage et de la vaccination contre l'épidémie de covid-19, ont fortement baissé en 2023 (estimées à 0,5 Md€ contre 6,1 Md€ en 2022). Peu de contrôles ont été réalisés sur les conditions de prise en charge de ces dépenses sur les exercices antérieurs⁷¹. Toutefois, un contrôle de la facturation de la vaccination est en cours sur les dépenses de 2021 et 2022⁷².

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. Ces actes font l'objet d'un contrôle *a posteriori* spécifique mis en place en 2023 de manière rétrospective. Toutefois, il exclut certains points de contrôle (la condition de territorialité, l'existence de consultations physiques antérieures avec le praticien et l'alternance de consultations et téléconsultations).

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

Le taux de création et d'exécution des prescriptions dématérialisées par les professionnels de santé reste marginal en dépit des objectifs conventionnels fixés pour 2023⁷³. 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, 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 exécutant la prescription.

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

⁷¹ En particulier sur la facturation des tests et la rémunération forfaitaire du traitement des données médico-administratives de la covid 19 par les professionnels de santé.

⁷² Il vise à détecter des incohérences telles que la double facturation, la facturation d'actes non cumulables, ou un cumul incohérent d'heures de vacation, mais sans réaliser de rapprochement avec la base de données de vaccination (VAC-SI), et sans vérifier la réalité des numéros de sécurité sociale (NIR) mentionnés.

⁷³ Le nombre d'ordonnances numériques créées, entre le 1^{er} décembre 2022 et le 31 décembre 2023, est de 11,4 millions, dont 32 158 exécutées par les pharmaciens. Les objectifs fixés dans le cadre des conventions signées avec les médecins libéraux, les centres de santé et les pharmaciens, prévoient un taux de e-prescriptions de 50% et un taux d'exécution de 35%, à fin 2023.

portent sur un nombre minime de facturations (environ 0,25 % du nombre de décomptes liquidés en 2022⁷⁴).

Dans l'attente d'évolutions informatiques, le respect des règles de délivrance des médicaments princeps et de facturation de ces derniers lorsque le médecin n'a pas motivé l'impossibilité de le remplacer par un médicament générique n'est pas couvert par les contrôles automatisés *a priori* et ne fait pas l'objet de contrôles *a posteriori*.

Le champ encore partiel de la dématérialisation des demandes d'accord préalable établies par les professionnels de santé limite les possibilités de contrôle *a priori*, par le service médical, du bien-fondé des demandes réceptionnées. En outre, les facturations de prestations soumises 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.

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

La Cnam mesure par un indicateur la fréquence et la portée financière des erreurs affectant les prises en charge des prestations en nature, en réitérant les opérations de contrôle d'un échantillon de dossiers. Le champ de cet indicateur est limité à 103,2 Md€ en 2023, en excluant les séjours en hôpitaux publics (44,5 Md€ en 2023). Par ailleurs, l'indicateur ne permet pas de calculer distinctement le risque lié aux prestations de la branche maladie et celles relevant de la branche AT-MP.

Les résultats 2023, sur 2 640 dossiers⁷⁵, traduisent des erreurs encore fréquentes qui affectent 8,3 % des dossiers⁷⁶ (après 8,1 % en 2022 à méthode de calcul constante⁷⁷). Leur portée financière est estimée par la Cnam à 3,1 Md€ (après 3,8 Md€ en 2022⁷⁸). Pour 95 % de ces montants, les erreurs se font au détriment de l'assurance maladie. La plupart des

⁷⁴ Le bilan de contrôle interne et de lutte contre la fraude de l'assurance maladie pour 2023 n'était pas disponible lors de la rédaction de ce rapport.

⁷⁵ Sur un total de 1,6 milliard de transactions sur l'exercice, ce qui limite la représentativité de l'échantillon.

⁷⁶ Compte tenu de la taille de l'échantillon, il y a 95 % de probabilité que la fréquence des erreurs soit comprise entre 6,94 % et 9,87 %.

⁷⁷ La méthode d'extrapolation a été corrigée en 2023. La fréquence des erreurs en valeur centrale statistique calculée en 2022, avant ajustement de la méthode, est de 10,8 %.

⁷⁸ Après ajustement de la méthode. Le montant avant ajustement de la méthode s'établissait à 3,4 Md€ soit 3,3 % du total des prestations.

erreurs concernent le taux de prise en charge, la cotation des actes, des prescriptions mal respectées, des surfacturations et le non-respect du parcours de soins.

Malgré ses améliorations notables depuis sa création en 2013 et sa refonte en 2022, l'indicateur ne permet pas encore d'appréhender parfaitement les risques qu'il couvre. En 2023, la représentativité des échantillons (hôpitaux, professionnels) a été améliorée. Toutefois, dans l'échantillon que la Cour examine elle-même après la réitération des contrôles, près d'un dossier sur trois est encore requalifié à sa demande, ce qui révèle un défaut de maîtrise de la réglementation. Par ailleurs, le résultat de l'indicateur est minoré car il n'intègre ni les sommes prises en charge au profit d'assurés dont les droits auraient dû être fermés, ni les résultats du contrôle médical⁷⁹, ni les 2,4 % de dossiers dépourvus de pièces justificatives (voir ci-dessus C-1-a)⁸⁰, ni les prises en charge en tiers-payant sur le fondement d'une feuille de soin non signée par l'assuré, pour un montant extrapolé à 0,4 Md€.

Enfin, les résultats antérieurs de l'indicateur n'ont pas débouché sur des actions déterminantes améliorant la qualité de la liquidation.

Au total, la Cour ne dispose que d'une assurance limitée sur la portée des risques résiduels après contrôle interne qui affectent de manière diffuse 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 des mutuelles⁸¹ pour le compte du régime général d'assurance maladie (5 Md€) restent peu contrôlées. Il en est de même pour les prestations liquidées par l'assurance maladie, au titre de bénéficiaires affiliés par des mutuelles⁸² (1,1 Md€). Les rapports qu'établissent ces mutuelles sur le contrôle interne des processus gérés pour le compte du régime général, et son examen par les auditeurs des Cpm, apportent peu d'éléments probants sur son efficacité.

⁷⁹ Chargé de s'assurer du respect des conditions de prise en charge intégrale des soins liés à une affection de longue durée (ALD), ou encore de donner son accord préalable pour certains produits et prestations.

⁸⁰ Cela concerne 6,1 % des dossiers de l'échantillon, soit une extrapolation après stratification à 2,4 % des transactions.

⁸¹ MGEN et MAEE.

⁸² MGP, INTERIALE et CAMIEG.

Le risque financier résiduel estimé par les mutuelles délégataires, pour les prestations liquidées par ces dernières à partir d'un échantillon de 2 200 dossiers, se dégrade en 2023, l'incidence financière des erreurs atteignant 3,4 % des règlements, soit 172 M€⁸³. Cette estimation exclut les anomalies pour absence de pièces justificatives, qui atteignent 9,2 % des règlements. Par ailleurs, elle manque de fiabilité : près d'un dossier sur deux est requalifié ou revalorisé par la Cnam à l'occasion du contrôle d'un échantillon.

8 - 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 externes⁸⁴ facturés directement par les hôpitaux publics et privés non lucratifs (3,3 Md€ en 2023) sont insuffisamment contrôlés, ce qui expose l'assurance maladie à un risque de versement et comptabilisation inexact. En outre, les contrôles *a posteriori* sont imparfaitement assurés : contrôles manuels des tarifs de rétrocession de médicaments, mise en œuvre partielle des contrôles sur la facturation des forfaits d'imagerie (radiologie, échographie, etc.).

b) Les séjours et dotations

Les séjours dans les hôpitaux publics et privés non lucratifs⁸⁵ sont financés (44,5 Md€ en 2023) sur le fondement d'arrêtés pris par les agences régionales de santé (ARS) au vu de l'activité que déclarent ces établissements à l'Agence technique d'information sur l'hospitalisation (Atih). Les contrôles limités opérés par les ARS et par une partie des établissements concernés sont insuffisants pour prévenir le risque d'erreurs de portée significative. Ce risque est accru dans un contexte de hausse des cyberattaques visant les hôpitaux.

De plus, les contrôles réalisés par l'Atih qui ont pour objectif 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 toujours connaissance des actions mises en œuvre par l'Atih

⁸³ Contre une incidence financière des erreurs de 1,2 % en 2022, pour 61 M€. La dégradation des résultats en 2023 serait liée à des évolutions méthodologiques, dans le but de se rapprocher de celle de l'indicateur de fiabilité des prestations en nature.

⁸⁴ Consultations, actes d'imageries, forfaits techniques et actes techniques médicaux.

⁸⁵ Les hôpitaux privés lucratifs les facturent directement à l'assurance maladie (14,5 Md€ en 2023).

ou par les ARS afin de détecter des erreurs de codage et de valorisation.

Les dotations à verser aux hôpitaux, arrêtées par les ARS, ne sont pas transmises aux Cnam sous la forme d'un flux informatique automatisé. Cela induit un risque d'erreur lors de la comptabilisation des charges⁸⁶. De plus, les contrôles opérés par les Cnam ne couvrent que partiellement le risque de règlement à tort d'une dotation.

Les contrôles de la facturation directe des séjours par les établissements privés lucratifs (14,5 Md€ en 2023) 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 effectivement contrôlées et par une traçabilité des contrôles imparfaitement assurée.

c) L'absence de reprise des contrôles de la valorisation de l'activité

Les contrôles que doit réaliser le service médical de l'assurance maladie sur la correcte valorisation de l'activité dans les hôpitaux (« contrôles de la tarification à l'activité »)⁸⁷ sont toujours suspendus en 2023. Les montants de la sécurisation modulée à l'activité (SMA)⁸⁸ versés et comptabilisés au titre de l'exercice 2023 reposent sur des fondements affectés d'incertitudes. En effet, ils dépendent du montant de la garantie de financement versée en 2022, elle-même affectée par les risques d'erreurs pesant sur l'ensemble de la chaîne de facturation précitée (de la valorisation de l'activité au contrôle de sa comptabilisation).

d) L'absence de mesure du risque financier résiduel

Malgré l'importance des risques d'erreur, l'efficacité des contrôles, de toute nature, appliqués au règlement des séjours et des dotations hospitalières n'est pas évaluée au travers d'un indicateur spécifique de risque financier, établi à partir des résultats du contrôle *a posteriori*.

⁸⁶ 14 400 arrêtés ressaisis, pour un montant estimé à 45,6 Md€ à fin août 2023.

⁸⁷ Dispositif de lutte contre les fraudes et les pratiques fautives, qui portait sur une fraction réduite (0,7 % au plus par an) des séjours tarifés à l'activité dans les hôpitaux publics et privés. Ils sont suspendus depuis l'exercice 2020, alors qu'ils représentaient un préjudice financier annuel moyen de 50 M€.

⁸⁸ La LFSS pour 2023 a remplacé la garantie de financement instaurée en 2020, reconduite en 2021 et 2022, par la sécurisation modulée à l'activité (voir D2 *supra*).

9 - Les erreurs affectant les indemnités journalières d'arrêt de travail et de congé maternité (IJ)

a) L'attribution des indemnités journalières (11,9 Md€⁸⁹)

La part des arrêts de travail signalés via la déclaration sociale nominative (DSN)⁹⁰ événementielle a légèrement progressé en 2023 pour atteindre 69 % (+4 %). Près d'un tiers des indemnités journalières ne bénéficient donc pas de la fiabilisation permise par ce flux qui évite toute nouvelle saisie de données de salaires, en raison de la survivance des déclarations de salaire remplies sur papier ou déposées sur le site *Net-entreprises.fr*.

Le contrôle interne des services administratifs des Cpmam couvre toujours insuffisamment les risques liés à l'attribution des indemnités journalières (11,9 Md€, dont 96 M€ au titre des arrêts dérogatoires instaurés dans le cadre de la crise sanitaire). L'absence de ciblage des dossiers complexes (assurés poly-actifs ou à activité discontinuée) lors des supervisions relatives à l'alimentation des données de salaire et les erreurs de calcul des indemnités journalières affecte l'exactitude des montants versés et comptabilisés.

Les résultats des contrôles font encore 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.

Le contrôle interne du traitement des arrêts de travail est encore insuffisant. Les contrôles *a priori* automatisés à réception des avis ne sont pas toujours adaptés, ni bloquants (cumul de pensions d'invalidité et d'indemnités journalières, erreurs du praticien ou des caisses lors de l'enregistrement des arrêts de plus de 100 jours, etc.). Les contrôles *a posteriori* sont partiellement mis en œuvre, ce qui les rend insuffisants au regard de l'importance des flux, tant pour les salariés que pour les travailleurs indépendants.

⁸⁹ Dont 10,8 Md€ au titre des arrêts maladie et 1,1 Md€ pour les congés maternité prénataux. Le financement des congés maternité postnataux et d'adoption (2,01 Md€), a été transféré en 2023 à la branche famille.

⁹⁰ La déclaration sociale nominative est un flux normé émis mensuellement par les employeurs depuis les logiciels de gestion de la paie vers l'ensemble des organismes sociaux, comportant notamment les données d'identification et de rémunération des salariés.

Les retraités peuvent bénéficier des indemnités journalières dans la limite de 60 jours. La loi de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2023 a levé cette limite pour les personnes en retraite progressive, à compter du 1^{er} mai 2023. Or, l'identification de cette population dans le système d'information de la Cnam n'est pas efficacement assurée, ce qui induit un risque d'inapplication de la réforme pour une partie des assurés qui auraient dû en bénéficier.

b) Les contrôles du service médical

En 2023, face à une hausse importante des arrêts de travail, une campagne nationale a été lancée afin de mettre en œuvre la procédure, prévue à l'article R148-1 du code de la sécurité sociale, permettant de fixer un objectif de réduction des prescriptions aux médecins ayant prescrit un nombre d'arrêts de travail anormalement élevé. Toutefois, la mise en œuvre de cette procédure par les Cnam n'a été effective qu'au cours du deuxième semestre. L'audit de la mise en œuvre de cette procédure et de ses résultats n'a donc pas été réalisable au titre de l'exercice 2023.

Par ailleurs, les activités du service du contrôle médical couvrent imparfaitement les risques de versement injustifié et de suspension tardive des indemnités. En effet, malgré une amélioration en 2023, le nombre d'exams sur personne demeure insuffisant pour prévenir le risque d'ouverture ou de maintien de droits aux indemnités journalières injustifiés sur le plan médical, notamment pour les arrêts de longue durée. Sauf exception, le contrôle des arrêts courts itératifs n'est plus assuré.

Lorsqu'il décide la suspension d'un arrêt de travail injustifié, le service médical ne fait intervenir la mesure qu'à l'issue d'un délai de huit jours alors que le code de la sécurité sociale prévoit qu'elle s'applique à la date à laquelle le patient a été informé par le praticien conseil. Il en résulte une majoration des charges de l'assurance-maladie, non estimée par la Cnam.

c) Les erreurs résiduelles relatives aux indemnités journalières

La Cnam mesure annuellement la fréquence et la portée des erreurs résiduelles après contrôle interne affectant la mise en paiement des indemnités journalières d'arrêt maladie, de congé maternité et d'AT-MP, en réitérant les opérations de contrôle d'un échantillon de dossiers liquidés.

Le champ de l'indicateur comprend 22,3 Md€ de prestations tous risques confondus⁹¹.

La méthodologie de l'indicateur relatif aux prestations en espèces a été rénovée en 2023. Son périmètre s'est étendu aux travailleurs indépendants, pour un montant de remboursements de 0,9 Md€. L'échantillon de dossiers contrôlés a presque triplé à périmètre constant, pour atteindre 5 235, et fait désormais l'objet de revues croisées entre caisses primaires avant supervision nationale. Ces progrès améliorent la fiabilité de l'indicateur et invitent à considérer avec prudence la comparaison avec les exercices précédents.

En 2023, toutes branches confondues (y compris les travailleurs indépendants), la fréquence des erreurs est en baisse, à 7,7 %⁹² des dossiers (contre 9,8 % en 2022). Cependant, le montant des erreurs augmente significativement, passant à 453,3 M€⁹³ en 2023, soit 2 % du montant total, après 362,1 M€ en 2022 soit 1,7 %.

Pour la branche maladie, le montant des erreurs atteint 302,9 M€, soit 1,8 % des prestations (contre 1,6 % du montant des prestations en 2022).

Dans l'échantillon que la Cour examine elle-même après la réitération des contrôles, un tiers des décomptes est encore requalifié à sa demande, ce qui révèle une maîtrise insuffisante de la réglementation.

Les erreurs avec incidence financière les plus fréquentes portent sur la détermination du salaire de référence, ainsi que sur le calcul des indemnités liquidées par les outils informatiques *PROGRES* et *ARPEGE*. Les résultats de l'indicateur constituent des valeurs minimales. En effet, ils ne prennent pas en compte les risques liés aux missions du service médical, à l'inexactitude des salaires déclarés et aux 21 % de dossiers ne pouvant être vérifiés, notamment en raison de l'absence d'éléments justificatifs.

⁹¹ Ce montant ne coïncide pas avec les charges de prestations comptabilisées pour l'année 2023 (18,9 Md€ tous risques confondus, après 20,3 Md€ en 2022), du fait d'une période de mesure en avance d'un trimestre sur l'année comptable.

⁹² Compte tenu de la taille de l'échantillon, ce résultat donne une assurance à 95 % que la fréquence des erreurs est comprise entre 6,5 % et 9,1 %.

⁹³ 431,2 M€ à périmètre constant, c'est-à-dire avant intégration des travailleurs indépendants. La progression de 19 % s'explique par l'augmentation du montant moyen des erreurs (212 € en 2023, y compris TI, et 178,4 € hors TI, contre 113 € en 2022).

10 -Les erreurs affectant les pensions d'invalidité

Malgré des risques significatifs, l'efficacité du contrôle des pensions d'invalidité (7,5 Md€ en 2023) n'est toujours pas mesurée par un indicateur de risque financier résiduel. Le calcul des pensions d'invalidité dépend de la fiabilité des données de salaires fournies par la Caisse nationale d'assurance vieillesse (Cnav)⁹⁴. Les données du dispositif ressources mensuelles ne sont pas encore utilisées, alors qu'elles permettraient de fiabiliser le montant des pensions en fonction de l'évolution des revenus. Les contrôles restent ponctuels et affectés par une maîtrise insuffisante de la réglementation.

La mise en œuvre du relèvement du plafond de cumul d'une pension d'invalidité avec des revenus du travail⁹⁵ se fait avec retard, ce qui expose à la liquidation de pensions inexactes.

Le risque de mise en invalidité tardive des assurés est insuffisamment prévenu, compte tenu des faiblesses du contrôle médical des arrêts de travail de longue durée, ce qui expose au risque de versement injustifié d'indemnités journalières, en lieu et place de pensions d'invalidité.

⁹⁴ Voir *infra* opinion sur les comptes de la branche vieillesse.

⁹⁵ Prévu par le décret n° 2023-684 du 28 juillet 2023 portant relèvement du plafonnement du salaire de comparaison en cas de cumul de la pension d'invalidité avec d'autres revenus.

Opinion de la Cour sur les comptes de la branche accidents du travail – maladies professionnelles de l'exercice 2023

La branche accidents du travail-maladies professionnelles (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 caisses générales de sécurité sociale (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 2023, la branche AT-MP a comptabilisé 10 Md€ de charges de prestations légales et dégagé un résultat excédentaire de 1,4 Md€, contre 1,6 Md€ en 2022.

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 2023, arrêtés le 5 avril 2024 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.

Par ailleurs, la Cour appelle l'attention sur l'annexe aux comptes de la branche AT-MP qui ne mentionne pas d'engagements pluriannuels à l'égard des titulaires de rentes pour incapacité permanente à fin 2023, appréciés et évalués en fonction des règles de droit en vigueur à cette date. Ces engagements significatifs peuvent pourtant être évalués de manière fiable et portent sur des prestations ayant un objet identique à celui de prestations pour lesquelles l'État reconnaît, lui, des passifs à ce même titre (sous la forme de provisions pour charges).

B -Fondements de l'opinion de la Cour

La Cour constate que les comptes de la branche AT-MP de l'exercice 2023 sont affectés par une anomalie significative.

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 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 8 et 9).

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 (0,5 Md€) ne sont pas toujours certains ou correctement rattachés à l'exercice pour un montant estimé par la Cnam à 152 M€ inscrits en créances en 2023, contre 168 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 - De nombreuses écritures comptables ne sont pas étayées par une pièce justificative

De nombreuses écritures ne sont pas étayées par une pièce justificative. Il est renvoyé aux fondements de l'opinion de la Cour sur les comptes de la branche maladie (D-1).

2 - 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 (D-2).

L'annexe aux comptes de la branche AT-MP ne mentionne pas d'engagements pluriannuels hors bilan à l'égard des titulaires de de rentes

pour incapacité permanente à fin 2023, appréciés et évalués en fonction des règles de droit en vigueur à cette date. Ces engagements peuvent pourtant être évalués de manière fiable⁹⁶.

3 - L'estimation peu étayée de la provision pour risque contentieux portant sur les cotisations AT-MP

Une provision (0,9 Md€) couvre le risque de remboursement aux employeurs de cotisations AT-MP à la suite de contentieux en cours susceptibles d'être perdus par la branche. Malgré un progrès par rapport aux exercices précédents, des fragilités demeurent dans l'évaluation de cette provision. En effet, les cotisations à rembourser à la suite des contentieux perdus, ne font toujours pas l'objet d'une évaluation suivie par les organismes du recouvrement, ce qui ne permet pas d'analyser le dénouement de la provision lors de l'exercice suivant.

4 - 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 (0,75 Md€) et de produits comptabilisés (0,5 Md€) et l'estimation des dépréciations de créances (0,5 Md€) au titre des recours contre tiers, par ailleurs insuffisamment couverts par le contrôle interne.

En outre, environ 56 000 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 0,4 Md€) 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 (D-4).

b) Les provisions pour charges de soins

L'évaluation de la provision (0,5 Md€ en 2023) reste affectée par des incertitudes encore élevées. En effet, le dénouement de la provision enregistrée en 2022 fait apparaître une sous-évaluation de 30,9 M€ (8,3 % de la provision 2022).

⁹⁶ Pour sa part, l'État mentionne *a contrario* dans l'annexe à ses comptes des engagements portant sur des prestations ayant un objet similaire à celui de ces rentes.

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*).

5 - 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 (D-5).

6 - 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. 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 loi de financement de la sécurité sociale (1,2 Md€ en 2023). 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'est pas évaluée par la Cnam.

En outre, 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 de prise en charge à tort dans les comptes de la branche AT-MP 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 prises par les caisses ou le 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 de l'ordonnateur manquent de fiabilité, en raison de modalités de réalisation imprécises et appliquées de façon hétérogène dans le réseau. Ceux du

service médical sont insuffisamment documentés et ont parfois une portée limitée.

Enfin, le contrôle interne de la saisie manuelle des données des certificats médicaux (recevabilité du document, qualité de la saisie des données médicales et des dates de réception) dans les applications de gestion des sinistres est insuffisant.

7 - Les erreurs affectant la détermination des taux de cotisation

Les produits de cotisations sociales affectées à la branche ont atteint 14,9 Md€, contre 14,3 Md€ en 2022. Les modalités de détermination des taux de cotisation varient en fonction des effectifs des entreprises. Une fois arrêtés, ils sont notifiés aux employeurs par les Carsat⁹⁷ 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. 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.

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, restent, malgré l'augmentation de l'objectif national du nombre de sections d'établissement contrôlées en 2023, 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.

⁹⁷ Par le téléservice « Compte AT-MP », qui permet d'intégrer automatiquement ce taux à leur DSN. Toutefois, de nombreuses entreprises (32 % dans l'une des Cnam auditées) n'ont pas encore adhéré à ce dispositif obligatoire depuis 2022, sans se voir appliquer les pénalités prévues par la réglementation.

8 - Les erreurs affectant les indemnités journalières d'arrêt pour accident du travail ou maladie professionnelle

Il est renvoyé aux fondements de l'opinion de la Cour sur les comptes de la branche maladie (D-9), notamment en ce qui concerne les modalités de la mesure des erreurs résiduelles par un indicateur (c).

Pour la branche AT-MP, la fréquence des erreurs mesurée par cet indicateur diminue légèrement en 2023 et s'établit à 11,4 %⁹⁸ (contre 12,9 % en 2022). En revanche, le montant des erreurs atteint 128,3 M€ (contre 84 M€ en 2022), soit 3,03 % des prestations pour les AT-MP (contre 2,13 % en 2022).

9 - Les erreurs affectant les rentes pour incapacité permanente

Malgré des risques significatifs, l'efficacité du contrôle des rentes d'incapacité permanente (4,5 Md€) n'est toujours pas mesurée par un indicateur de risque financier résiduel. Par ailleurs, le calcul des rentes dépend de la fiabilité, parfois incertaine, des données déclarées⁹⁹, sans rapprochement avec le dispositif ressources mensuelles ni les informations détenues par les autres administrations. Les contrôles internes et médicaux sont insuffisamment documentés.

Le risque de détermination erronée du taux de l'incapacité permanente est imparfaitement couvert par le contrôle médical, notamment s'agissant des taux inférieurs à 35 %, qui représentent l'essentiel¹⁰⁰ en volume. En l'absence d'un cadre réglementaire et d'un référentiel national suffisant, la détermination du coefficient professionnel, qui majore le taux retenu par le médecin conseil, varie entre les Cnam.

⁹⁸ La Cnam n'a pas calculé l'intervalle de confiance de cet indicateur.

⁹⁹ Attestations de salaires complétées par l'employeur ou éléments de rémunération transmis par les assurés (salaires, allocations de chômage, indemnités journalières, etc.).

¹⁰⁰ Pour les notifications de prestations d'incapacité permanente au cours de l'exercice 2023 (situation à fin octobre), les taux fixés entre 1 et 9 % représentaient 63 % en nombre, ceux entre 10 et 19 % représentaient 2 %, ceux entre 20 % et 39 % s'établissaient à 9 %.

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 2023, arrêtés le 5 avril 2024 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 4,2 Md€ au total. Ces opérations n'ont pas été régularisées à fin 2023.

De plus, il est renvoyé aux anomalies significatives constatées par la Cour sur les comptes des branches maladie et AT-MP et dans 10 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 pour :

- des situations de non-respect du principe des droits constatés (C-1) ;
- des enregistrements contraires au principe de prudence (C-2) ;
- des écritures comptables qui ne sont pas étayées par une pièce justificative (D-1) ;
- des incertitudes affectant l'estimation des produits à recevoir de remises sur les prix des médicaments et des dispositifs médicaux (D-2) ;
- des insuffisances de la justification de certains éléments des états financiers (D-3) ;
- des insuffisances de l'enregistrement et de l'estimation des actifs et des passifs (D-4) ;
- des faiblesses du cadre général du contrôle interne (D-5) ;
- des anomalies affectant la gestion des bénéficiaires (D-6) ;
- des erreurs affectant les remboursements de frais de santé facturés directement à l'assurance maladie (D-7) ;
- des erreurs affectant les remboursements d'actes et de séjours facturés par les établissements de santé (D-8) ;
- des erreurs affectant les indemnités journalières d'arrêt de travail et de congé maternité (IJ) (D-9) ;
- des erreurs affectant les pensions d'invalidité (D-10).

Opinion de la Cour sur les comptes

de la branche famille de l'exercice 2023

Les comptes de la branche famille retracent les opérations de la Caisse nationale d'allocations familiales (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 trois fédérations de CAF, ainsi que des caisses de la Mutualité sociale agricole (MSA), délégataire de par la loi de la gestion des prestations versées par la branche famille aux allocataires affiliés au régime agricole.

Au titre de l'exercice 2023, la branche famille a comptabilisé 81,8 Md€ de charges de prestations légales, tous financeurs compris¹⁰¹ et 6,5 Md€ de charges de prestations extralégales d'action sociale, propres à la branche¹⁰². Elle a dégagé un résultat excédentaire de 1 Md€, contre 1,9 Md€ au titre de l'exercice 2022.

¹⁰¹ Elles comprennent, notamment, les prestations familiales (32,7 Md€, dont 13,4 Md€ d'allocations familiales et 11,4 Md€ pour la prestation d'accueil du jeune enfant), l'allocation aux adultes handicapés (12,7 Md€), la prime d'activité (10,2 Md€), les aides au logement (15,6 Md€), financées par l'État, et le RSA versé pour le compte des conseils départementaux (10 Md€) ou, par exception, pour celui de l'État (1,6 Md€).

¹⁰² Elles sont principalement constituées de subventions à des structures (5,7 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 2023, arrêtés le 5 avril par le directeur et le directeur comptable et financier de la Cnaf, dont un résumé est annexé au présent rapport.

La Cour constate qu'il ne lui est pas possible d'exprimer une position sur les comptes de la branche famille de l'exercice 2023, signés le 5 avril 2024 par le directeur et le directeur comptable et financier de la Cnaf.

B - Fondements de l'opinion de la Cour

La Cour avait refusé de certifier les comptes de la branche famille de 2022 en constatant que, au regard du niveau auquel se situaient les indicateurs et de l'absence d'évolution du dispositif de contrôle interne, elle ne disposait pas de perspectives d'amélioration des constats réitérés en matière d'incidence financière résiduelle après contrôle interne. La situation a évolué favorablement sur certains aspects en 2023. Toutefois, ces progrès, encore en cours, ne permettent pas de certifier les comptes de la branche.

En premier lieu, la Cnaf a élaboré un plan d'action partagé par l'ordonnateur et le directeur comptable et financier, destiné à garantir le paiement à bon droit des prestations. Toutefois, du fait de son déploiement récent - à compter du second semestre 2023 - ce plan n'apporte pas encore d'assurance raisonnable sur la maîtrise par la branche des risques affectant les opérations que les caisses réalisent.

Par ailleurs, en dépit du maintien cette année, pour la première fois depuis trois exercices, des objectifs de contrôle assignés aux CAF et de la progression de la performance financière des contrôles, la capacité de détection des erreurs par le réseau demeure très inférieure au risque induit par l'insuffisante fiabilité des données déclarées par les allocataires.

En témoigne l'indicateur de risque résiduel relatif aux données déclarées à 24 mois, qui se stabilise certes, mais demeure à un niveau élevé (7,4 %, contre 7,6 % au titre des prestations de 2021, soit 5,5 Md€ d'indus et de rappels qui ne seront jamais détectés). L'indicateur de risque résiduel relatif aux données entrantes à 9 mois affiche quant à lui une dégradation, s'établissant à 10,9 % des prestations versées en 2023 contre 9,9 % en 2022. Cette tendance fait peser une incertitude sur l'évolution de la maîtrise

du risque financier, dont l'amélioration n'est, à ce stade, pas confirmée. Enfin, le niveau des erreurs imputables aux caisses elles-mêmes ne s'améliore pas non plus. Les charges de la branche et les opérations que celle-ci réalise au titre de ses opérations propres et pour le compte de tiers se trouvent donc affectées d'incertitudes majeures.

Le risque estimé par ces indicateurs ne peut être circonscrit à des comptes précis rendant, l'incidence sur les états financiers difficile à identifier. Au regard du caractère diffus des conséquences des insuffisances d'éléments probants relevées au terme des travaux, la Cour ne peut se prononcer sur le caractère régulier, sincère des comptes de la branche et la fidélité de l'image du résultat des opérations de l'exercice écoulé, ainsi que de la situation financière et du patrimoine à la clôture de l'exercice.

C - 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

Les travaux engagés pour améliorer le pilotage des processus de gestion des prestations légales ont permis l'élaboration d'une nouvelle carte des processus et la définition des risques majeurs en 2023. La diffusion exhaustive de l'ensemble des moyens de maîtrise des risques s'étalera jusqu'en 2025. Durant cette phase de transition, l'homogénéité, la mise à jour et l'articulation des processus en vigueur avec les autres outils de contrôle interne restent insuffisamment assurées, ce qui affecte leur contribution à la fiabilité de la liquidation des prestations par les CAF.

Bien que le déploiement d'un nouvel outil de pilotage de la performance et de l'amélioration continue (*Pilpac*) offre des perspectives intéressantes, le calendrier et les modalités de suivi des actions engagées par les CAF demeurent insuffisants sur le plan national comme local.

Les objectifs en montant du plan de contrôle interne sont plus élevés que les résultats de l'exercice précédent et n'ont pas fait l'objet de révision. Néanmoins, en termes de nombre de contrôles, ceux-ci continuent à s'inscrire, pour une partie d'entre eux, à un niveau inférieur à celui observé avant la crise sanitaire (le nombre de contrôles sur place a ainsi diminué de plus de 33 % depuis 2019).

Au titre des missions confiées aux CAF dans le cadre de l'Agence de recouvrement et d'intermédiation des pensions alimentaires (Aripa),

le défaut d'outil de pilotage du contrôle interne des activités de recouvrement et de reversement des pensions alimentaires ainsi que les niveaux d'erreurs constatés dans les processus métiers de cette agence ne garantissent pas une sécurisation suffisante des risques ou le défaut d'exhaustivité dans le traitement des droits.

b) Les objectifs de contrôle assignés aux caisses

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 la liquidation des prestations par les agents des CAF.

En 2023, le nombre de contrôles réalisés progresse de nouveau, après avoir sensiblement baissé en 2021. Les objectifs en montants d'indus à détecter assignés aux CAF, définis à partir des résultats obtenus en 2022, n'ont pas été révisés à la baisse au cours de 2023 et ont été globalement dépassés. Toutefois, ces progrès ne permettent pas encore de couvrir le risque d'erreurs déclaratives non détectées, mesuré par l'indicateur de risque financier résiduel, qui a progressé de manière continue entre 2018 et 2021.

Par ailleurs, malgré les mesures incitatives prises par la Cnaf en direction de son réseau et en dépit du mécanisme d'entraide proposé aux caisses les plus en difficulté, les CAF n'atteignent pas systématiquement les objectifs de contrôles qui leur sont fixés pour détecter les erreurs internes et ont des résultats très hétérogènes.

Enfin, comme en témoignent les résultats des contrôles effectués par les directions comptables et financières mesurés par les taux de rejets, les dispositifs de supervision et d'accompagnement des agents mis en œuvre demeurent insuffisants pour assurer le paiement à bon droit des prestations légales.

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

Dans un contexte marqué par une augmentation des incidents, la gouvernance en matière de sécurité du système d'information présente des fragilités. Les exigences réglementaires applicables en la matière ne sont que partiellement mises en œuvre, exposant la branche à des risques significatifs relatifs à la protection de son système d'information.

La branche a finalisé en 2023 son analyse des risques pouvant survenir en cas de crise et des dispositions à prévoir pour assurer la

continuité de l'activité¹⁰³ suite à la refonte des processus. Toutefois, les tests de reprise d'activité au cours de l'année sont très partiels, ce qui affecte la capacité de la branche à liquider les prestations depuis son site de secours, en cas de sinistre sur son site de production.

Comme lors de l'exercice précédent, la méthodologie de conduite de projet de la Cnaf ne couvre pas l'ensemble des méthodes de développement. Les risques induits par les évolutions informatiques sont insuffisamment formalisés. L'automatisation des tests, notamment pour vérifier l'absence d'effets négatifs induits par les nouveaux développements, a progressé en 2023 mais reste encore insuffisante.

Les faiblesses récurrentes concernant la gestion des habilitations d'accès aux applications perdurent (dans l'attente de mise en œuvre de la nouvelle solution de gestion des habilitations en cours de développement) et ne sont que partiellement compensées par les contrôles *a posteriori*.

Plusieurs indicateurs relatifs à la gestion des incidents, pourtant prévus dans les procédures, ne sont toujours pas mis en œuvre, dans l'attente d'une évolution de l'outil qui gère ce processus. Le nombre d'incidents majeurs non résolus fin 2023 est en augmentation par rapport à fin 2022. Leur incidence financière est estimée à 11 M€ (contre 16 M€).

d) La portée de la lutte contre les fraudes

La Cnaf procède, une année sur deux, à une estimation, de l'étendue de la fraude potentielle aux prestations légales par la voie d'une enquête dite « paiement à bon droit et fraude ». Celle-ci consiste en un contrôle sur place approfondi d'un échantillon représentatif de l'ordre de 6 000 dossiers d'allocataires, dont les résultats sont extrapolés sur le plan statistique. En 2023 (résultats au titre 2022), la fraude représente, en valeur centrale, 4,9 % des prestations légales versées, soit 3,90 Md€. Le RSA, la prime d'activité, et les aides au logement sont les prestations les plus touchées. Par rapport à l'enquête 2021 (données au titre 2020), il s'agit d'une hausse importante de la fraude estimée (+38,8 %). En effet, la fraude avait été évaluée à 3,6 % des droits versés, soit 2,81 Md€.

Les actions déployées par la branche afin d'améliorer la prévention et la détection des fraudes conservent des marges de progrès. Si l'impact financier des actions entreprises en 2023 est en hausse (375 M€ contre 351 M€ en 2022), seulement un cinquième du réseau porte un peu plus de 50 % de cette performance. De plus, un cinquième des CAF n'a pas atteint

¹⁰³ Analyse permettant de quantifier les risques en situation de crise et les effets afin de préparer la stratégie pour assurer une continuité d'activité acceptable et minimiser les risques en cas de sinistre.

l'objectif fixé. D'autre part, les caisses observent imparfaitement le processus formalisé par la Cnaf (pratiques hétérogènes, intensité des contrôles inégale, délais de traitement des dossiers présumés frauduleux variables). Les taux hétérogènes de qualification des indus détectés, en indus frauduleux, reflètent une application variable des consignes par les CAF. Les barèmes de sanction ne sont pas systématiquement appliqués.

La Cnaf détermine un taux de recouvrement réel des indus frauduleux à 48 mois. En 2023, ce taux de recouvrement s'établit à 57,7 % (65,4 % en 2022) et le montant recouvré est de 190 M€.

Le déploiement opérationnel du service national de lutte contre la fraude à enjeu, constitué en 2021, se poursuit. Les actions entreprises à ce stade, notamment la création ou l'amélioration de cibles de contrôle, produisent des résultats intéressants. Les axes de recherche signalés par le service national de lutte contre la fraude à enjeux de la Cnaf contribuent sensiblement aux résultats de la branche en matière de détection, sans qu'il soit possible de mesurer au niveau des CAF l'appropriation de ces nouvelles orientations.

Les relations partenariales avec les départements pour la gestion du RSA reposent sur des conventions insuffisamment mises à jour et souvent incomplètes, notamment sur les délais qui encadrent les décisions de qualification de la fraude, entraînant un risque de prescription des indus correspondants. Une minorité de départements délègue aux CAF la sanction des fraudes au RSA. En l'absence de coordination des politiques de sanction, de mêmes faits à l'origine de fraudes sont sanctionnés différemment. Cela 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 été modifié en fin d'exercice. Bien que le nombre et l'impact financier des cas de fraudes internes ne soient pas significatifs, l'efficacité du dispositif est difficilement démontrable. Les actions de prévention des conflits d'intérêts sont incomplètes et insuffisantes au regard des dispositions réglementaires.

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 32,3 millions de bénéficiaires de prestations au titre de 13,6 millions de foyers, ainsi que 5,9 millions de personnes physiques ou morales tierces aux allocataires.

Malgré les progrès réalisés au cours de l'exercice, l'organisation actuelle du référencement de personnes tierces aux allocataires présente des limitations en raison du raccordement des bases de tiers avec le système national de gestion des identifiants (SNGI) au niveau de chaque CAF.

En l'absence de base nationale centralisée, la procédure de vérification des bases de tiers présente des axes d'amélioration. De plus, faute de nouvelles consignes en 2023 sur les modalités d'échantillonnage, les contrôles sont toujours réalisés sur des volumes restreints de dossiers sans ciblage par les risques.

Désormais pour plus de 50 363 allocataires nés à l'étranger et immatriculés provisoirement avec un numéro d'immatriculation d'attente (NIA en fin d'instruction) n'ayant pu être certifié, les prestations induites perçues font l'objet d'une mise en recouvrement. Le chiffre du montant total de ces indus n'est pas encore stabilisé ¹⁰⁴.

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

En 2023, 84,4 % des informations transmises par les allocataires aux CAF l'ont été de manière dématérialisée (contre 81,8 % en 2022)¹⁰⁵. L'utilisation des télé-procédures permet un gain d'efficacité limité, le taux d'automatisation du traitement de l'information de certaines démarches étant très inférieur au niveau de dématérialisation des données communiquées. S'agissant de l'allocation aux adultes handicapés, malgré des progrès concernant les flux d'information relatifs aux maintiens de droits, la dématérialisation des échanges demeure toujours limitée, tant entre les CAF et les personnes percevant cette allocation, qu'entre les CAF et les maisons départementales des personnes handicapées. La branche

¹⁰⁴ Un premier bilan réalisé sur le dernier trimestre 2023 des dossiers en fin d'instruction fait état de 1°132 dossiers dont 246°dossiers pour lesquels l'indu totalise 0,5°M€ toutes prestations confondues et 592°dossiers sans impact financier.

¹⁰⁵ Ce pourcentage recouvre cependant des télédéclarations, des formulaires sous format PDF pouvant être renseignés en ligne et de simples courriels.

dépend également des données déclaratives de ses allocataires en l'absence de dématérialisation suffisante des échanges avec ses partenaires des branches maladie et vieillesse.

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 9,50 % du total, contre 9,45 % en 2022). 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 portant spécifiquement sur les foyers précités, alors même que les prestations versées à ces allocataires représentent un enjeu financier significatif¹⁰⁶.

L'extension du périmètre des données accessibles à la branche provenant d'autres partenaires administratifs est affectée par des limites applicatives¹⁰⁷, des reports de projets ou de mise en œuvre effective de ces échanges et par le défaut de croisement automatisé avec les données des allocataires.

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

Hors contrôles automatiques, les résultats des contrôles sur pièces et sur place des données entrantes sont marqués par une augmentation significative des montants erronés détectés (1,2 Md€ soit + 9 %), le rendement unitaire de ces contrôles augmentant de 30 %. Toutefois, le nombre des contrôles les plus susceptibles d'identifier les indus les plus élevés a fortement diminué en 2023 (-16 % de contrôles sur place, -19 % de contrôles par « datamining » et -10 % de contrôles par recherche d'écarts entre les revenus annuels déclarés et ceux connus de la direction générale des finances publiques).

L'augmentation des résultats financiers de ces procédures est ainsi limitée par la diminution du nombre de ce type de contrôles et une évaluation des indus frauduleux sur une période de trois ans, non conforme aux règles de prescription. La programmation des contrôles révèle également des marges de progression compte tenu de la priorité donnée aux

¹⁰⁶ 295 M€ versés par la branche aux allocataires dits « non-trouvés DGFIP » au titre du seul mois de janvier 2023 hors prime d'activité et RSA. Données n'ont été communiquées par la Cnaf. au titre de 2023.

¹⁰⁷ En 2023, 27 millions de croisements (- 3 % par rapport à 2022) 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 croisements.

contrôles par exploration de données, pourtant moins performants, sur les contrôles sur place, ainsi que l'absence de contrôle obligatoire des liquidations automatiques.

En effet, le modèle utilisé pour déterminer les cibles de contrôle fondées sur l'exploration des données reste celui de 2018.

La supervision de l'ordonnateur et la vérification des liquidations par les directeurs comptables des contrôles sur pièces et sur place ne sécurisent que partiellement la qualité de traitement de ces contrôles au regard des pratiques de supervision et des taux de conformité observés.

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

La Cnaf calcule annuellement deux indicateurs qui mesurent les erreurs affectant les prestations versées et comptabilisées, après que l'ensemble des dispositifs de contrôle ont prévenu ou corrigé des erreurs initiales : l'un relatif aux données déclarées par les allocataires ou récupérées automatiquement prises en compte pour attribuer les prestations, l'autre relatif aux opérations effectuées par les CAF¹⁰⁸.

L'indicateur de risque résiduel lié aux données déclaratives est calculé à partir des résultats de l'enquête annuelle « paiement à bon droit et fraude ». Il rapporte aux montants de prestations versées les montants agrégés d'indus et de rappels non détectés au bout de neuf mois en moyenne ou bien de 24 mois (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 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 15,8 Md€ en 2023, soit 16 % des 97,4 Md€ de prestations légales ou cotisations versées par la branche. Sauf exception d'ampleur limitée, la Cnaf ne mesure pas la portée des erreurs affectant l'attribution et le calcul des prestations ouvrant droit à l'assurance vieillesse des parents au foyer, sur le montant des cotisations versées à ce titre par la Cnaf à la Cnav

¹⁰⁸ Les résultats de ces deux indicateurs ne peuvent être additionnés dans la mesure où une partie des erreurs relève concomitamment de chacun d'eux.

(5,1 Md€ en 2023). Cette réduction du périmètre continue d'induire une limitation à l'audit.

Relativement stable, l'indicateur à 24 mois s'établit en valeur centrale statistique à 7,4 %¹⁰⁹, contre 7,6 % pour les prestations versées en 2021, soit 5,5 Md€ d'indus et de rappels qui ne seront jamais détectés par les diverses actions de contrôle mises en œuvre (contre 5,8 Md€ pour les prestations versées en 2021 et 5,4 Md€ pour celles versées en 2020).

L'indicateur de risque financier résiduel portant sur les données déclarées à 9 mois s'établit à 10,9 %¹¹⁰ en 2023 (soit 8,6 Md€), contre 9,9 % en 2022 (soit 7,3 Md€), soit une hausse d'un point. Cette évolution signale que le risque brut poursuit sa croissance, sans que la branche ne parvienne encore à prévenir et ni à corriger ce risque rapidement après la liquidation ni à le réduire significativement.

À la MSA, délégataire de la branche famille (1,7 Md€ de charges de prestations légales en 2023), 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 opéré depuis 2022, associé aux limitations du système d'information, ne permet 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 transmises qui ont encore progressé en 2023, couvrent une part minoritaire des liquidations (34,9 %), ce qui en réduit la portée pour la maîtrise des risques d'erreur affectant les liquidations.

En outre, les agents de la branche continuent d'effectuer les actes de liquidation les plus complexes sans que le système d'information leur

¹⁰⁹ Compte tenu de la taille de l'échantillon, le taux d'incidence financière des anomalies est compris, avec une probabilité de 95 %, entre 6,3 % et 8,5 % du montant des prestations versées, soit respectivement 4,7 Md€ et 6,6 Md€.

¹¹⁰ Compte tenu de la taille de l'échantillon, le taux d'incidence financière des anomalies est compris, avec une probabilité de 95 %, entre 9,8 % et 12 % du montant des prestations versées, soit respectivement 7,7 Md€ et 9,5 Md€.

procure une assistance suffisante, ce qui accentue les risques d'erreurs inhérents aux traitements manuels.

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 2023, 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 prestation d'accueil du jeune enfant (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 (RSA) et à la prime d'activité (respectivement 10 Md€ et 9,7 Md€ de charges à fin 2023) demeure insuffisant au regard du risque de prise en compte de données erronées, qu'il s'agisse des moyens de maîtrise des risques ou des actions de contrôle à mettre en œuvre. Les contrôles métier des liquidations relatives à la prime d'activité et au RSA font toujours apparaître des taux de rejets élevés.

De plus, les faiblesses qui affectent le processus de contrôle des prestations d'allocation aux adultes handicapés (AAH) ne permettent pas encore de garantir suffisamment la détection des indus, ce malgré une amélioration de la couverture du dispositif de contrôle. En particulier, contrairement aux consignes clairement établies relatives au maintien de droits d'AAH dans l'attente d'une pension de retraite ou d'invalidité, les interprétations hétérogènes selon les CAF peuvent conduire dans certains cas à sous-estimer le montant des indus à mettre en recouvrement ou à un traitement différencié des bénéficiaires sur le territoire national.

Le complément de libre choix du mode de garde de la Paje n'étant plus versé aux parents employeurs 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 (cf. D-7).

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 minimale des liquidations (0,04 % et 0,03 % respectivement en 2023, pour ce qui concerne les principaux changements de situation 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).

Bien que 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 35,9 % au titre des contrôles orientés au moyen de l'exploration des données métier), leur volume global reste faible (6,1 % en 2023) au regard du caractère élevé des taux de rejets constatés.

En 2023, 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.

d) Les erreurs résiduelles imputables aux opérations effectuées par les CAF, après contrôle interne¹¹¹

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. Comme pour les indicateurs portant sur les données déclarées, sauf exception de portée limitée¹¹², la Cnaf ne mesure pas la portée des erreurs qui affectent les droits à l'assurance vieillesse des parents au foyer et le montant des cotisations versées à ce

¹¹¹ 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.

¹¹² 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 0,1 % du montant des cotisations versées à la branche vieillesse.

titre par la Cnaf à la Cnav (5,1 Md€ en 2023). Cet état de fait induit une limitation à l'audit.

En 2023, cet indicateur est très légèrement en baisse par rapport à 2022. Il s'établit à 1,65 %¹¹³. Bien que stable sur les trois dernières années, il demeure à un niveau élevé. Du fait de son caractère récent, les effets du plan d'action élaboré par la branche ne se traduisent pas encore dans la qualité de la liquidation des opérations par les caisses.

Les indicateurs de la qualité de la liquidation continuent de se dégrader en 2023, illustrant les faiblesses du dispositif de contrôle interne, notamment celui porté par les services de l'ordonnateur. La persistance de disparité des résultats au sein du réseau ne permet pas de conclure sur l'efficacité suffisante du dispositif de vérification croisée mis en œuvre depuis octobre 2020 pour homogénéiser les pratiques de contrôle entre caisses.

La branche a défini un plan d'action dit de « qualité transverse » destiné également à améliorer la liquidation par les CAF des prestations. Mis en œuvre depuis le second semestre 2023, fondé sur des actions s'échelonnant sur plusieurs exercices, son déploiement est encore trop récent pour que le redressement qui en est attendu soit perceptibles sur les comptes de l'exercice.

À la MSA, le risque résiduel financier de 2023 se dégrade : 1,87 % contre 1,55 %¹¹⁴ en 2022. Pourtant, en 2022 elle était parvenue à redresser significativement sa situation par rapport à 2021 (réforme des aides au logement) où l'indicateur de risque résiduel métier avait atteint 2,8 %.

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 dispositif de contrôle permanent, fondé sur une analyse par risque, intègre la quasi-totalité des prestations sociales dans l'outil de gestion *Maia*. Toutefois, sa conception présente encore des faiblesses,

¹¹³ Compte tenu de la taille de l'échantillon, le taux d'incidence financière des anomalies est compris, avec une probabilité de 95 %, entre 1,4 % et 1,9 % du montant des prestations versées, soit respectivement 1 Md€ et 1,5 Md€.

¹¹⁴ La valeur initiale de l'indicateur pour 2022 (1,63 %) a été révisée pour permettre la comparabilité des résultats avec 2023.

notamment quant au traitement des données utilisées par les services ordonnateurs et les directions comptables et financières.

La mise en œuvre du contrôle permanent des prestations d'action sociale est insuffisamment supervisée. La qualité de la liquidation des prestations d'action sociale n'est toujours pas mesurée par un indicateur spécifique, contrairement aux prestations légales versées par la branche.

Bien que la couverture du risque global financier s'améliore sur l'exercice à travers la procédure de contrôle, des biais continuent d'affecter 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 14,5 % des dépenses de prestation de service ordinaire de l'exercice 2023) peut conduire à exclure certains types de structures¹¹⁵ (considérées comme peu efficaces 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 des limites méthodologiques. Il s'améliore légèrement en 2023, les erreurs affectant les aides versées en 2021 s'établissant à 3,8 % des charges de prestations, soit 97 M€¹¹⁶ (contre 4 % et 81 M€ pour les aides versées en 2020). 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 (5,7 Md€ sur 6,5 Md€ en 2023). En effet, les montants définitifs dus aux structures¹¹⁷ 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

¹¹⁵ Ces structures sont néanmoins contrôlées à travers d'autres méthode de ciblage comme le plan *datamining*.

¹¹⁶ Compte tenu de la taille de l'échantillon, le taux est compris, avec une probabilité de 95 %, entre 3 % et 4,6 % du montant des prestations versées, soit respectivement 76 M€ et 118 M€.

¹¹⁷ Les structures aidées sont notamment des établissements d'accueil du jeune enfant, d'accueil de loisir sans hébergement, lieux d'accueil enfants-parents, des foyers de jeunes travailleurs, des structures de médiation familiale..

principalement au mois de septembre de l'exercice et, pour une part plus réduite, au mois de novembre.

La méthode d'estimation retenue par la CNAF pour estimer ces charges à payer, rend difficile leur évaluation.

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.

Le recouvrement intervient parfois avant la date d'exigibilité des créances. Les notifications d'indus ne comportent qu'une partie des mentions obligatoires et n'ont pas d'effet interruptif de prescription. Ces situations entraînent une incertitude sur le montant des créances d'indus comptabilisées par la branche à la clôture de l'exercice.

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

La codification des créances repose sur des règles de suspension de la prescription ne comportant pas, pour certaines, de base légale. En outre, la correcte codification des créances est imparfaitement assurée par les gestionnaires, ce qui induit notamment un risque de non-recouvrement pour cause de prescription.

Le transfert des créances entre CAF repose sur un mode opératoire et des défauts de suivi du système d'information qui ne permettent pas des délais de traitement satisfaisants. Le recouvrement de la créance étant suspendu au cours de cette opération de transfert, ces délais de traitement nuisent à l'efficacité du recouvrement et à la maîtrise des risques de prescription.

La gestion de l'intermédiation financière¹¹⁸, le paiement de l'allocation de soutien familial (ASF) et le recouvrement des impayés de pensions alimentaires sont réalisés, jusqu'à la mise en place de l'application *Gari* prévue en 2024, par le biais de trois applicatifs qui ne communiquent pas entre eux, ce qui engendre des risques significatifs d'erreurs.

¹¹⁸ Ce service a pour objet de recouvrer la pension alimentaire auprès du parent débiteur ou de tiers et de la reverser au parent créancier, afin de prévenir le risque de pensions impayées.

Le recouvrement des impayés de pensions alimentaires et des avances effectuées par la Cnaf au titre de l'ASF n'est mis en œuvre et piloté que sur une faible partie des créances constatées. Cela réduit l'assurance apportée par les indicateurs mesurant les risques liés au recouvrement des impayés pour la totalité des créances recouvrables par l'Aripa.

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 2023, arrêtés le 5 avril par le directeur et le directeur comptable et financier.

La Cour constate qu'il ne lui est pas possible d'exprimer une position sur les comptes de la Cnaf de l'exercice 2023, signés par le directeur le 5 avril 2024 par le directeur et le directeur comptable et financier de l'établissement.

B -Fondements de l'opinion de la Cour

Il est renvoyé à six cas pour lesquels la Cour ne dispose pas d'éléments probants suffisants pour :

- le cadre général du contrôle interne (C-1) ;
- la maîtrise des erreurs affectant les prestations légales du fait d'une fiabilisation insuffisante des données déclaratives (C-2) ;
- la maîtrise des erreurs résiduelles imputables à des données déclaratives non-corrigées après contrôle interne (C-3) ;
- la maîtrise des erreurs affectant les prestations légales ayant une origine interne aux CAF (C-4) ;
- la maîtrise des erreurs affectant les prestations extra-légales d'action sociale (C-5) ;
- le recouvrement des indus sur prestations (C-6) ;

qui permettraient d'écarter le risque d'anomalies significatives dans les comptes de la branche famille.

Opinion de la Cour sur les comptes

de la branche vieillesse de l'exercice 2023

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. Les comptes de la branche vieillesse du régime général comprennent ceux de la Caisse nationale d'assurance vieillesse (Cnav), des quinze caisses d'assurance retraite et de la santé au travail (Carsat) et des quatre 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 salariés et non-salariés.

Au titre de l'exercice 2023, la branche vieillesse a comptabilisé 149,6 Md€ de charges de prestations légales (141,9 Md€ pour les comptes des travailleurs salariés et travailleurs indépendants dont les dossiers sont liquidés dans *l'Outil retraite* et 7,7 Md€ pour les comptes des travailleurs indépendants dont les dossiers sont liquidés dans *Asur*). Elle a dégagé un résultat déficitaire de 1,3 Md€ selon les comptes définitifs contre un déficit de 2,9 Md€ au titre de l'exercice 2022.

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 2023, arrêtés le 5 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 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, la Cour appelle de nouveau l'attention sur le point particulier suivant, relatif à la compréhension des états financiers de la branche vieillesse.

L'annexe aux comptes de la branche vieillesse¹¹⁹ ne mentionne pas les engagements pluriannuels à l'égard des titulaires d'une pension de retraite au 31 décembre 2023 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.

B -Fondements de l'opinion de la Cour

La Cour constate que, pour sept cas, elle ne dispose pas d'éléments probants suffisants qui permettraient d'écarter le risque d'anomalies significatives dans les comptes de la branche vieillesse pour l'exercice 2023.

¹¹⁹ 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.

Compte tenu du caractère significatif des écarts entre les opérations effectuées et 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 C- 2 à 4).

C -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 poursuit la rénovation de son dispositif de contrôle interne. Toutefois, ce système de management intégré ne sera totalement déployé qu'en 2025. D'ici cette échéance, des domaines d'activité ne sont plus couverts par l'ancien dispositif d'évaluation des moyens de maîtrise des risques, alors que le nouveau n'est pas encore pleinement opérationnel. Par ailleurs, la contribution à la maîtrise des risques des référentiels nationaux de performance dernièrement déployés ne peut être appréciée, du fait d'une mise en œuvre encore partielle par les caisses. Le tableau de bord des résultats du contrôle interne, prévu par le décret du 30 septembre 2022, sur une situation arrêtée au 30 juin de l'année en cours, n'a été produit qu'après la fin de l'exercice, ce qui limite *de facto* sa portée pour 2023

Malgré des progrès en 2023 dans la maîtrise des risques applicables aux opérations réalisées dans *Asur*, le déploiement partiel du nouveau dispositif de contrôle interne et l'hétérogénéité des résultats des actions de maîtrise des risques ne permettent toujours pas une mise à jour régulière de la nature et de la criticité des risques qui affectent le traitement des dossiers liquidés avec cet outil.

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

Même si des évolutions positives sont relevées en 2023, les exigences réglementaires applicables en matière de sécurité des systèmes d'information ne sont que partiellement satisfaites dans un contexte d'une augmentation des risques de cyberattaque. Le déploiement de la nouvelle politique de sécurité, les dispositifs de contrôle relatifs à la sécurité du

système d'information, notamment au sein des Carsat, ne couvrent pas la totalité des risques. La supervision opérée par la Cnav de leur mise en œuvre et de leur pertinence reste insuffisante, la direction de la validation des comptes n'effectuant des contrôles que sur un périmètre limité.

La gestion des habilitations aux applications métier et les revues de celles-ci présentent des faiblesses récurrentes, en raison notamment d'absence de profils métier définis au niveau national.

Si le dispositif de gestion des incidents techniques a été renforcé en 2023, la gestion des incidents fonctionnels est toujours affectée par des faiblesses. 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 augmenté de 5 % en 2023, en particulier ceux relatifs au nouveau système de régularisation des carrières (*Syrca*) en augmentation de 46 %.

Pour sa part, le processus de gestion des problèmes a progressé pour les incidents techniques et a tout juste été engagé pour ceux portant sur des incidents fonctionnels.

b) La lutte contre les fraudes et la prévention des conflits d'intérêts

La Cnav a poursuivi en 2023 sa démarche d'évaluation du montant potentiel de fautes et de fraudes aux prestations de retraite. Les résultats au titre de 2023 n'en sont pas encore connus. En 2022, à partir d'un sondage aléatoire d'un échantillon de 2 000 dossiers en paiement fin décembre 2020, la Cnav avait évalué le préjudice annuel des fraudes ou fautes à 0,2 milliard d'euros¹²⁰.

Le dispositif de prévention et de lutte contre les fraudes externes connaît de nouveaux progrès, en particulier la proportion grandissante d'irrégularités détectées à caractère potentiellement frauduleux ou fautif et l'extension aux anciens travailleurs indépendants de l'analyse des résultats de ciblage. Cependant, certaines caisses n'exploitent pas encore pleinement les listes de dossiers potentiellement frauduleux mises à leur disposition.

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 sur des échanges informatisés de données

¹²⁰ Compte tenu de la taille de l'échantillon et de ses caractéristiques, le montant réel des préjudices annuels des fraudes ou fautes était compris entre 0,04 et 0,4 Md€ avec une probabilité de 9 %, autrement dit un risque d'erreur de 5 %.

avec des organismes de protection sociale étrangers. En 2023, des accords d'échanges de données avec mutualisation inter-régimes couvraient six pays européens. Les vérifications réalisées en Algérie ont permis d'identifier des décès non signalés et des suspicions de fraude, mais concernent un volume faible de contrôles.

La branche vieillesse n'a pas encore mis en place le rapprochement entre les identités des assurés figurant au système national de gestion des identifiants et leurs coordonnées bancaires, au moyen de l'interface de programmation applicative de *Ficoba*¹²¹ mise à disposition par la DGFIP au cours de l'exercice 2023.

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 une légère augmentation de leur taux de non-conformité (6,2 % en 2023, après 5,2 % en 2022), ces non-conformités exposant la branche à un risque significatif de paiement à tort de pensions à l'étranger.

Les montants recouvrés au titre des indus frauduleux au cours de l'exercice 2023 s'élèvent à 6,9 M€.

Le dispositif de prévention et de détection de la fraude interne, appliqué de manière hétérogène, couvre imparfaitement certains risques auxquels est exposée la branche, notamment au titre d'opérations relatives aux travailleurs indépendants traités dans *Asur*.

Les risques de fraude propres aux situations de cumul d'habilitations sont insuffisamment couverts par le dispositif de contrôle interne, tant dans l'outil *Asur* que dans l'application de gestion des comptes des titulaires de prestations (près de 6 500 cumuls relevés au 31 décembre 2023 contre près de 6 900 relevés au 31 décembre 2022 à périmètre comparable).

Enfin, le dispositif de prévention des risques liés à la déontologie et aux conflits d'intérêts reste inabouti malgré les actions engagées. L'évaluation des risques n'est pas assurée dans le recensement des actions existantes d'initiative régionale. Le recueil des déclarations volontaires de liens d'intérêt des administrateurs est hétérogène et perfectible.

¹²¹ Fichier national des comptes bancaires et assimilés (*Ficoba*).

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. Les limites fonctionnelles des outils de sélection et de traçage des contrôles perdurent.

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. Cela limite en outre le pilotage des contrôles relatifs aux travailleurs indépendants. Par ailleurs, malgré la duplication des données des salariés de l'application *Outil retraite* vers *Asur*, effective depuis juillet 2022, et du report automatisé des informations sur les décès, le risque de « désalignement » de certaines données administratives dans ces deux outils pour une même personne persiste pour les dossiers les plus anciens¹²².

Bien que les dispositifs de contrôle interne des opérations de paiement et de comptabilisation des charges soient correctement mis en œuvre au sein du réseau, ils présentent encore dans certaines 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 paiements).

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 des données de carrière reportées à leur compte dans le répertoire de gestion des carrières unique (RGCU), et régularisées préalablement à leur liquidation.

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

Les données de carrière sont alimentées par les déclarations sociales des employeurs (32 % des données communiquées ; par les données relatives à des « périodes assimilées » à des périodes d'assurance adressées par Pôle emploi et l'assurance maladie (21 % de ces données) ; par des

¹²² Un nouveau projet a été mis en œuvre début 2024 pour traiter ce stock de données anciennes.

données de salaire (chèque emploi-service universel et prestation d'accueil du jeune enfant) ou d'équivalents de salaires, comme l'assurance vieillesse des parents au foyer (15 %) ; enfin par des données d'autres régimes de sécurité sociale (32 %).

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 RGPU. Le contenu des conventions d'échange de données entre les organismes contribuant à ce répertoire unique demeure insuffisamment contraignant. Par ailleurs, la Cnav ne s'est pas encore dotée de moyens efficaces de contrôles portant sur l'exhaustivité et l'exactitude des données adressées par l'ensemble d'entre eux.

Malgré la bascule des données des salariés vers le RGPU en 2020, les contrôles automatisés du système national de gestion des carrières (SNGC) visant à sécuriser ces données avant leur intégration aux comptes de carrière des assurés n'ont pas évolué et restent incomplets. Par ailleurs, le SNGC et le RGPU, qui doivent coexister¹²³ jusqu'à l'arrêt de *l'Outil retraite*, connaissent toujours des problèmes de synchronisation de leurs données.

Le nombre croissant de déclarations dématérialisées et d'anomalies détectées par ces contrôles automatisés en attente d'intégration ou de correction renforce les risques de non-exhaustivité ou d'inexactitude des reports effectués aux comptes de carrière des assurés ; ils ne sont que partiellement réduits par les dispositifs de contrôle mis en œuvre.

Le RGPU améliore l'accès à l'ensemble des données de carrière des assurés, dont celles relevant d'autres régimes que le régime général. Toutefois, sa mise en place, ainsi que les dispositifs de contrôle visant à améliorer la qualité des données de carrière prises en compte pour ouvrir les droits aux retraites de base et complémentaires des travailleurs indépendants ne permettent pas encore d'apporter une assurance raisonnable sur l'exhaustivité et l'exactitude des données de carrières reportées aux comptes des assurés.

¹²³ 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 RGPU désormais utilisées pour les liquidations de droit avec *l'Outil retraite* sont régulièrement synchronisées avec celles du SNGC.

b) Les régularisations de carrière

Les régularisations de carrière ont pour objet la sécurisation des données reportées aux comptes de carrière des assurés en amont de la liquidation de leurs droits à retraite. Elles constituent un enjeu majeur pour le paiement à bon droit des prestations de retraite. Or environ la moitié des erreurs définitives après contrôle interne affectant les prestations liquidées et mises en paiement proviennent de données de carrière absentes ou erronées.

La coexistence de la nouvelle application de régularisation de carrières *Syrca* avec l'*Outil retraite*, dans lequel ont été maintenues certaines fonctionnalités relatives aux régularisations de carrière, continue d'exposer à des risques d'erreurs.

Le système de régularisation des carrières (*Syrca*) propose des contrôles intégrés faisant apparaître des anomalies potentielles à traiter. Cependant, leurs apports restent limités en raison du périmètre réduit de dossiers et de fonctionnalités pour lesquelles il a été déployé¹²⁴. Le dispositif actuel ne couvre pas les risques liés à l'application erronée de la réglementation ou à l'omission d'informations utiles à la justification des régularisations effectuées.

Sur le périmètre des travailleurs indépendants, la part de régularisations qui interviennent en amont de la liquidation des droits reste limitée. Le RGPU ne permet pas encore d'apporter des gains de temps suffisants pour procéder aux régularisations. Il ne présente pas une fiabilité suffisante pour apporter une assurance raisonnable sur l'exhaustivité et l'exactitude des données de carrières et leurs régularisations.

L'efficacité des dispositifs de supervision des régularisations de carrière par les services ordonnateurs et de contrôle par les directions comptables et financières est insuffisamment évaluée par la Cnav. En l'absence de consignes nationales contraignantes, les caisses mettent en œuvre des modalités hétérogènes de contrôle, et les résultats font apparaître des disparités.

¹²⁴ Les régularisations au moyen de *Syrca* n'ont été réalisées, à titre expérimental, que par quelques équipes spécialisées au sein des Carsat, au cours des derniers mois de 2023 et ne représentent que quelques milliers de dossiers.

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

L'exhaustivité et l'exactitude des données de cotisations prises en comptes pour calculer les droits à retraite de base et complémentaire des travailleurs indépendants demeurent mal assurées.

D'une part, en dépit de leur suivi par la Cnav, les anomalies partiellement résolues liées à la migration des données de carrière des travailleurs indépendants vers le RGCU en 2022, aux paramétrages inachevés de cet outil exposent à des risques d'erreurs du décompte des droits à prestations.

D'autre part, si une première action de rapprochement à grande échelle des flux de cotisations versées en provenance de l'activité recouvrement (SNV2) et des données reprises au RGCU a été engagée sur l'exercice afin de s'assurer de leur exhaustivité et de leur exactitude, son achèvement partiel ne permet pas encore d'améliorer le niveau d'assurance sur l'exactitude de ces données de carrière intégrées au RGCU.

Par ailleurs, s'agissant des travailleurs indépendants, les contrôles par échantillonnage réalisés par les organismes et la Cour sur les données de cotisations versées de retraites de base et complémentaire, n'apportent toujours pas une assurance raisonnable quant à leur juste prise en compte dans le calcul des droits à retraite de base et complémentaire.

Enfin, la fiabilisation limitée des données déclarées par les travailleurs indépendants ne réduit que partiellement les risques d'inexactitude des cotisations versées.

Ces insuffisances affectent l'exactitude des pensions d'invalidité liquidées pour ces cotisants.

4 - Les erreurs affectant les attributions de prestations

En 2023, les caisses de la branche vieillesse ont attribué plus de 885 000 prestations au moyen de l'*Outil retraite*, soit un nombre en diminution (3,4 %) par rapport à l'année précédente, et 34 260 dans *Asur*. Elles représentent 7,3 Md€ de charges annuelles supplémentaires (contre 7,5 Md€ en 2022).

a) Les erreurs résiduelles affectant les attributions après contrôle interne, des dossiers liquidés dans l'Outil retraite

La Cnav mesure annuellement la fréquence et la portée financière des erreurs qui affectent à titre définitif les premières attributions et

révisions de droit des prestations de retraite, en faveur ou au détriment des assurés, à la suite ou non d'un contrôle des directions comptables et financières sur les prestations liquidées préalablement à leur mise en paiement. Les prestations liquidées par les caisses d'outre-mer ne sont pas prises en compte dans ces indicateurs.

La fréquence et l'incidence financière des erreurs résiduelles de liquidation dans *l'Outil retraite* ont été déterminées, en 2023, à partir du contrôle d'un échantillon représentatif de 11 892 dossiers contre 10 601 en 2022, couvrant tous les types de prestations¹²⁵ liquidées par les Carsat.

Les changements intervenus en 2022 dans la procédure de contrôle *a posteriori* et le périmètre de calcul des indicateurs du risque financier résiduel se sont poursuivis en 2023. Ils ont un effet sensible sur l'indicateur relatif à la fréquence des erreurs de portée financière, limitant la comparabilité des résultats et de la qualité de liquidation au sein des caisses. En 2023, la fréquence des erreurs estimée par la Cnav s'établit à 12,4 % (contre 11,8 % en 2022)¹²⁶. Toutefois, la prise en compte dans cette estimation de trois motifs de neutralisation des erreurs et celles inférieures ou égales à un euro améliorent le taux d'erreur de près de quatre points par rapport à la méthode prévalant en 2021. En 2023, près d'une retraite sur huit liquidée comporterait une erreur de portée financière sur le nouveau périmètre retenu par la Cnav (contre une sur six avec l'ancienne méthode).

Le taux d'incidence financière des erreurs résiduelles de liquidation commises par les caisses s'établit à 1,23 %¹²⁷ du montant des prestations liquidées en 2023. Sans la prise en compte de motifs de neutralisation d'erreur, l'incidence financière s'établirait à 1,28 %¹²⁸ pour l'exercice 2023 (contre 1,1 % en 2022). Une part majoritaire des erreurs résiduelles a toujours une cause contemporaine, bien que la fréquence des erreurs résiduelles portant sur les seules instructions de l'exercice se stabilise en 2023.

¹²⁵ Droits personnels, droits dérivés, droits non contributifs (Aspa notamment), avantages complémentaires (majoration enfant, majoration tierce personne, etc.).

¹²⁶ Compte tenu de la taille à fréquence des erreurs est comprise, avec une probabilité de 95 %, entre 11,8 % et 13 %.

¹²⁷ Compte tenu de la taille de l'échantillon, ce résultat donne une assurance à 95 % que le taux d'incidence financière est compris entre 1,05 % et 1,41 %.

¹²⁸ Compte tenu de la taille de l'échantillon, ce résultat donne une assurance à 95 % que le taux d'incidence financière est compris entre 1,1 % et 1,5 %.

Malgré la mobilisation marquée de la branche sur l'enjeu majeur du paiement à bon droit des prestations, la dégradation notable des indicateurs en 2023, dont le niveau dépasse celle constatée avant 2021, démontre une qualité financière des dossiers liquidés qui reste fragile.

Alors que la majorité des droits personnels du régime de base des travailleurs indépendants sont essentiellement attribués dans *l'Outil retraite*, les éléments de carrière au titre de leur activité de travailleur indépendant ne rentrent pas dans le périmètre de contrôle et de l'estimation de la mesure du risque financier résiduel. Il en résulte une fragilité dans la maîtrise des risques d'erreurs propres à la liquidation de ces droits.

b) 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 2023, à partir du contrôle d'un échantillon restreint de 277 dossiers de retraite de base (contre 477 en 2022), le périmètre étant concentré sur les droits de retraite complémentaire.

Les droits personnels du régime de base des travailleurs indépendants sont essentiellement attribués dans *l'Outil retraite* et ne font l'objet d'aucune mesure du risque financier résiduel fiable, exposant ainsi à un risque de non maîtrise des risques d'erreurs propres à la liquidation de ces droits.

La diminution marquée de l'échantillon global de contrôle *a posteriori* et à plus forte raison des droits propres du régime de base a entraîné une non représentativité de ces dossiers et affecte significativement la précision et la fiabilité des estimations au titre de l'exercice déclinées à la fois par caisse et par type de droit.

La procédure de contrôle *a posteriori* des dossiers liquidés dans *Asur*, qui repose sur des actions correctement encadrées et formalisées, présente toujours en 2023 des fragilités. Celles-ci tiennent notamment à la réduction continue des effectifs chargés de la mettre en œuvre et au caractère non systématique du contrôle approfondi des données de carrière.

Sous réserve de ces limites méthodologiques, la fréquence des erreurs de portée financière des droits de base s'améliore en 2023 par rapport à 2022, en s'établissant, en valeur centrale statistique, à 1,8 %¹²⁹

¹²⁹ Compte tenu de la taille de l'échantillon, ce résultat donne une assurance à 95 % que le résultat de l'indicateur est compris entre 0,2 % et 3,4 % (contre une fourchette entre 1 % et 4 % en 2022).

pour l'ensemble des caisses de l'hexagone (contre 2,5 % en 2022 et 2,4 % en 2021).

Le taux d'incidence financière des erreurs en faveur ou au détriment des travailleurs indépendants s'établit à 0,1 % du montant des prestations nouvellement mises en paiement, contre 0,5 % en 2022¹³⁰.

De plus, le périmètre du contrôle *a posteriori* des droits sous *Asur* ne permet pas de mesurer la fréquence et l'incidence financière des erreurs résiduelles potentielles pour certains dossiers exclus, minorant les indicateurs calculés des retraites liquidées dans *Asur*.

c) 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 calculé un taux d'incidence financière des erreurs de l'année mesuré sur la durée moyenne de service des prestations. En 2023, ce taux s'établit à 0,7 % et est stable par rapport à 2022 (0,7 %). Les erreurs résiduelles affectant les attributions et révisions de droit intervenues en 2023 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 2023 et au cours des exercices antérieurs sur l'intégralité des charges de prestations légales de droit propre s'établit 0,6 %, soit une incidence financière des erreurs résiduelles évaluée à 0,7 Md€ et stable par rapport à 2022.

d) Les supervisions internes aux services ordonnateurs

En 2023, dans un contexte de rénovation de la politique de maîtrise des risques et de tensions dans le réseau sur les capacités de liquidation des dossiers de retraite dans les délais, la branche s'appuie sur un plan de supervision « ordonnateur » et de contrôle des directions comptables et financières unique. Sa mise en œuvre encore hétérogène ne permet pas d'identifier une trajectoire d'amélioration marquée de la maîtrise des risques et de la qualité de liquidation.

Le plan de supervision des services ordonnateurs relève sur les six premiers mois de 2023 des résultats très contrastés au sein de la branche. Malgré des évolutions pour améliorer le pilotage national et les pratiques de supervision de la branche, l'absence de communication à la Cour des

¹³⁰ 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 % et 0,3 % (contre 0 % et 0,9 % en 2022).

données exhaustives au titre de l'exercice ne permet pas d'apprécier les résultats des actions qualité menées au sein du réseau, notamment sur les typologies de prestations à fort enjeux de qualité et risques financiers tels que l'allocation de solidarité aux personnes âgées (Aspa).

Le dispositif de supervision de la liquidation des retraites de base traitées, l'outil *Asur*, bien qu'enrichi en 2022, contribue toujours à une maîtrise insuffisante des risques d'erreurs qui affectent ces dossiers. 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 mettre en œuvre la supervision.

e) Les contrôles des directions comptables et financières

Le processus de contrôle des dossiers liquidés par la branche, marqué par la dissociation du traitement de la carrière et de la liquidation des droits, ainsi que par la généralisation de l'expérimentation d'un contrôle *a posteriori*, est affecté par de nombreuses dérogations. L'appréciation de l'efficacité du dispositif s'en trouve limitée.

En 2023, le taux moyen global de contrôle des prestations liquidées par les Carsat dans l'*Outil retraite* est stable par rapport à l'exercice précédent (34,7 % contre 34,5 % en 2022) mais demeure bien inférieur au taux qui prévalait en 2021 (51 %).

Sur ce périmètre réduit de contrôles, la capacité des directions comptables et financières à détecter les erreurs de liquidation est stable (56,2 % en 2023 contre 55,6 % en 2022, soit +0,6 point en un an). Les taux d'erreurs financières relevés sur les attributions de prestations et les marges d'erreurs qui entourent la valeur de l'estimation annuelle en limitent sa portée.

Les lacunes des outils à la disposition des directions comptables et financières pour mener leurs contrôles sur les dossiers traités dans *Asur* en affectent l'efficacité. En effet, malgré des améliorations notables sur le pilotage des dossiers contrôlés, l'absence de vision nationale de l'exhaustivité des résultats de l'ensemble du réseau et des résultats par point de contrôle ne permet pas d'orienter les contrôles vers les domaines présentant les risques les plus élevés.

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

a) Les révisions de droit

Les révisions de droit modifient rétroactivement les prestations attribuées depuis la date de leur entrée en jouissance. En 2023, les caisses de retraite ont effectué près de 327 000 révisions de droit (+19 % par rapport à 2022).

En dépit de l'automatisation de l'ouverture des révisions de droit dans l'*Outil retraite*¹³¹, le dispositif de liquidation provisoire, qui permet de liquider une prestation de retraite sans détenir l'ensemble des pièces justificatives, est imparfaitement piloté. S'agissant des dossiers des travailleurs indépendants, *Asur* ne permet toujours pas un suivi consolidé des délais de traitement des liquidations provisoires.

Malgré un effort notable de fiabilisation des données du répertoire d'échanges inter-régimes, le nombre de majorations en attente de calcul de la pension de réversion (1,4 million à fin novembre 2023, soit +0,8 % en 1 an) et du minimum contributif (0,7 million soit +6 %) demeure à un niveau important pour les salariés et les indépendants. Celles relatives à ces derniers restent à un niveau élevé (0,5 million), même si on observe une inflexion positive fin 2023. En l'absence d'automatisation, les majorations de pensions de réversion des travailleurs indépendants enregistrent un retard significatif (90 % des majorations en stock n'ont pas été calculées fin 2023, soit 407 000 majorations).

b) Les révisions de service

Les révisions de service peuvent conduire à modifier pour l'avenir la prestation versée. En 2023, les caisses de retraite ont ainsi effectué plus de 172 000 révisions de service (-1 % par rapport à 2022).

La refonte du plan de maîtrise des risques engagée en 2022 avait entraîné des actions de supervision et de contrôle partielles, mises en œuvre de manière hétérogène au sein de la branche. Les indicateurs de délai de traitement et d'incidence financière des erreurs constatées ainsi que l'absence de communication à la Cour des données de supervision exhaustives au titre de l'année 2023 ne permettent pas d'apprécier la prévention effective des risques d'erreur ni de la qualité des révisions de service traitées par la branche.

¹³¹ S'agissant des prestations traitées dans *Asur*, cette application ne permet pas de distinguer cette catégorie, ni de procéder à un décompte fiable des révisions effectuées.

Le référentiel national de performance « révisions de service », qui contribue à améliorer le pilotage des dossiers au sein du réseau, présente des taux de déploiement d'actions hétérogènes dans les caisses et des taux d'avancement provisoires au cours de l'exercice en retard.

Le niveau d'anomalies avec incidence financière mis en évidence par les contrôles de la direction comptable et financière sur cette typologie de dossiers reste élevé (19,2 % en 2023 contre 21,3 % en 2022).

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 3 – supra) font apparaître qu'en 2023, près d'une révision de droit personnel sur sept effectuée dans l'*Outil retraite* a comporté une erreur résiduelle en faveur ou au détriment des assurés (14 %, contre 15 % en 2022).

La fréquence et l'incidence financière des erreurs résiduelles des révisions de service, qui jusqu'à l'exercice 2022 étaient déterminées sur la base d'une procédure et un périmètre de contrôle *a posteriori* spécifiques apportant un caractère insuffisamment probant, sont déterminées en 2023 selon les modalités de la procédure commune aux autres typologies de droits liquidés dans l'*Outil retraite*.

Pour 2023, la fréquence des erreurs de portée financière s'établit à 9,6 %¹³² et le taux d'incidence financière à 1,16 %. Ce changement, qui s'inscrit dans une démarche d'amélioration du dispositif de mesure de la qualité et du risque financier propre aux révisions de service, ne permet pas de disposer d'éléments comparatifs s'agissant du premier exercice d'estimation dans ses nouvelles modalités de calcul.

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

Dans le dessein d'évaluer plus finement la provision pour rappels de majorations de pension de réversion et de minimum contributif, la Cnav a fait évoluer sa méthode d'estimation. Toutefois l'insuffisante documentation des principes fondant ce calcul et l'absence de traçabilité des contrôles réalisés sur les données sources altèrent la fiabilité de l'estimation.

Sous réserves des limites évoquées, la nouvelle méthode a permis de réduire significativement le montant de cette provision pour la

¹³² Compte tenu de la taille de l'échantillon, ce résultat donne une assurance à 95 % que la fréquence est comprise entre 7,9 % et 11,2 %.

population des travailleurs salariés, sur le fondement d'un calcul prudent. En revanche, les principes retenus pour la population des travailleurs indépendants conduisaient à une trop forte réduction de la provision, du fait notamment de la prise en compte de paramètres redondants. Le principe de prudence a requis de revenir à la méthode antérieure¹³³.

La nouvelle méthode d'estimation de cette provision a été enregistrée comme un changement d'estimation comptable, induisant une amélioration ponctuelle du résultat de la branche, sans rapport avec l'activité réelle de la branche. Ainsi, sans cette opération non récurrente, le déficit de la branche aurait été de 1,8 Md€ et non de 1,3 Md€.

7 - Les faiblesses de la maîtrise des risques affectant les prestations extra-légales d'action sociale

Les prestations extra-légales d'action sanitaire et sociale (0,4 Md€ de dépenses et subventions, et 0,6 Md€ de prêts, montants stables par rapport à 2022) de la branche vieillesse sont destinées aux retraités du régime général en situation de fragilité économique ou sociale. L'absence d'évaluation en 2023 du dispositif de contrôle interne du domaine action sociale prive la Cnav d'éléments d'assurance quant à la maîtrise des risques.

Par ailleurs, les résultats des actions de contrôle et de supervision liées à l'attribution et au paiement des aides collectives¹³⁴ d'action sociale, d'une part, et à l'attribution de certaines aides individuelles¹³⁵ en tiers payant, d'autre part, révèlent des fragilités dans la maîtrise de ces processus. Enfin, l'absence de modalités et consignes nationales pour le contrôle du non-cumul¹³⁶ de certaines aides individuelles d'action sociale accroît le risque d'attribution et de paiement à tort.

¹³³ La méthode d'estimation de cette provision sur le périmètre des travailleurs indépendants doit faire l'objet d'une révision pour l'exercice 2024.

¹³⁴ Les aides collectives sont constituées essentiellement de prêts et de subventions.

¹³⁵ Il s'agit notamment des prestations d'action sociale relatives aux services d'aide et d'accompagnement à domicile, et aux forfaits prévention OSCAR en tiers payant, réalisées par des prestataires conventionnés. Les prestations OSCAR (Offre de services coordonnée pour l'accompagnement de ma retraite) sont définies comme des bouquets de services.

¹³⁶ Les aides extra-légales d'action sociale relevant de la branche vieillesse ne sont pas cumulables avec certaines aides légales octroyées notamment par les conseils départementaux.

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 2023, arrêtés le 5 avril 2024 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 sept cas pour lesquels la Cour ne dispose pas d'éléments probants suffisants pour :

- le cadre général du contrôle interne (C-1) ;
- la maîtrise des anomalies affectant les données de carrière à l'origine des droits à retraite (C-2) ;
- la maîtrise des risques liées aux données relatives aux cotisations versées par les travailleurs indépendants (C-3) ;
- la maîtrise des erreurs affectant les attributions de prestations (C-4) ;

- la maîtrise des erreurs affectant les révisions de droit et de service(C- 5) ;
- les provisions pour rappel de majorations en attente de calcul (C-6) ;
- la maîtrise des risques affectant les prestations extra-légales d'action sociale (C-7) ;

qui permettraient d'écarter le risque d'anomalies significatives dans les comptes.

Opinion de la Cour sur les comptes de la branche autonomie de l'exercice 2023

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. Elle veille à son équilibre financier, en établit les comptes et elle 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 mesures de soutien au secteur du domicile.

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 2023, la branche autonomie a comptabilisé 38,4 Md€ de charges et dégagé un déficit de 0,6 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 autonomie pour l'exercice clos le 31 décembre 2023, arrêtés le 9 avril 2024 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, 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 2023, appréciés et évalués en fonction des règles de droit en vigueur à cette date. Ces engagements peuvent pourtant être évalués de manière fiable¹³⁷.

B - Fondements de l'opinion de la Cour

La Cour constate que les comptes de la branche autonomie de l'exercice 2023 sont affectés par une anomalie significative.

Dans cinq 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 autonomie. Faute d'intégrer les actifs et passifs qui auraient

¹³⁷ 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.

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 D3 à 5).

C - Anomalie significative

Un outil comptable défaillant est à l'origine de l'anomalie significative constatée par la Cour. En 2023, quatre ruptures dans la numérotation des écritures comptables sont à nouveau constatées. Elles résultent d'un dysfonctionnement du logiciel comptable, ce qui induit une incertitude sur l'intégrité des écritures comptables au 31 décembre 2023. Ce dysfonctionnement s'ajoute à plusieurs autres limites importantes de l'outil comptable¹³⁸.

D - Insuffisances d'éléments probants

1 - Les insuffisances de la justification des états financiers

a) Les procédures de contrôle de la direction comptable

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 de l'article L. 122-1 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.

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.

¹³⁸ L'outil comptable ne permet pas de produire les états financiers. Il n'assure pas la traçabilité de certaines opérations, notamment l'identification des personnes qui les enregistrent et les valident. En particulier, la base des tiers n'assure pas la traçabilité des modifications de coordonnées bancaires.

Le périmètre et le contenu des contrôles de la direction comptable restent insuffisamment structurés. Le bilan de ces contrôles ne permet pas d'identifier le nombre de contrôles réalisés et d'en déterminer un taux d'erreurs.

b) L'intégration des écritures des autres branches et régimes

La fiabilisation des circuits comptables entre les autres branches du régime général (maladie et famille) et les autres régimes (régime agricole notamment) et la CNSA est insuffisante. La sécurisation de l'intégration des écritures comptables afférentes demeure inaboutie.

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. De même, des fichiers reçus des partenaires doivent faire l'objet de retraitements ou d'écritures manuels avant de pouvoir être intégrés, ce qui fait peser un risque sur l'exhaustivité et l'exactitude des données comptables.

Les charges et les produits définitifs présentent de part et d'autre une minoration injustifiée de 86 M€, comptabilisée par la balance Cnam. Plus particulièrement, les divers produits techniques présentent un produit négatif à hauteur de 83 M€.

Des incertitudes affectent les montants comptabilisés au titre des relations financières avec la CCMISA. Les états financiers présentent des comptes courants non réciproques (écart de 30 M€).

Enfin, les prestations légales enregistrées dans les comptes de la branche autonomie au titre du financement des ESMS intègrent les charges de l'activité de la caisse de sécurité sociale de Mayotte (CSSM) et de Saint-Pierre et Miquelon, à hauteur de 23 M€¹³⁹.

2 - Les faiblesses du cadre général du contrôle interne

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

Malgré des progrès notables, le dispositif de contrôle interne de la CNSA, en cours de structuration en 2023, ne couvre qu'insuffisamment les opérations effectuées par la branche. Les articles D. 114-4-6 et suivants du

¹³⁹ À la différence des autres branches du régime général, pour lesquelles cette intégration n'est pas effective.

code de la sécurité sociale qui fixent les règles applicables au contrôle interne des caisses nationales du régime général ne sont qu'en partie appliqués en raison du déploiement progressif par la caisse du dispositif. En particulier, le plan de contrôle interne, adopté le 22 juin 2023 par la CNSA, n'intègre pas les axes de contrôle des services ordonnateur et ne précise pas leurs modalités de compte-rendu.

Les cartes des processus et des risques ont, certes, été mises à jour au cours de l'exercice. Mais l'identification des processus par direction ne permet pas suffisamment de les relier aux processus métiers et la cotation issue de la carte des risques est insuffisamment harmonisée. L'absence d'identification d'actions de contrôle et de supervision ainsi que d'indicateurs des risques majeurs ne permet pas d'évaluer l'efficacité et l'efficience du dispositif de maîtrise des risques.

Les activités dont la CNSA assure la gestion ne sont pas toutes couvertes en 2023 par des procédures. La CNSA dispose ainsi d'une maîtrise insuffisante des risques liés à ses processus de gestion, ces derniers n'étant pas couverts par des points de contrôle formalisés.

L'unité chargée de déployer le contrôle interne des opérations conduites sous l'égide des départements est désormais constituée. Toutefois, la démarche de contrôle interne des entités en charge de l'attribution des droits et prestations pour l'autonomie (départements et MDPH) et l'évaluation de leur mise en œuvre n'ont pas été assurées. En 2023, du fait de la montée en charge, le périmètre a été circonscrit aux MDPH.

La CNSA est dotée d'un comité d'audit interne mais le service en charge de cette mission n'était pas encore opérationnel en 2023.

Du fait de stipulations insuffisamment précises dans les conventions avec les organismes tiers, la CNSA se trouve limitée dans son degré de maîtrise des risques. En particulier, ces conventions ne prévoient pas que la CNSA reçoive de comptes rendus infra-annuels des contrôles mis en œuvre. Une convention entre la Cnaf et la CNSA relative à la gestion du risque a été préparée mais n'était pas finalisée à fin mars 2024.

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'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (1,5 Md€ en 2023) et la prestation de compensation du handicap (2,6 Md€ de charges pour les départements au titre de l'exercice 2023, dont 0,9 Md€ financées par la branche autonomie).

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 de ces dossiers. Malgré un premier état des lieux en 2023, la CNSA n'a pas de visibilité sur les dispositifs de contrôle interne que les MDPH sont susceptibles d'avoir mis en place ni, *a fortiori*, d'action particulière sur ces derniers. Cela expose la CNSA à prendre en charge des dépenses ne respectant pas le principe du paiement à bon droit des prestations.

Les articles L. 247-2 et R. 247-12 du code de l'action sociale et des familles prévoient que la CNSA conçoit et met en œuvre un système d'information commun des MDPH, interopérable avec les systèmes d'information des départements et avec celui du réseau des CAF. Le premier module national relatif à l'évaluation était en cours de développement à fin 2023. L'absence d'un système d'information unique limite la CNSA dans l'exercice de ses missions de coordination des politiques de soutien à l'autonomie prévues par l'article L. 223-5 du code de la sécurité sociale¹⁴⁰, notamment en matière de pilotage, d'équité de traitement et de gestion du risque.

Par ailleurs, alors que le cadre de l'interopérabilité est fixé depuis 2017, certaines fonctionnalités du programme d'harmonisation des systèmes d'information des MDPH ne sont pas complètement déployées ni systématiquement utilisées lorsqu'elles le sont. Plus particulièrement, la faible dématérialisation des données entre les MDPH et les CAF affecte le niveau d'assurance relatif à la fiabilité des données prises en compte pour liquider les prestations d'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH). De plus, le volume réduit de télédéclarations et l'aide insuffisante apportée par le système d'information pour assister les équipes en charge de l'instruction et de l'évaluation exposent à un risque d'erreur.

Les MDPH n'alimentent pas toutes de manière régulière l'entrepôt de données de la branche autonomie avec les saisies qu'elles effectuent dans leur système d'information harmonisé. De ce fait, la CNSA ne dispose pas de données complètes, récentes et répondant à une méthodologie commune. Les données disponibles appellent des actions de fiabilisation et de contrôle qui n'étaient que partiellement mises en œuvre à fin 2023.

¹⁴⁰ Rôle de la CNSA, 2° de l'article L. 223-5 du code de la sécurité sociale.

c) Les effets des faiblesses des dispositifs de contrôle interne des branches maladie et famille

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 famille¹⁴¹ et à la caisse centrale de la mutualité sociale agricole couvrent insuffisamment les risques de portée financière auxquels est exposée la branche autonomie.

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

Alors que la carte des risques a été enrichie en 2023 en identifiant des risques majeurs relatifs à la gestion des projets, le plan de contrôle interne relatif à la gestion du système d'information couvre encore partiellement les risques, notamment ceux liés à la continuité d'activité et au pilotage de la production informatique. Réalisée en 2023 sur l'ensemble du système d'information de la CNSA, la revue annuelle des habilitations a démontré des faiblesses dans la gestion des droits alloués pour certaines applications informatiques. La nouvelle politique de sécurité des systèmes d'information de la CNSA n'est que partiellement déployée, faisant peser des risques majeurs sur la caisse. Sa gouvernance reste perfectible. Les travaux visant à assurer conformité au règlement général de la protection des données (RGPD) viennent d'être engagés.

e) La portée de la lutte contre les fraudes

La CNSA n'a pas encore engagé la conception et la mise en œuvre d'un programme de contrôle et de lutte contre la fraude prévue par les dispositions de l'article L. 114-9 du code de la sécurité sociale. En 2023, elle n'a pas non plus procédé à l'évaluation de la portée financière des fraudes externes.

La CNSA 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. 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 les conditions administratives de la prestation, à l'exclusion de ses conditions médicales.

¹⁴¹ Voir l'opinion de certification des comptes des branches maladie et famille.

Le contrôle de ces dernières incombe aux MDPH, qui ne communiquent pas d'information sur leur non-respect 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.

Validé en octobre 2023, le plan de prévention des conflits d'intérêts des agents de la CNSA, qui n'est pas encore mis en œuvre, est insuffisant. Le dispositif prévu pour les membres du Conseil n'est, quant à lui, pas appliqué à l'ensemble des administrateurs.

f) Les indicateurs de risque financier résiduel

Excepté sur les règlements de frais de santé en prix de journée (0,8 Md€) pour lesquels l'échantillon contrôlé reste limité (66 dossiers contre 60 en 2022), la CNSA n'a pas mis en place de mesure du risque résiduel, après contrôle interne.

En particulier, 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 (29,2 Md€ en 2023).

Elle ne s'est pas non plus dotée d'un indicateur mesurant le risque résiduel relatif au traitement par les MDPH des dossiers d'AEEH auxquelles incombe l'attribution du droit. La Cnaf n'établit pas d'indicateur de risque financier résiduel propre à l'AEEH. En 2023, l'indicateur « données déclaratives » relatif aux prestations du risque autonomie (agrégant aussi l'AAH) s'établit à 3,5 %¹⁴² en valeur centrale (5,3 % en 2022). L'indicateur attribuable à des erreurs internes s'établit quant à lui à 0,72 %¹⁴³ (1,18 % en 2022).

3 - 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 Cnam (29,2 Md€ en 2023). Les prix

¹⁴² Compte tenu de la taille de l'échantillon, le taux est compris, avec une probabilité de 95 %, entre 0,8 % et 6,2 % du montant des prestations versées, soit respectivement 102 M€ et 838 M€.

¹⁴³ Compte tenu de la taille de l'échantillon, le taux est compris, avec une probabilité de 95 %, entre 0,42 % et 1,02 % du montant des prestations versées, soit respectivement 58 M€ et 141 M€.

de journée facturés directement à l'assurance maladie (0,8 Md€) ont un caractère minoritaire.

a) Le contexte du contrôle interne des ESMS

Le calcul des forfaits soins alloués aux établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (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, l'actualisation régulière de ces données par les ARS et les conseils départementaux n'est pas assurée. Ainsi, le calcul de la dotation n'est pas en adéquation avec l'état réel de santé et le niveau de dépendance des résidents.

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 utilisées dans les outils de la CNSA. Ces données ne font pas l'objet de rapprochements systématiques par les branches maladie et autonomie.

Alors que le système d'information de l'offre de la branche autonomie (SIDOBA) doit permettre d'interfacer les différents applicatifs de l'offre médico-sociale, le module « tarification » a rencontré des difficultés en 2023, retardant de trois mois la campagne tarifaire. Ses faiblesses sont susceptibles d'affecter les arrêtés des ARS et les enregistrements comptables des Cnam, repris dans les comptes de la CNSA.

Les Cnam ne réalisent aucun contrôle sur la validité des droits des personnes handicapées accueillies en établissement sous dotation globale, notamment en vue de détecter les incohérences entre l'orientation notifiée par la MDPH et la structure dans laquelle est accueilli le bénéficiaire.

Les demandes de trésorerie faites par les Cnam à l'Acoss sont affectées par des erreurs de répartition entre les branches maladie et autonomie, constatées en 2023, en raison de limites logicielles imposant des retraitements manuels.

b) Les règlements des dotations et forfaits

L'examen du contrôle interne des Cnam sur le règlement aux ESMS des financements en dotation et au forfait fait apparaître des faiblesses des contrôles *a priori* sur les données reçues (arrêtés de dotations pris par les ARS) et *a posteriori* sur les versements. L'absence de généralisation d'un transfert automatisé aux Cnam des arrêtés des ARS induit un risque d'erreur

de comptabilisation des charges correspondantes dans l'exercice¹⁴⁴. De plus, les contrôles opérés par les Cpm ne couvrent que partiellement le risque de règlement à tort d'une dotation.

La mise en place de contrôles sur les dotations versées aux établissements accueillant des personnes en situation de handicap (13,5 Md€ en 2023) se trouve limitée par l'absence de liste opposable définissant les produits et prestations remboursables pouvant être inclus dans les tarifs de ces établissements.

Les contrôles visant à vérifier la conformité et l'exhaustivité des effectifs déclarés par les Ehpad dans l'outil spécifique (*RESID-EHPAD*) n'ont pas été réalisés sur 2023 dans la perspective de l'intégration de ces établissements dans l'applicatif *RESID-ESMS*. En 2023, seuls des contrôles de facturation sur les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), qui représentent 2,2 Md€ à fin 2023, ont été réalisés à partir de *RESID-ESMS*.

La CNSA ne bénéficie pas d'une assurance suffisante s'agissant du recensement par la Cnam des financements versés au profit de personnes affiliées à un régime étranger de sécurité sociale hébergées en ESMS en France. De plus, les crédits recouverts en application des conventions avec les régimes étrangers ne sont pas restitués à la branche autonomie.

Les charges à payer au titre du financement des ESMS par dotations sont évaluées à la clôture dans les comptes de l'exercice 2023 à 527 M€ dont 38 M€ ne sont pas justifiés.

c) Les règlements des prix de journée

Le contrôle interne des financements sous forme de prix de journée couvre insuffisamment les risques relatifs à la réalité et à l'exactitude des prestations. En 2023, les facturations au prix de journée des ESMS (0,8 Md€) ne font plus l'objet de contrôle ordonnateur par les Cpm.

4 - Les erreurs affectant les subventions et les concours aux conseils départementaux

a) Les plans d'aide à l'investissement (PAI)

Fin 2023, les sommes restant à verser au titre du mode de financement en vigueur de 2006 à 2021 des PAI (84 M€) ont été comptabilisées à tort en provisions bien qu'elles présentent un caractère

¹⁴⁴ Cela entraîne la ressaisie manuelle d'un fort volume d'arrêtés (14 500 sur 8 mois).

certain quant à leur réalisation et que leur montant peut être évalué avec une faible incertitude.

En 2023, la CNSA n'a pas réalisé de contrôle sur les dossiers d'aide à l'investissement attribués au titre du Ségur de la santé (207 M€). Les travaux engagés en 2023, relatifs au suivi, à l'analyse de l'ancienneté et au dénouement des montants restant à verser ne sont pas finalisés. Par ailleurs, aucune disposition n'encadre la récupération des indus.

b) Les dépenses d'intervention

Au titre des dépenses d'intervention¹⁴⁵, les éléments transmis à la Cour ne permettent pas de disposer d'une assurance suffisante sur la fiabilité des enregistrements comptables. Les montants restant à verser (0,25 Md€) sont enregistrés pour l'essentiel en provisions pour risques et charges alors qu'ils devraient faire l'objet d'un reclassement en charges à payer.

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.

c) Les concours aux conseils départementaux

La CNSA verse aux départements des concours au financement de l'allocation personnalisée d'autonomie (2,8 Md€), de la prestation de compensation du handicap (0,9 Md€), au titre du soutien au secteur d'aide à domicile (0,9 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-mêmes¹⁴⁶ sans possibilité de correction par ses services.

¹⁴⁵ Les dépenses d'intervention retracent les subventions allouées pour différentes actions notamment celles relatives à la modernisation de l'aide à domicile, à la professionnalisation et aux formations mais également au soutien au secteur d'aide à domicile (concours aux départements).

¹⁴⁶ Notamment dépenses d'allocation personnalisée d'autonomie (APA) pour le concours APA, dépenses de prestations de compensation du handicap (PCH) et nombre de bénéficiaires de la PCH pour le concours PCH.

5 - Les erreurs affectant l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé

L'attribution de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (1,5 Md€ de charges en 2023) 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 des autres partenaires

Toutes les MDPH ne respectent pas l'obligation de transmettre l'exhaustivité des informations de la demande d'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) nécessaires au traitement par les CAF, ce qui peut susciter des erreurs dans le calcul du droit lorsqu'aucune récupération d'information n'est mise en place pour y pallier ou lorsque la saisie d'informations erronées est réalisée.

La dématérialisation des flux AEEH des MDPH vers les CAF, bien qu'en progression (48 % en 2023 contre 21 % à fin décembre 2022), reste contrastée sur le territoire. En outre, son périmètre incomplet nécessite une transmission manuelle d'une partie des notifications de décision des CDAPH, laquelle est inégalement assurée selon les MDPH.

Par ailleurs, l'absence d'échanges de données avec certains partenaires (Éducation nationale, Cnam, départements) ne permet pas à la branche famille de corroborer les données déclarées.

b) Les actions de contrôle effectuées par les CAF

Dans un contexte de montée en charge très rapide de la dépense (+45 % en cinq ans), les risques relatifs à l'AEEH sont insuffisamment couverts par les dispositifs de contrôle 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 pendant laquelle l'allocation est due et le taux d'incapacité. Or, ces contrôles n'étant pas systématiques, le versement peut se poursuivre sur une durée non réglementaire. De manière générale, le processus de gestion de l'AEEH défini par la Cnaf couvre insuffisamment certaines situations à risque ou faisant l'objet d'erreurs récurrentes et les contrôles mis en œuvre par la branche famille sur la prestation sont peu nombreux.

Certaines pratiques des MDPH contraires à la réglementation conduisent à des versements à tort par les CAF. Des dérogations visant à

éviter une rupture de droit se traduisent, par exemple, par des renouvellements rétroactifs. Le versement de certains compléments AEEH couvre des prestations dont la prise en charge n'est pas prévue par le code de la sécurité sociale.

Trois types de compléments à l'AEEH sont susceptibles d'être versés (0,6 Md€ en 2023) : pour réduction ou cessation d'activité, pour emploi d'une tierce personne et pour frais. Or, seules les reprises ou augmentations d'activité des parents font l'objet d'un contrôle. Bien que le code de la sécurité sociale le prévoie, les CAF ne procèdent à aucun contrôle sur la réalité du recours à une tierce personne et des frais éligibles.

À défaut d'une transmission systématique par les MDPH des données relatives à l'attribution de la PCH et à l'exercice de l'option de la famille pour ce droit, un versement à tort par les CAF de complément à des allocataires n'y ayant pas droit peut intervenir. De ce fait, la CNSA supporte des charges résultant d'un cumul irrégulier de ces deux prestations pour un montant indéterminé. En 2023, aucun moyen de maîtrise des risques n'a été mis en place pour y remédier.

Enfin, 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 2023, appréciés et évalués en fonction des règles de droit en vigueur à cette date. Ces engagements peuvent pourtant être évalués de manière fiable¹⁴⁷.

¹⁴⁷ 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.

DEUXIÈME 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 responsabilité¹⁴⁸. 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.

¹⁴⁸ 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 comptes¹⁴⁹, 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 tout¹⁵⁰ ou partie¹⁵¹ de leurs dispositions.

¹⁴⁹ Nouvelle version des normes professionnelles par arrêté du 25 mars 2024

¹⁵⁰ 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.

¹⁵¹ 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.

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.

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. Le calendrier de production des comptes a évolué pour l'exercice 2023¹⁵².

Ils sont établis en application du plan comptable unique des organismes de sécurité sociale (PCUOSS), qui ne s'écarterait des dispositions du règlement n° 2014-03 de l'Autorité des normes comptables relatives au plan comptable général (modifié au 1^{er} janvier 2023) 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, modifié les 22 mars 2023 et 27 décembre 2023.

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

¹⁵² Arrêté du 2 février 2024 modifiant le calendrier d'établissement et de transmission des comptes annuels des organismes de sécurité sociale.

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 contributeurs 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 organismes¹⁵³ 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 contrôle interne propre aux prélèvements sociaux des employeurs de marins et de marins non-salariés (0,3 Md€ en 2023).

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

¹⁵³ L'Unédic, l'Association pour la gestion du régime de garantie des créances des salariés (AGS), la Cades, le FSV, France compétences, l'Établissement national des invalides de la marine (Enim), l'Association de Gestion du Fonds Paritaire National (AGFPN), la Caisse de Retraite et de Prévoyance des Clercs et Employés de Notaires (CRPCEN), la Caisse Interprofessionnelle de Prévoyance et d'Assurance Vieillesse des professions libérales (CIPAV) et l'Association Paritaire Nationale d'Information et d'Innovation (APNI).

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).

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. Ils sont présentés en annexe B.

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 de l'agent comptable* »¹⁵⁴.

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 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.

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 %.

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

¹⁵⁴ 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.

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'information¹⁵⁵ 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 nouvel outil de combinaison des comptes (*OCRE*), qui devrait être opérationnel pour la clôture des comptes de 2024 ;
- pour les branches maladie et AT-MP, un audit a porté sur le nouvel outil de règlement des dotations aux établissements et services médico-sociaux (*REDOT*), le second audit s'est intéressé à l'outil de gestion des accidents du travail et des maladies professionnelles (*ATEMPO*) ;
- pour la branche famille, un audit a porté sur les applicatifs mis en œuvre par l'agence de recouvrement des impayés de pensions alimentaires (*Aripa*) ;
- pour la branche vieillesse, un premier audit a porté sur le dispositif d'échange inter-régime de retraites (*EIRR*) et un second sur les modalités d'estimation de la provision pour rappels de majorations relevant de l'*EIRR*.

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*.

¹⁵⁵ 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.

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 (avec le concours d'un prestataire de service placé sous le contrôle de la Cour), les provisions pour litiges et les charges à payer et provisions pour charges relatives aux prestations sociales.

Les principaux transferts financiers entre les branches du régime général (l'assurance vieillesse du parent au foyer notamment) et entre ces dernières et des entités tierces ont également été examinés (transferts en provenance du Fonds de solidarité vieillesse (FSV) et intégrations financières aux branches du régime général notamment). Il en va de même des reprises de déficits effectuées par la Caisse d'amortissement de la dette sociale (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 2023 et le 16 mai 2024, 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, 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 dépréciations de créances et produits à recevoir sur les cotisants concernent l'ensemble des attributaires, l'effet des méthodes utilisées pour chaque attributaire ne pouvant être précisé, l'Acoss n'ayant pas produit de données détaillées par attributaire.

C -Suivi des constats formulés par la Cour au titre de l'exercice 2022

Les développements suivants précisent les progrès intervenus par rapport au précédent exercice 2022, les difficultés nouvellement identifiées et celles qui se sont renforcées.

La Cour avait certifié les comptes de l'activité de recouvrement de l'exercice 2022 en assortissant son opinion d'une réserve fondée sur le constat de trois anomalies significatives et de huit insuffisances d'éléments probants.

L'absence d'effet sur les comptes de l'exercice 2023 conduit à lever deux anomalies significatives portant sur le défaut de comparabilité entre les exercices 2021 et 2022 des produits de prélèvements sociaux des travailleurs indépendants et de la réduction forfaitaire « covid » en leur faveur (respectivement, C-2 et C-3 du rapport de certification des comptes de 2022). C'est également le cas de l'insuffisance d'éléments probants portant sur le recouvrement des indus de l'indemnité inflation (D-8), portant ainsi leur nombre à sept pour l'exercice 2023.

En revanche, l'exercice 2023 est marqué par l'introduction d'une nouvelle anomalie significative sur la sous-évaluation des provisions pour risques, qui suit celle maintenue sur des situations persistantes de non-respect du principe de la comptabilité en droits constatés.

Par ailleurs, plusieurs constats ont été allégés (D-3, D-4, D-5 sur les prélèvements sociaux sur revenus d'activité et D-6) au regard de nombreux progrès sur le contrôle interne ou encore de l'incidence parfois limitée de certains éléments les sous-tendant (comme par exemple sur l'appel des cotisations d'indemnités journalières des professions libérales). D'autres constats ont en revanche été renforcés (D-5 sur la gestion des données administratives des cotisants, les prélèvements sociaux sur revenus de remplacement et le contrôle des cotisants). Un nouveau constat a d'ailleurs été introduit sur les produits à recevoir de prélèvements sociaux (D-2).

La Cour avait certifié les comptes de la branche maladie de l'exercice 2022 en assortissant son opinion d'une réserve fondée sur le constat de deux anomalies significatives et de neuf insuffisances d'éléments probants. L'anomalie significative portant sur le défaut de comparabilité entre les exercices 2021 et 2022 des produits de prélèvements sociaux des travailleurs indépendants a été supprimée. Une nouvelle anomalie significative a été relevée, portant sur sous-évaluation des provisions pour risques contraire au principe comptable de prudence.

La Cour avait certifié les comptes de la branche AT-MP de l'exercice 2022 en assortissant son opinion d'une réserve fondée sur le constat d'une anomalie significative et de huit insuffisances d'éléments probants. L'ensemble de ces anomalies et insuffisances sont reconduites en 2023.

La Cour avait refusé de certifier les comptes de la branche famille de l'exercice 2022, s'appuyant pour fonder son opinion sur une anomalie significative et six 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 résiduelles à des données déclaratives non corrigées après contrôle interne, 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 2023, l'anomalie significative n'est pas reconduite. Les six insuffisances d'éléments probants demeurent.

Les constats formulés dans le cadre de l'opinion exprimée sur les comptes 2022 évoluent peu. La branche famille a déployé un plan d'action en vue d'améliorer la qualité de la liquidation des prestations dont les effets ne sont pas encore perceptibles. Les objectifs de contrôle n'ont pas été revus à la baisse en 2023, le constat de la Cour a donc été nuancé, mais les fragilités du dispositif de contrôle interne perdurent et les mesures de couverture du risque financier ne suffisent pas encore à mettre sous contrôle un risque brut qui a constamment crû depuis plus de cinq ans.

La Cour avait certifié les comptes de la branche vieillesse de l'exercice 2022 en assortissant son opinion d'une réserve fondée sur une anomalie significative et six 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 risques pesant sur les données de cotisations des travailleurs indépendants, aux erreurs affectant les attributions de prestations, aux erreurs affectant les révisions de droit et de service, à la fiabilité de l'estimation de la provision pour majorations relevant du champ de l'échanges inter régimes de retraite (EIRR). Un nouveau constat a été introduit, fondé sur les travaux conduits

dans le domaine de l'action sociale. Au 31 décembre 2023, l'anomalie significative n'est pas reconduite, mais les six insuffisances d'éléments probants perdurent. L'insuffisance relative à la provision EIRR est confirmée, en s'appuyant sur les travaux d'un prestataire externe.

La Cour avait certifié les comptes de la branche autonomie de l'exercice 2022 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 2022, 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 la présentation des états financiers.

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 pièces¹⁵⁶. Pour la

¹⁵⁶ Pour l'activité de recouvrement, les Urssaf d'Île-de-France, de Normandie, des Pays-de-la-Loire, d'Aquitaine, de Poitou-Charentes, du Rhône-Alpes pour le centre Cesu, ainsi que l'Urssaf d'Auvergne pour le centre Pajemploi. Pour les branches maladie et AT-MP, les CPAM de la Loire-Atlantique, des Yvelines, de la Mayenne, du Pas-de-Calais et de la Vienne. Pour la branche famille, CAF de Paris et du Puy-de-Dôme. Pour la branche vieillesse, les Carsat de Rhône-Alpes et de Normandie, de Bretagne) et

branche maladie, ils ont également comporté des échanges avec l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (Atih). Pour la branche autonomie, ils ont été complétés d'entretiens en maisons départementales des personnes handicapées (MDPH)¹⁵⁷, visant notamment à appréhender l'organisation de ces structures et plus spécifiquement le processus de gestion de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (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 24 novembre 2023, 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'Acoss, de la Cnaf, de la Cnam, de la Cnav et de la CNSA, ainsi qu'au directeur de la sécurité sociale et à la directrice du budget.

La Cour a 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 2024. 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 7 février 2024 fixant le calendrier d'établissement des comptes annuels des organismes de sécurité sociale, les versions provisoires des comptes de résultat et des bilans ont été communiquées à la Cour le 22 février et les versions définitives le 15 mars 2024.

La Cour a recueilli auprès de chacun des organismes nationaux, les 22 février 2024, les déclarations de la direction prévues par la norme internationale d'audit ISA 580, portant sur des points susceptibles

d'Alsace-Moselle. Au titre de la branche autonomie, les CPAM des Yvelines et de Loire-Atlantique, les CAF de Paris et du Puy-de-Dôme.

¹⁵⁷ MDPH de Paris et du Puy-de-Dôme.

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 2023, 39 observations d'audit ont été adressées aux producteurs des comptes (57 au titre des comptes de 2022). Plusieurs de ces observations comportaient des demandes d'ajustements des comptes, pour les montants présentés dans le tableau suivant.

Tableau n° 1 : suivi des corrections demandées sur les comptes provisoires

Corrections demandées en M€	Nature des incidences sur les comptes	Correction prises en compte en M€
2 174,9	Baisse du résultat du régime général et des autres attributaires	215,0
62,0	Hausse du résultat du régime général et des autres attributaires	24,0
2 526,0	Reclassements sans incidence sur les résultats du régime général	1 056,0

Source : Cour des comptes

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 2024.

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 2024, 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 15, 16 et 17 avril 2024 à des auditions, devant la sixième chambre de la Cour, 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 2023

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 (52,6 Md€ au total en 2023). 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 (50,1 Md€ au total en 2023). 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 1,4 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

Bilan résumé - Activité de recouvrement

ACTIF (en M€)	2023			2022	Variation
	Brut	Amort. Dépréc.	Net	Net	
Immobilisations financières	6 086,7	0,0	6 086,6	3 694,3	64,8%
Autres	1 724,7	1 050,3	674,4	689,4	-2,2%
ACTIF IMMOBILISÉ	7 811,4	1 050,3	6 761,0	4 383,8	54,2%
Créances de cotisations, contributions sociales et d'impôts de sécurité sociale	83 191,8	26 132,9	57 058,9	56 458,7	1,1%
Créances sur l'État et entités publiques	14 012,7	0,0	14 012,7	14 218,0	-1,4%
Créances sur les organismes et autres régimes de sécurité sociale	15 980,2	0,0	15 980,2	28 168,1	-43,3%
Autres actifs (dont notamment débiteurs divers et comptes transitoires ou d'attente)	793,3	2,8	790,5	512,1	54,4%
TOTAL DE L'ACTIF CIRCULANT	113 978,0	26 135,7	87 842,3	99 356,9	-11,6%
TRÉSORERIE ACTIVE	12 760,5	0,0	12 760,5	11 154,9	14,4%
TOTAL ACTIF	134 549,8	27 186,0	107 363,8	114 895,5	-6,6%

PASSIF (en M€)	2023	2022	Variation
Dotations, apports	47,0	47,0	0,0%
Réserves	345,8	363,5	-4,9%
Report à nouveau	187,6	179,3	4,6%
Résultat de l'exercice	-17,8	-17,8	0,0%
Autres	0,3	0,3	10,0%
TOTAL DES FONDS PROPRES	562,8	572,3	-1,7%
Provisions	4 127,9	3 548,9	16,3%
Dettes financières	14 374,8	26 452,4	-45,7%
DETTES NON FINANCIÈRES			
Dettes à l'égard des cotisants	4 472,3	4 358,0	2,6%
Dettes liées aux prestations sociales	10,1	6,4	58,1%
Dettes à l'égard de l'État et entités publiques	2 924,1	3 082,4	-5,1%
Dettes à l'égard d'organismes et autres régimes de sécurité sociale	74 436,4	69 402,6	7,3%
Autres dettes (dont notamment compte de suivi financier, créanciers divers et comptes transitoires ou d'attente)	6 226,6	6 537,8	-4,8%
TOTAL DES DETTES NON FINANCIÈRES	88 069,5	83 387,2	5,6%
TRÉSORERIE PASSIVE	228,8	934,7	-75,5%
TOTAL PASSIF	107 363,8	114 895,5	-6,6%

Compte de résultat résumé - Activité de recouvrement

PRODUITS (en M€)	2023	2022	Variation
Cotisations, impôts et produits affectés	524 202,2	501 971,4	4,4%
Cotisations sociales	245 438,2	232 382,9	5,6%
Impôts : contribution sociale généralisée	148 087,7	141 618,1	4,6%
Impôts et taxes affectés	112 627,6	109 894,7	2,5%
Autres cotisations et contributions affectées	18 048,7	18 075,8	-0,1%
Produits techniques	16 035,1	11 892,9	34,8%
Reprises sur provisions pour charges techniques et pour dépréciation	994,1	1 064,8	-6,6%
TOTAL PRODUITS DE GESTION TECHNIQUE	541 231,3	514 929,1	5,1%
PRODUITS DE GESTION COURANTE	1 634,4	1 575,8	3,7%
PRODUITS FINANCIERS	971,1	188,9	414,2%
TOTAL PRODUITS	543 836,8	516 693,8	5,3%

CHARGES (en M€)	2023	2022	Variation
Transferts de produits	526 731,0	499 632,3	5,4%
CNAM	230 359,3	222 508,2	3,5%
CNAF	55 508,0	52 344,4	6,0%
CNAV	128 847,0	120 821,9	6,6%
CNSA	36 722,2	35 049,5	4,8%
Autres attributaires	75 294,5	68 908,4	9,3%
Pertes sur créances irrécouvrables	2 375,2	2 344,3	1,3%
Compensation de la réduction générale (Unédic, Agirc Arcco et Crnpac)	10 187,1	11 009,2	-7,5%
Autres charges techniques (dont notamment les dotations aux provisions et pour dépréciation des actifs circulants)	1 938,0	1 943,3	-0,3%
TOTAL CHARGES DE GESTION TECHNIQUE	541 231,3	514 929,1	5,1%
CHARGES DE GESTION COURANTE	1 633,6	1 585,0	3,1%
CHARGES FINANCIÈRES	970,4	188,8	414,0%
IMPOTS SUR LES BÉNÉFICES	19,3	8,6	123,8%
TOTAL DES CHARGES	543 854,6	516 711,5	5,3%
RÉSULTAT NET DE L'EXERCICE	- 17,8	- 17,8	0,0%

Bilan résumé - Branche maladie

ACTIF (en M€)	2023			2022	2022 pro forma	Variation
	Brut	Amort. Dépréc.	Net	Net	Net	
ACTIF IMMOBILISE	6 659,5	3 872,5	2 787,1	2 784,5	2 784,5	0,1%
Créances de cotisations, contributions sociales et d'impôts de sécurité sociale	36 410,4	9 258,4	27 152,0	25 696,9	25 725,8	5,7%
Créances de prestations	4 619,8	2 132,7	2 487,2	2 244,9	2 244,9	10,8%
Créances sur l'État et entités publiques	8 206,1	0,0	8 206,1	9 116,5	9 116,5	-10,0%
Créances sur les organismes et autres régimes de sécurité sociale	8 105,7	0,0	8 105,7	5 398,3	5 460,7	48,4%
Autres actifs (dont notamment gestion administrative, débiteurs divers, comptes transitoires ou d'attente, charges constatées d'avance)	3 742,7	148,1	3 594,6	2 614,9	2 614,9	37,5%
TOTAL DE L'ACTIF CIRCULANT	61 084,7	11 539,1	49 545,6	45 071,4	45 133,8	9,8%
TRÉSORERIE ACTIVE	120,3	0,0	120,3	3,7	3,7	3131,2%
TOTAL ACTIF	67 864,5	15 411,6	52 452,9	47 859,7	47 922,1	9,5%

PASSIF (en M€)	2023	2022	2022 pro forma	Variation
Dotations, apports	40,5	42,0	42,0	-3,7%
Réserves	2 023,8	2 034,2	2 034,2	-0,5%
Report à nouveau	8,5	-569,6	-569,6	-101,5%
Résultat de l'exercice	-11 137,6	-20 994,9	-19 018,6	-47,0%
Autres	9 825,7	-13 116,1	9 855,2	-174,9%
TOTAL DES FONDS PROPRES	760,9	-11 609,4	-9 633,0	-106,6%
Provisions	7 232,3	7 460,3	7 460,3	-3,1%
Dettes financières	0,1	0,1	0,1	7,5%
Dettes à l'égard des cotisants	2 150,5	2 151,3	2 151,3	0,0%
Dettes liées aux prestations sociales	941,5	934,3	934,3	-1,7%
Dettes à l'égard de l'État et entités publiques	2 242,2	1 296,7	1 296,7	72,9%
Dettes à l'égard d'organismes et autres régimes de sécurité sociale	16 569,5	26 866,4	24 952,5	-33,6%
Créditeurs divers (dont notamment charges à payer sur prestations)	17 702,9	16 541,4	16 541,4	7,0%
Autres dettes (dont notamment gestion administrative, comptes transitoires ou d'attente et produits constatés d'avance)	4 306,2	3 828,9	3 828,9	12,5%
TOTAL DES DETTES NON FINANCIÈRES	43 912,7	51 619,1	49 705,2	-11,7%
TRÉSORERIE PASSIVE	546,8	389,6	389,6	40,4%
TOTAL PASSIF	52 452,9	47 859,7	47 922,1	9,5%

Compte de résultat résumé - Branche maladie

PRODUITS (en M€)	2023	2022	2022 <i>Pro forma</i>	Variation
Cotisations, impôts et produits affectés	205 931,5	201 125,3	201 125,3	2,4%
Cotisations sociales	79 853,2	77 431,0	77 431,0	3,1%
Impôts : contribution sociale généralisée	51 331,0	49 385,1	49 385,1	3,9%
Impôts et taxes affectés	69 770,1	68 865,3	68 865,3	1,3%
Autres cotisations et contributions affectées	831,5	784,9	784,9	5,9%
Produits techniques	5 636,8	2 378,4	4 335,2	75,2%
Divers produits techniques et reprises sur provisions pour charges techniques et pour dépréciation	19 187,5	21 301,2	17 027,5	12,7%
TOTAL PRODUITS DE GESTION TECHNIQUE	230 755,8	224 804,9	222 487,9	2,7%
PRODUITS DE GESTION COURANTE	876,7	468,4	488,0	83,7%
PRODUITS FINANCIERS	55,2	110,1	110,1	-49,9%
TOTAL PRODUITS	231 687,7	225 383,3	223 085,9	2,8%

CHARGES (en M€)	2023	2022	2022 <i>Pro forma</i>	Variation
Prestations sociales	208 742,8	208 457,5	204 183,7	0,1%
Prestations légales (6561)	207 662,9	207 497,7	203 224,0	0,1%
Prestations légales (6561) Autres prestations (action sociale, prévention)	1 079,8	959,8	959,8	12,5%
Charges techniques, transferts, subventions et contributions	20 636,7	24 182,8	24 182,8	-14,7%
Autres charges techniques (dont notamment les dotations aux provisions et pour dépréciation des actifs circulants)	7 362,2	7 963,1	7 963,1	-7,5%
TOTAL CHARGES DE GESTION TECHNIQUE	236 741,6	240 603,3	236 329,6	-1,6%
CHARGES DE GESTION COURANTE	5 787,4	5 756,1	5 756,1	0,5%
CHARGES FINANCIÈRES	296,2	18,8	18,8	1475,2%-
IMPOTS SUR LES BÉNÉFICES	0,0	0,1	0,1	-67,7%
TOTAL DES CHARGES	242 825,2	246 378,3	242 104,5	-1,5%
RÉSULTAT NET DE L'EXERCICE	-11 137,6	-20 994,9	-19 018,6	-51,8%

Bilan résumé - Branche AT-MP

ACTIF (en M€)	2023			2022	Variation
	Brut	Amort. Dépréc.	Net	Net	
ACTIF IMMOBILISÉ	795,1	503,5	291,6	289,1	0,9%
Créances de cotisations, contributions sociales et d'impôts de sécurité soc.	3 243,3	1 278,2	1 956,1	1 970,0	-0,7%
Créances de prestations	1 194,0	747,2	446,8	462,8	-3,5%
Créances sur l'État et entités publiques	18,3	0,0	18,3	20,3	-9,9%
Créances sur les organismes et autres régimes de sécurité sociale	7 858,5	0,0	7 858,5	6 304,7	24,6%
Autres actifs (dont notamment gestion administrative, débiteurs divers, comptes transitoires ou d'attente, charges constatées d'avance)	182,8	0,1	182,7	192,5	-5,1%
TOTAL DE L'ACTIF CIRCULANT	12 487,8	2 025,5	10 462,3	8 950,3	16,9%
TRÉSORERIE ACTIVE	39,8		39,8	3,4	1072,7%
TOTAL ACTIF	13 322,7	2 529,0	10 793,7	9 242,8	16,8%

PASSIF (en M€)	2023	2022	Variation
Dotations, apports	5,3	5,5	-2,4%
Réserves	109,7	109,7	-0,1%
Report à nouveau	6 136,6	4 521,0	35,7%
Résultat de l'exercice	1 350,0	1 624,6	-16,9%
Autres	0,3	0,3	0,0%
TOTAL DES FONDS PROPRES	7 601,9	6 261,2	21,4%
Provisions	1 468,4	1 331,6	10,3%
Dettes financières	0,0	0,0	5,3%
Dettes à l'égard des cotisants	106,6	112,0	-4,9%
Dettes liées aux prestations sociales	35,1	35,1	-0,1%
Dettes à l'égard de l'État et entités publiques	262,3	289,7	-9,5%
Dettes à l'égard d'organismes et autres régimes de sécurité sociale	305,2	306,7	-0,5%
Créditeurs divers (dont notamment charges à payer sur prestations)	730,7	705,5	3,6%
Autres dettes (dont notamment gestion administrative, créditeurs divers, comptes transitoires ou d'attente, produits constatés d'avance)	172,6	1 71,6	0,6%
TOTAL DES DETTES NON FINANCIÈRES	1 612,5	1 620,7	-0,5%
TRÉSORERIE PASSIVE	110,9	29,4	277,8%
TOTAL PASSIF	10 793,7	9 242,8	16,8%

Compte de résultat résumé - Branche AT-MP

PRODUITS (en M€)	2023	2022	2022 <i>Pro forma</i>	Variation
Cotisations, impôts et produits affectés	14 916,2	14 285,0	14 285,0	4,4%
Cotisations sociales	14 753,8	14 110,0	14 110,0	4,6%
Autres cotisations et contributions affectées	162,4	175,0	175,0	-7,2%
Produits techniques	11,8	13,8	13,8	-14,5%
Divers produits techniques et reprises sur provisions pour charges techniques et pour dépréciation	1 046,0	1 313,6	1 119,0	-20,4%
TOTAL PRODUITS DE GESTION TECHNIQUE	15 973,9	15 612,3	15 417,8	2,3%
PRODUITS DE GESTION COURANTE	40,1	35,6	35,6	12,7%
PRODUITS FINANCIERS	140,9	0,0	0,0	-
TOTAL PRODUITS	16 155,0	15 647,9	15 453,4	3,2%

CHARGES (en M€)	2023	2022	2022 <i>Pro forma</i>	Variation
Prestations sociales	10 360,5	10 116,0	9 921,4	2,4%
Prestations légales	9 962,3	9 687,3	9 492,8	2,8%
dont: prestations d'incapacité temporaire	5 438,1	5 273,2	5 078,7	3,1%
dont : prestations d'incapacité permanente	4 523,6	4 413,5	4 413,5	2,5%
Charges techniques, transferts, subventions et contributions	1 191,4	865,1	865,1	37,7%
Autres charges techniques (dont notamment les dotations aux provisions et pour dépréciation des actifs circulants)	2 337,0	2 096,1	2 096,1	11,5%
TOTAL CHARGES DE GESTION TECHNIQUE	13 888,8	13 077,2	12 882,6	6,2%
CHARGES DE GESTION COURANTE	913,4	927,7	927,7	-1,5%
CHARGES FINANCIÈRES	2,6	18,5	18,5	-85,7%
IMPOTS SUR LES BÉNÉFICES	0,0	0,0	0,0	-66,6%
TOTAL DES CHARGES	14 804,9	14 023,3	13 828,7	5,6%
RÉSULTAT NET DE L'EXERCICE	1 350,0	1 624,6	1 624,6	-16,9%

Bilan résumé - Branche Famille

ACTIF (en M€)	2023			2022	Variation
	Brut	Amort. Dépréc.	Net	Net	
ACTIF IMMOBILISÉ	2 886,7	1 633,1	1 253,6	1 290,1	-2,8%
Créances de cotisations, contributions sociales et d'impôts de sécurité sociale	9 195,0	3 416,6	5 778,4	5 868,7	-1,5%
Créances de prestations	2 163,6	225,9	1 937,7	1 836,9	5,5%
Créances sur l'État et entités publiques	5 407,6	0,0	5 407,6	5 286,1	2,3%
Créances sur les organismes et autres régimes de sécurité sociale	6 256,0	8,6	6 247,4	4 859,4	28,6%
Autres actifs (dont gestion administrative, débiteurs divers, comptes transitoires ou d'attente, charges constatées d'avance)	4 021,3	304,7	3 716,7	3 354,7	10,8%
TOTAL DE L'ACTIF CIRCULANT	27 043,6	3 955,8	23 087,8	21 205,9	8,9%
TRÉSORERIE ACTIVE	7,3	0,0	7,3	7,3	0,5%
TOTAL ACTIF	29 937,6	5 588,8	24 348,7	22 503,3	8,2%

PASSIF (en M€)	2023	2022	Variation
Dotations, apports	12,5	12,5	0,0%
Réserves	468,8	498,6	-6,0%
Report à nouveau	5 660,1	3 702,5	52,9%
Résultat de l'exercice	1 016,4	1 927,9	-47,3%
Autres	6,0	6,8	-12,3%
TOTAL DES FONDS PROPRES	7 163,8	6 148,2	16,5%
Provisions	2 196,6	2 052,9	7,0%
Dettes financières	0,1	0,1	-2,5%
Dettes à l'égard des cotisants	833,2	839,3	-0,7%
Dettes liées aux prestations sociales	2 392,8	2 153,6	11,1%
Dettes à l'égard de l'État et entités publiques	499,3	405,9	23,0%
Dettes à l'égard d'organismes et autres régimes de sécurité sociale	1 793,7	1 565,2	14,6%
Autres dettes (dont gestion administrative, créiteurs divers, comptes transitoires ou d'attente, produits constatés d'avance)	6 042,4	5 722,0	5,6%
TOTAL DES DETTES NON FINANCIÈRES	11 561,4	10 685,9	8,2%
TRÉSORERIE PASSIVE	3 426,8	3 616,1	-5,2%
TOTAL PASSIF	24 348,7	22 503,3	8,2%

Compte de résultat résumé - Branche Famille

PRODUITS (en M€)	2023	2022	Variation
Cotisations, impôts et produits affectés	56 374,3	53 349,6	5,7%
Cotisations sociales	36 218,3	35 086,2	3,2%
Impôts : contribution sociale généralisée	13 943,3	13 294,3	4,9%
Autres impôts et taxes affectés	6 049,9	4 818,1	25,6%
Autres cotisations et contributions affectées	162,8	151,1	7,7%
Produits techniques	402,5	221,3	81,9%
Reprises sur provisions et sur dépréciations	745,7	597,4	24,8%
TOTAL PRODUITS DE GESTION TECHNIQUE	57 522,4	54 168,3	6,2%
PRODUITS DE GESTION COURANTE	566,1	561,7	0,8%
PRODUITS FINANCIERS	144,6	2,6	5482,5%
TOTAL PRODUITS	58 233,1	54 732,6	6,4%

CHARGES (en M€)	2023	2022	Variation
Prestations sociales	39 262,8	37 136,6	5,7%
Prestations légales	32 659,8	30 902,4	5,7%
Prestations d'action sociale	6 536,2	6 169,4	5,9%
Prestations spécifiques à certains régimes	66,8	64,8	3,1%
Transferts, subventions et contributions	13 606,8	11 060,8	23,0%
Diverses charges techniques (dont dotations aux provisions, dépréciations pour charges de gestion technique)	1 305,9	1 652,2	-21,0%
TOTAL CHARGES DE GESTION TECHNIQUE	54 175,5	49 849,6	8,7%
CHARGES DE GESTION COURANTE	3 029,5	2 936,0	3,2%
CHARGES FINANCIÈRES	11,0	18,9	-41,8%
IMPOTS SUR LES BÉNÉFICES	0,7	0,3	156,2%
TOTAL DES CHARGES	57 216,7	52 804,8	8,4%
RÉSULTAT NET DE L'EXERCICE	1 016,4	1 927,9	-47,3%

Bilan résumé - Branche Vieillesse

ACTIF (en M€)	2023			2022	Variation
	Brut	Amort. Dépréc.	Net	Net	
ACTIF IMMOBILISÉ	1 951,7	891,6	1 060,1	1 085,9	-2,4%
Créances de cotisations, contributions sociales et d'impôts de sécurité sociale	20 829,4	7 432,3	13 397,1	13 647,8	-1,8%
Créances de prestations	478,0	169,2	308,8	303,4	1,8%
Créances sur l'État et entités publiques	3 678,7		3 678,7	2 814,0	30,7%
Créances sur les organismes et autres régimes de sécurité sociale	874,0		874,0	1 597,2	-45,3%
Autres actifs (dont notamment gestion administrative, débiteurs divers, comptes transitoires ou d'attente, charges constatées d'avance)	626,3		626,3	585,3	7,0%
Trésorerie active	1,4		1,4	1,6	-12,5%
TOTAL DE L'ACTIF CIRCULANT	26 487,8	7 601,5	18 886,3	18 949,3	-0,3%
TOTAL ACTIF	28 439,5	8 493,1	19 946,4	20 035,2	-0,4%

PASSIF (en M€)	2023	2022	Variation
Dotations, apports	73,6	73,6	-0,1%
Réserves	711,9	711,4	0,1%
Report à nouveau	-1 101,8	96,7	-1238,9%
Résultat de l'exercice	-1 304,4	-2 914,6	-55,2%
Autres	0,8	1,6	-51,5%
TOTAL DES FONDS PROPRES	-1 619,9	-2 031,2	-20,2%
PROVISIONS	2 249,2	2 441,5	-7,9%
DETTES FINANCIÈRES	0,1	0,1	-6,4%
Dettes à l'égard des cotisants	1 102,6	1 110,9	-0,7%
Dettes liées aux prestations sociales	11 760,9	11 367,3	3,5%
Dettes à l'égard de l'État et entités publiques	1 929,4	1 354,0	42,5%
Dettes à l'égard d'organismes et autres régimes de sécurité sociale	3 513,4	4 826,3	-27,2%
Autres dettes (dont notamment gestion administrative, créiteurs divers, comptes transitoires ou d'attente, produits constatés d'avance)	486,3	458,7	6,0%
TOTAL DES DETTES NON FINANCIÈRES	18 792,6	19 117,2	-1,7%
TRÉSORERIE PASSIVE	524,3	507,5	3,3%
TOTAL PASSIF	19 946,4	20 035,2	-0,4%

Compte de résultat résumé - Branche Vieillesse

PRODUITS (en M€)	2023	2022	Variation
Cotisations, impôts et produits affectés	129 006,5	121 133,5	6,5%
Cotisations sociales	104 643,3	98 342,4	6,4%
Cotisations prises en charge par l'État	3 208,5	2 973,0	7,9%
Impôts et taxes affectés	20 696,2	19 398,1	6,7%
Autres cotisations et contributions affectées	458,5	420,0	9,2%
Produits techniques	29 841,7	28 466,3	4,8%
Divers produits techniques et reprises sur provisions pour charges techniques et pour dépréciation	2 192,0	1 790,4	22,4%
TOTAL PRODUITS DE GESTION TECHNIQUE	161 040,2	151 390,2	6,4%
PRODUITS DE GESTION COURANTE	172,2	172,0	0,1%
PRODUITS FINANCIERS	3,5	21,1	-83,6%
TOTAL PRODUITS	161 215,9	151 583,4	6,4%

CHARGES (en M€)	2023	2022	Variation
Prestations sociales	149 964,3	142 684,6	5,1%
Prestations légales vieillesse	149 519,8	142 242,5	5,1%
Prestations légales veuvage	48,9	46,4	5,5%
Prestations légales invalidité	8,0	5,1	54,7%
Prestations extra-légales : Action Sanitaire et Sociale	387,6	390,5	-0,7%
Transferts entre organismes de sécurité sociale et assimilés	8 397,3	7 482,8	12,2%
Autres charges techniques (dont notamment les dotations aux provisions et pour dépréciation des actifs circulants)	2 428,3	2 727,5	-11,0%
TOTAL CHARGES DE GESTION TECHNIQUE	160 789,9	152 894,8	5,2%
CHARGES DE GESTION COURANTE	1 605,2	1 597,9	0,5%
CHARGES FINANCIÈRES	125,2	5,2	2314,7%
IMPOTS SUR LES BÉNÉFICES	0,0	0,0	-97,5%
TOTAL DES CHARGES	162 520,3	154 498,0	5,2%
RÉSULTAT NET DE L'EXERCICE	-1 304,4	-2 914,6	-55,2%

Bilan résumé - Branche Autonomie

ACTIF (en M€)	2023			2022	Variation
	Brut	Amort. Dépréc.	Net	Net	
ACTIF IMMOBILISÉ	85	43	42	37	13,5%
Créances de cotisations, contributions sociales et d'impôts de sécurité sociale	3 738	565	3 172	3 189	-0,5%
Créances sur l'État et entités publiques	441	0	441	910	-51,5%
Créances sur les organismes et autres régimes de sécurité sociale				410	-100,0%
Autres actifs (dont notamment gestion administrative, débiteurs divers, comptes transitoires ou d'attente, charges constatées d'avance)	64	0	64	58	10,6%
TOTAL DE L'ACTIF CIRCULANT	4 243	565	3 678	4 566	-19,5%
TRÉSORERIE ACTIVE	4		4	12	-66,4%
TOTAL ACTIF	4 332	609	3 724	4 615	-19,3%

PASSIF (en M€)	2023	2022	Variation
Réserves	39	39	0,0%
Report à nouveau	499	245	103,5%
Résultat de l'exercice	-575	240	-339,8%
TOTAL DES FONDS PROPRES	-37	524	-107,0%
Provisions	1 545	1 418	9,0%
Dettes financières			
Dettes à l'égard des cotisants	478	420	13,9%
Dettes à l'égard de l'État et entités publiques	552	1 080	-48,9%
Dettes à l'égard d'organismes et autres régimes de sécurité sociale	1 000	1 037	-3,6%
Autres dettes (dont notamment gestion administrative, créditeurs divers, comptes transitoires ou d'attente, produits constatés d'avance)	186	137	35,2%
TOTAL DES DETTES NON FINANCIÈRES	2 216	2 674	-17,1%
TRÉSORERIE PASSIVE			
TOTAL PASSIF	3 724	4 615	-19,3%

Compte de résultat résumé - Branche Autonomie

PRODUITS (en M€)	2023	2022	Variation
Cotisations, impôts et produits affectés	36 720	35 047	4,8%
Cotisations prises en charge par l'Etat	38	45	-15,9%
Impôts : contribution sociale généralisée	32 596	31 157	4,6%
Impôts et taxes affectés	4 016	3 781	6,2%
Autres cotisations et contributions affectées	70	65	8,7%
Produits techniques	426	554	-23,1%
Divers produits techniques et reprises sur provisions pour charges techniques et pour dépréciation	599	852	-29,7%
TOTAL PRODUITS DE GESTION TECHNIQUE	37 745	36 453	3,5%
PRODUITS DE GESTION COURANTE	1	1	36,0%
PRODUITS FINANCIERS	34	0	22150,1%
TOTAL PRODUITS	37 780	36 454	3,6%

CHARGES (en M€)	2023	2022	Variation
Prestations sociales	31 449	29 925	5,1%
Prestations légales	31 449	29 925	5,1%
Charges techniques, transferts, subventions et contributions	5 848	5 163	13,3%
Autres charges techniques (dont notamment les dotations aux provisions et pour dépréciation des actifs circulants)	868	964	-10,0%
TOTAL CHARGES DE GESTION TECHNIQUE	38 165	36 052	5,9%
CHARGES DE GESTION COURANTE	184	158	16,2%
CHARGES FINANCIÈRES	6	4	43,3%
IMPOTS SUR LES BÉNÉFICES			
TOTAL DES CHARGES	38 355	36 215	5,9%
RÉSULTAT NET DE L'EXERCICE	-575	240	-339,8%

B - Évolution des indicateurs de risque financier résiduel, après contrôle interne (2021 – 2023)

	Indicateur (par branche)	Rappel 2021	Données 2022	Données 2023	Évolution 2023/2022
maladie et ATMP	Remboursements de frais de santé - Fréquence des erreurs (en %)	7,7	8,1	8,3	↗
	Remboursements de frais de santé – Incidence financière des erreurs (en Md€)	2,5	3,8*	3,1	↘
	Indemnités journalières - Fréquence des erreurs (en %)	10,2	9,8	7,7	↘
	Indemnités journalières – Incidence financière des erreurs (en Md€)	0,32	0,36	0,45	↗
famille	Incidence financière des erreurs résiduelles « données déclarées » à 9 mois (en %) ¹	10,3	9,9*	10,9	↗
	Incidence financière des erreurs résiduelles « données déclarées » à 9 mois (en Md€)	7,9	7,7	8,6	↗
	Incidence financière des erreurs résiduelles « données déclarées » à 24 mois (en %)	7,1	7,6	7,4	↘
	Incidence financière des erreurs résiduelles « données déclarées » à 24 mois (en Md€)	5,3	5,8	5,5	↘
	Incidence financière des erreurs résiduelles internes aux CAF « métier » à 6 mois (en %)	1,6	1,7	1,7	→
	Incidence financière des erreurs résiduelles pour l'action sociale collective (en %)	2,8	4,0	3,8	↘
vieillesse	Fréquence des erreurs résiduelles de liquidation de retraites dans l' <i>Outil retraite</i> ² (en %)	14,0	15,0*	16,3	↗
	Incidence financière des erreurs (en %)	1,2	1,1	1,3	↗
	Incidence financière cumulative des erreurs sur la durée de service (en %)	0,9	0,9	0,7	→
	Fréquence des erreurs résiduelles de liquidation de retraites dans <i>Asur</i> (en %)	3,9	7,0	5,6	↘
	Incidence financière des erreurs (en %)	0,3	0,7	0,6	↘

Source : Cour des comptes à partir des données communiquées par les branches

¹ La Cnaf a procédé à un ajustement afin de corriger l'effet sur l'IRR DE à 9 mois 2023 de doubles comptes d'indus / rappels sur certains bénéficiaires de l'allocation de logement à caractère social (ALS). À des fins de comparabilité, l'IRR DE à 9 mois 2022 a également été corrigé, s'établissant à 9,9 % dans sa version revue.

² La méthode de calcul retenue dans ce tableau est la méthode prévalant depuis 2021 afin de disposer de données comparables dans la durée. Les données figurant dans le rapport correspondent à la dernière méthode de calcul retenue par la Cnav.

C -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
DGFIP	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
Magis	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
PCUOSS	Plan comptable unique des organismes de sécurité sociale
PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'information
PNDS	Portail numérique des droits sociaux
PUMa	Protection universelle maladie
Prepave	Prestation partagée d'éducation de l'enfant
RCD	Référentiel commun des déclarants
REI	Référentiel des entreprises et des individus
RNCOSS	Recueil des normes comptables pour les organismes de sécurité sociale
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