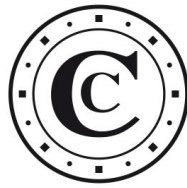


Cour des comptes



FINANCES ET COMPTES PUBLICS

CERTIFICATION
DES COMPTES
DU RÉGIME GÉNÉRAL
DE SÉCURITÉ SOCIALE

Exercice 2024

Mai 2025

Sommaire

Procédures et méthodes	5
Délibéré	9
PREMIÈRE PARTIE COMPTES DE L'ACTIVITÉ DU RECOUVREMENT, DES BRANCHES ET DES ORGANISMES NATIONAUX DU RÉGIME GÉNÉRAL	11
Opinion de la Cour sur les comptes de l'activité de recouvrement de l'exercice 2024	13
A - Opinion de la Cour	14
B - Fondements de l'opinion de la Cour	14
C - Anomalie significative	14
D - Insuffisances d'éléments probants	15
Opinion de la Cour sur les comptes de l'Acoss.....	29
A - Opinion de la Cour	29
B - Fondements de l'opinion de la Cour	29
Opinion de la Cour sur les comptes de la branche maladie de l'exercice 2024	31
A - Opinion de la Cour	32
B - Fondements de l'opinion de la Cour	32
C - Anomalies significatives	33
D - Insuffisances d'éléments probants	34
Opinion de la Cour sur les comptes de la branche accidents du travail – maladies professionnelles de l'exercice 2024	53
A - Opinion de la Cour	54
B - Fondements de l'opinion de la Cour	54
C - Anomalie significative	55
D - Insuffisances d'éléments probants	55
Opinion de la Cour sur les comptes de la Cnam	59
A - Opinion de la Cour	59
B - Fondements de l'opinion de la Cour	60
Opinion de la Cour sur les comptes de la branche famille de l'exercice 2024	61
A - Opinion de la Cour	62
B - Fondements de l'opinion de la Cour	62
C - Insuffisances d'éléments probants	63

Opinion de la Cour sur les comptes de la Cnaf	77
A - Opinion de la Cour	77
B - Fondements de l'opinion de la Cour	77
Opinion de la Cour sur les comptes de la branche vieillesse de l'exercice 2024	79
A - Opinion de la Cour	80
B - Fondements de l'opinion de la Cour	80
C - Insuffisances d'éléments probants	81
Opinion de la Cour sur les comptes de la Cnav.....	91
A - Opinion de la Cour	91
B - Fondements de l'opinion de la Cour	91
Opinion de la Cour sur les comptes de la branche autonomie de l'exercice 2024	93
A - Opinion de la Cour	94
B - Fondements de l'opinion de la Cour	94
C - Anomalies significatives	95
D - Insuffisances d'éléments probants	95
DEUXIÈME PARTIE - COMPTE RENDU DES VÉRIFICATIONS OPÉRÉES PAR LA COUR.....	107
I - Caractéristiques de la mission de la Cour	107
A - L'objet de la certification	107
B - Les normes d'audit appliquées.....	107
C - Responsabilité de la Cour à l'égard des comptes	108
II - Caractéristiques des comptes soumis à certification	110
A - Les comptes des organismes de sécurité sociale.....	110
B - Les responsabilités des organismes nationaux du régime général	110
III - Vérifications effectuées par la Cour	111
A - Démarche d'audit	111
B - Vérifications réalisées par la Cour	113
C - Suivi des constats formulés par la Cour au titre de l'exercice 2023.....	117
IV - Communication des résultats de l'audit.....	119
A - À l'issue des missions intermédiaires	119
B - À l'issue des missions finales	120
Annexes	123
A - Les états financiers de l'exercice 2024	123
B - Évolution des indicateurs de risque financier résiduel, après contrôle interne (2022 – 2024)	136
C - Liste des abréviations	137

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 M. Lejeune, président de chambre, et composée de Mmes Soussia, Caroli, Duchêne, conseillères maître, MM. Fulachier, Thomas, Burckel, Fourier, Moguérou, Guégano, conseillers maîtres.

Les travaux dont est issu le projet de rapport de certification ont été effectués par M. Moguérou, conseiller maître, rapporteur général de la certification des comptes du régime général de sécurité sociale, M. Perrin, conseiller référendaire, M. Delmas, conseiller référendaire en service extraordinaire, M. Duthil, conseiller référendaire en service extraordinaire (jusqu'au 6 février 2025), Mmes Aghoyan, Kingue, Le Vouedec, Petitjean (jusqu'au 28 février 2025), Veyrat, Yah, MM. Amvene, Azran, Bellosta, Bullier, Chouabi, Coppola, Dardigna, Delage, Durieu, Jaquet, Machting (à compter du 16 septembre 2024), Ozo, Renié, Mc Shine, Timéné, 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 29 avril, par le comité du rapport public et des programmes de la Cour des comptes, composé de M. Moscovici, premier président, M. Hayez, rapporteur général, Mme Camby, M. Bertucci, M. Meddah, Mme Mercereau, M. Lejeune et Mme Thibault, présidentes et présidents de chambre de la Cour, M. Glimet, président de section, représentant M. Charpy, président de chambre, M. Albertini, M. Strassel, M. Roux, Mme Daussin-Charpantier et Mme Daam, présidentes et présidents de chambre régionale des comptes, et Mme Hamayon, procureure générale, entendue 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 2024*.

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 des réponses qu'ils ont adressées en retour à la Cour.

Ont participé au délibéré : M. Moscovici, Premier président, Mme Camby, MM. Bertucci, Meddah, Mme Mercereau, MM. Lejeune, Hayez, présidents de chambre, MM. Barbé, Antoine, Guérout, Feller, Aulin, Potton, Homé, Allain, Michaut, M. Oséredczuk, Mme Pilot-Bonnétat, MM. Guérin, Beaux, Tersen, Bessette, Mme Roche, M. Bonnaud, Mme Lignot-Leloup, M. Thomas, Mmes Boutereau-Tichet, Oltra-Oro, Charolles, Caroli, Bergogne, M. Blanchot, conseillers maîtres, Mme Rosenwald, conseillère maître en service extraordinaire, MM. Léna, Sire, présidents de chambre régionale des comptes.

Ont été entendus :

- en sa présentation, M. Lejeune, président de chambre chargé des travaux sur lesquels le rapport est fondé et de la préparation du rapport ;
- en son rapport, M. Hayez, rapporteur général, rapporteur du projet devant la chambre du conseil, assisté de M. Moguéro, conseiller maître, M. Perrin, conseiller 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, Mme Hamayon, procureure générale, accompagnée de M. Genève, substitut général.

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

Fait à la Cour, le 15 mai 2025.

**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 2024

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, 12,2 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, 614,6 Md€ de produits (dont 545,0 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 l'Union nationale interprofessionnelle pour l'emploi dans l'industrie et le commerce (Unedic) et de plus de 800 autres organismes tiers.

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.

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 2024, arrêtés le 7 avril 2025 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 d'une anomalie significative 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 2024 sont affectés par une anomalie significative.

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

C - Anomalie significative

Un défaut persistant de rattachement de produits à l'exercice

Les directions des ministères économiques et financiers de l'État² assurent le recouvrement de contributions, d'impôts et de taxes affectés à la sécurité sociale (110,1 Md€ en 2024, contre 107,7 Md€ en 2023) qui sont versés à l'Acoss afin qu'elle en assure la répartition à chacun des organismes attributaires.

Compte tenu des applications de gestion fiscale utilisées par ces directions, les modalités de notification de ces produits ne permettent toujours pas à l'Acoss d'en assurer une comptabilisation complète selon le principe des droits constatés (c'est-à-dire selon la date du fait générateur et non celle de leur encaissement). Ainsi, une part de ces produits, et des dépréciations et provisions associées, ne peut être ni comptabilisée ni notifiée par l'Acoss aux attributaires concernés sur le correct exercice.

² Les directions générales des finances publiques, et des douanes et des droits indirects.

L'enjeu financier à fin 2024 est évalué par ces directions à 0,9 Md€ de créances et 0,6 Md€ de dépréciations correspondantes, ainsi qu'à 0,3 Md€ de provisions pour risques³. D'après une première évaluation de l'Acoss, il affecte principalement et à des degrés divers les comptes des branches du régime général de sécurité sociale (maladie, vieillesse, famille, autonomie), mais également les comptes d'attributaires extérieurs à ce dernier (FSV et Cades). Par ailleurs, l'estimation des produits à recevoir notifiés à l'Acoss (12,4 Md€ à fin 2024) ne tient toujours pas compte des déclarations tardives et régularisations ultérieures des redevables.

S'agissant du contrôle des cotisants (voir ci-après), les produits de redressements de prélèvements sociaux constatés à cette occasion par les Urssaf restent comptabilisés au moment de l'envoi de la mise en demeure, et non pas à la fin de la période contradictoire⁴. L'évaluation des produits qui seraient à rattacher à l'exercice concerné n'est pas encore réalisée en raison d'un manque de fiabilité des données.

D - Insuffisances d'éléments probants

1 - Les incertitudes affectant l'estimation des provisions pour risques liés à des litiges avec les cotisants

Les provisions pour litiges (2,7 Md€ à fin 2024, contre 2,5 Md€ en 2023) portent, pour une part majoritaire, sur des montants réglés par les cotisants mais ultérieurement contestés.

En 2024, l'évaluation de contentieux en cours, provisionnés à hauteur de 0,9 Md€ contre 0,7 Md€⁵ en 2023, présente un très fort degré d'incertitude, en raison d'une analyse prospective incomplète de leur probable dénouement. Il en résulte un risque d'anomalie significative très élevé de sous-provisionnement ou, au contraire, de sur-provisionnement de ces litiges au 31 décembre 2024. Ce risque affecte également les comptes de la branche maladie.

Par ailleurs, l'exhaustivité et la fiabilité des données servant de base au calcul des provisions relatives aux cotisants restent imparfaitement assurées. En outre, l'analyse du dénouement des provisions relatives à ces litiges demeure limitée par le système d'information qui ne permet pas de

³ Contre, respectivement, 0,7 Md€, 0,5 Md€ et 0,3 Md€ à fin 2023, soit une variation nette positive d'environ 0,1 Md€ entre les deux exercices.

⁴ Article R. 243-59 du code de la sécurité sociale.

⁵ Montant corrigé en 2024 d'une erreur de 0,3 Md€ liée à leur sous-évaluation en 2023.

suivre l'évolution d'un même litige à chaque stade juridictionnel, en l'absence d'un identifiant unique de gestion et d'une codification spécifique des remboursements éventuels aux cotisants. Ce dernier point concerne également 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) estimée par la Cnam (0,8 Md€ à fin 2024). Il est par ailleurs renvoyé à la motivation de l'opinion de la Cour sur les comptes de la branche AT-MP (cf. D-2).

2 - Les incertitudes affectant les estimations comptables de produits à recevoir et de dépréciations des créances

a) Les produits à recevoir de prélèvements sociaux

Les produits à recevoir de prélèvements sociaux sur revenus d'activité (salaires⁶) et de remplacement (retraite, indemnité journalière, etc.), déclarés *via* le dispositif Pasrau⁷, correspondent à des produits se rattachant à l'exercice clos et qui, pour l'essentiel, seront déclarés durant l'exercice suivant (42,8 Md€ à fin 2024, contre 40,8 Md€ en 2023).

Malgré des progrès, la méthode utilisée par l'Acoss pour évaluer la part des produits dont le montant n'est pas définitif (2,8 Md€, contre 2,4 Md€ en 2023) comporte encore des faiblesses qui tendent à les sous-estimer. En effet, elle ne tient pas suffisamment compte de l'effet des corrections rétroactives de prélèvements sociaux déclarées par les employeurs du secteur privé. En outre, elle exclut de son champ les prélèvements sociaux sur revenus de remplacement. Le dénouement de l'estimation 2023 fait apparaître une sous-évaluation de ces produits à recevoir de 0,6 Md€⁸.

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 3,2 Md€ de règlements inscrits dans les comptes (3,1 Md€ en 2023), ce qui a toujours pour effet de majorer le bilan.

⁶ Y compris des employés et personnels de maison.

⁷ Prélèvement À la Source pour les Revenus AUTres.

⁸ En constante hausse, après 0,5 Md€ pour 2022 et 0,4 Md€ pour 2021.

b) Les produits à recevoir de remises sur les prix des médicaments et des dispositifs médicaux

Les produits à recevoir de remises dues par les entreprises concernées sur les prix publics des médicaments et des dispositifs médicaux sont estimés par le comité économique des produits de santé (CEPS) à 11,1 Md€ à fin 2024 (contre 10,3 Md€ en 2023, soit + 8 %).

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 relatifs à la contribution « M »⁹ (1,7 Md€ à fin 2024, contre 1,6 Md€ en 2023) 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.

c) Les dépréciations de créances sur les cotisants

Les dépréciations de créances sur les cotisants correspondent aux montants estimés des créances que les Urssaf risquent de ne pas recouvrer au 31 décembre de l'exercice clos (25,8 Md€ portant sur un montant de 33,2 Md€ de créances à fin 2024¹⁰). La méthode d'estimation de ces dépréciations est sauf exception¹¹ fondée sur l'observation des taux de recouvrement sur le long terme, calculés depuis 2024 sur des données plus fiables et plus précises.

En revanche, cette méthode prend toujours insuffisamment en compte les perspectives de recouvrement différenciées selon la nature de certaines créances (par exemples sur les cotisants ayant fait l'objet d'un contrôle par les Urssaf et sur ceux ayant obtenu un délai de paiement). Par ailleurs, les données historiques de recouvrement utilisées pour l'estimation des dépréciations des créances sur les travailleurs indépendants ne sont toujours pas corrigées de flux financiers intégrés à tort dans ce calcul. L'incidence financière de ces faiblesses n'est pas évaluée par l'Acoss.

⁹ 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 2024, le montant M était fixé à 26,4 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.

¹⁰ Contre 26,5 Md€ sur 34,2 Md€ à fin 2023.

¹¹ Les créances prescrites sont *de facto* dépréciées à 100 % (7,0 Md€ à fin 2024).

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 (81 % au 31 décembre 2024), alors qu'elles auraient dû l'être intégralement, leur recouvrement étant *de facto* fortement compromis.

3 - Les faiblesses du cadre général du contrôle interne

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

Le contrôle interne qui s'applique aux Urssaf et à l'Acoss¹² a notamment pour objet d'identifier, de cartographier et d'évaluer les risques pouvant affecter leurs activités (telles que la collecte et le recouvrement des prélèvements sociaux) et en réponse de mettre en face les actions nécessaires pour les maîtriser. Son pilotage continue de progresser en 2024, mais sa mise en œuvre incomplète limite le niveau d'assurance sur la fiabilité des montants inscrits dans les comptes. Par ailleurs, la réévaluation annuelle des risques progresse à nouveau dans sa conception, mais certains critères d'appréciation sur lesquels elle se fonde, insuffisamment précis et complets, sont toujours susceptibles d'affecter sa fiabilité.

Par ailleurs, les plans de contrôles mis en œuvre par les Urssaf pour couvrir les risques identifiés comportent toujours des fragilités, en l'absence d'une priorisation et d'une proportionnalité des contrôles en fonction de la criticité des risques et des enjeux financiers ou encore du faible nombre d'opérations contrôlées. En outre, leurs résultats font apparaître des anomalies ou des non-conformités récurrentes, alors même qu'ils ne reflètent qu'une partie des anomalies relevées par les Urssaf.

S'agissant des organismes situés Outre-mer, les actions pour améliorer le contrôle interne se poursuivent, mais les résultats reflètent toujours des faiblesses structurelles affectant la plupart de leurs processus.

b) Les indicateurs de risque financier résiduel

L'Acoss mesure annuellement la fréquence et la portée financière, d'une part, des erreurs déclaratives affectant les prélèvements sociaux déclarés par les cotisants par rapport à la réglementation applicable et,

¹² Articles D. 114-4-6 et suivants du code de la sécurité sociale.

d'autre part, de la fraude en se basant sur les résultats de contrôles sur pièces ou sur place et d'actions de lutte contre le travail illégal des Urssaf¹³. Malgré de nouveaux progrès, ces mesures ne reposent toujours pas en 2024 sur des données suffisamment complètes, ce qui limite les possibilités d'appréciation de l'efficacité du contrôle interne.

En effet, les mesures des erreurs déclaratives et de la fraude comportent des limites. Leur périmètre est encore incomplet (excluant une partie importante des travailleurs indépendants ou encore les cotisants situés Outre-mer s'agissant de la lutte contre le travail illégal). Les activités totalement dissimulées ne font pas l'objet d'une évaluation¹⁴. Par ailleurs, l'imprécision des hypothèses de calcul de la fraude ou des données relatives aux erreurs conduit à fragiliser le résultat de ces mesures. *In fine*, ces limites tendent à sous-évaluer leur montant. Enfin, la mesure des erreurs déclaratives ne permet pas d'évaluer de façon distincte les risques liés aux opérations internes des Urssaf.

Sous réserve de ces limites, la mesure des erreurs déclaratives affiche un risque résiduel de 2,6 Md€¹⁵ (estimé, pour les employeurs de salariés du secteur privé, à 1,3 Md€ net des restitutions de 0,5 Md€ contre 1,2 Md€ en 2023 et, pour les micro-entrepreneurs, à 1,3 Md€ contre 1,4 Md€ en 2023). La fraude, quant à elle, est estimée à 4,2 Md€ sur le seul champ des employeurs du secteur privé (4,4 Md€ en 2023).

S'agissant des opérations internes des Urssaf, le risque financier résiduel lié au recouvrement des créances sur les cotisants n'est pas encore pleinement mesuré. En outre, les résultats disponibles restent insuffisamment fiables.

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

L'Acoiss 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. Par ailleurs, la répartition entre les attributaires d'une part prépondérante des produits recouverts directement par l'Acoiss (117,3 Md€ sur 125,3 Md€ en 2024) est encore réalisée à l'aide d'outils bureautiques, ce qui expose à des risques d'erreurs.

¹³ Contrairement aux branches du régime général versant des prestations, ces mesures ne sont pas déterminées à partir du contrôle par l'Acoiss d'un échantillon représentatif de dossiers qui pourrait être audité par les rapporteurs.

¹⁴ Emploi de personnes et activité indépendante non connus des Urssaf.

¹⁵ Montant provisoire en raison du niveau partiel des résultats retenus pour son calcul (67 % en nombre) dont la remontée s'achève au 30 juin suivant l'exercice considéré.

Surtout, l'Acosse comptabilise dans ses comptes des produits de contributions, d'impôts et de taxes recouvrés par d'autres collecteurs que les Urssaf dont la fiabilité dépend de leur propre contrôle interne. Les montants de produits notifiés par les directions des ministères économiques et financiers (110,1 Md€ en 2024) restent affectés par des insuffisances du contrôle interne de l'État, de surcroît non évaluées.

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

Les exigences réglementaires en matière de protection des données ou encore de prévention des attaques informatiques restent partiellement satisfaites, en dépit des avancées en la matière. Par ailleurs, le plan de secours informatique qui permet à l'activité de recouvrement d'assurer l'exercice de ses missions en cas d'incident majeur affectant l'un de ses centres de données se renforce de façon notable, mais conserve des faiblesses susceptibles de limiter sa capacité à opérer un service optimal.

Le processus de remplacement ou d'évolution des systèmes d'information¹⁶ conserve quant à lui des faiblesses pouvant aboutir à leur régression fonctionnelle. Il ne dispose pas d'ailleurs de tous les indicateurs permettant de mesurer son efficacité. Malgré des progrès, l'outil de traçabilité des consultations par les agents de données personnelles (Empreintes), auxquelles ils ont accès dans le cadre de leurs fonctions, ne couvre toujours qu'une partie des applications informatiques utilisées dans les Urssaf. En outre, le suivi des droits d'accès, aux applications notamment, est encore imparfaitement assuré.

Enfin, la conséquence financière des incidents informatiques liés à l'interruption ou au dysfonctionnement d'un système d'information n'est pas systématiquement évaluée¹⁷. Le suivi des incidents en question, en nombre élevé pour ceux restant à traiter, est, pour une part, dépourvu d'indicateurs mesurant l'efficacité de leur traitement.

e) La couverture du risque de fraude

En ce qui concerne la fraude interne et externe par collusion (hors contrôle des cotisants, voir ci-après), les moyens dont disposent les Urssaf se renforcent mais ne permettent pas encore leur prévention et leur détection de façon suffisamment efficace. Par ailleurs, les fraudes détectées par les Urssaf et par les branches prestataires du régime général ne sont

¹⁶ Tels que les centres de données et les applications informatiques.

¹⁷ Article D. 114-4-13 du code de la sécurité sociale.

encore que très peu partagées entre ces organismes, ce qui limite la mise en place d'actions visant à les circonscrire. Enfin, l'évaluation financière des cas de fraudes n'est pas systématique.

4 - Les insuffisances du contrôle interne des activités des Urssaf liées au recouvrement des prélèvements sociaux

a) La gestion des données administratives des cotisants

Dans les Urssaf, la gestion des données administratives des cotisants (12,2 millions¹⁸ en 2024 dont 6,0 millions de travailleurs indépendants) reste assurée manuellement pour une part importante des opérations traitées (18 % en 2024). En outre, ces données alimentent plusieurs référentiels qui ne correspondent pas pleinement ni entre eux ni au référentiel de l'Insee, ce qui accentue les risques d'erreur, non évalués par l'Acoss.

Depuis 2023, les formalités de création, modification et cessation d'activité des cotisants, qui conditionnent le correct enchaînement des différentes phases du recouvrement, sont réalisées *via* le guichet des formalités des entreprises, géré par l'Institut national de la propriété industrielle (Inpi), et validées par des autorités compétentes¹⁹, avant transmission aux Urssaf. Cependant, certaines catégories de cotisants ne sont toujours pas soumises à cette validation, ce qui fait peser un risque particulièrement élevé sur la fiabilité de leurs données administratives. Cette situation est d'ailleurs à l'origine d'affiliations pour lesquelles l'intention du demandeur est frauduleuse.

Malgré des progrès, la gestion courante des coordonnées bancaires des cotisants dans les Urssaf conserve des limites. En effet, les rapprochements automatisés de ces données avec celles du fichier des comptes bancaires (Ficoba) ne ciblent pas l'ensemble des catégories de cotisants et restent, pour une part, à fiabiliser. En outre, les situations les plus à risque identifiées à ce titre en 2024 étaient, pour l'essentiel, non encore analysées en fin d'exercice.

¹⁸ Également 2,9 millions de particuliers employeurs.

¹⁹ Telles que les greffes des tribunaux de commerce.

b) Les prélèvements sociaux sur revenus d'activité

Les prélèvements sociaux sur revenus d'activité (environ 400 Md€ de produits en 2024) déclarés par les employeurs de salariés *via* la déclaration sociale nominative (DSN) font en particulier l'objet de contrôles automatisés dès la réception de la DSN par « Net entreprises »²⁰.

Malgré de nouveaux progrès, ces contrôles de cohérence et d'exactitude des données sociales individuelles par salarié et agrégées par établissement comportent toujours des limites tenant notamment à leur périmètre incomplet. En outre, la régularisation par les Urssaf des erreurs détectées et non corrigées par les cotisants n'est pas effectuée dans l'attente de la DSN de substitution²¹. L'incidence financière de ces insuffisances n'est pas évaluée par l'Acos.

Les études menées par l'Acos sur les DSN corrigées par les cotisants après la date limite de leur dépôt²² font toujours état d'un impact financier significatif : ces corrections rétroactives représentent 1,1 % du montant des déclarations initiales de 2023 (appréciées à fin 2024) comme pour celles de 2022 (appréciées à fin 2023), soit des incidences de 4,1 Md€ pour les périodes d'emploi de 2023 et de 3,2 Md€ pour celles de 2022. Par ailleurs, lorsque le cotisant corrige trop tardivement sa DSN, la non-application des pénalités et majorations²³ n'est toujours pas évaluée.

Enfin, le dispositif de gestion des prélèvements sociaux versés en trop par les cotisants (0,8 Md€ restant à fin 2024) et des remboursements opérés en leur faveur (0,9 Md€ en 2024) ne permet toujours pas de garantir de façon pleinement 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'Acos (31,6 Md€ en 2024).

Malgré des progrès, la fiabilité de ces prélèvements reste imparfaitement assurée en raison du périmètre incomplet des contrôles intégrés au dispositif de déclaration de ces revenus (Pasrau) et de l'absence de correction des anomalies détectées à cette occasion.

²⁰ Portail pour les démarches sociales que doivent effectuer les employeurs de salariés.

²¹ Le décret n° 2023-1384 du 29 décembre 2023 prévoit, notamment, les modalités de correction des DSN qui devraient être mises en place de façon progressive à compter de 2026 sur ce champ. La DSN corrigée se substituera à celle effectuée par l'employeur.

²² DSN dites de régularisation.

²³ Article R. 243-10 du code de la sécurité sociale.

Par ailleurs, les erreurs portant sur les revenus de remplacement versés par les branches du régime général ont toujours 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-10 et D-11) et vieillesse (cf. C-3), en particulier.

d) Les allègements et exonérations de prélèvements sociaux

La réduction générale de cotisations patronales (37,8 Md€ en 2024) permet une baisse des cotisations pour les employeurs de salariés dont le salaire est inférieur à 1,6 fois le Smic. Les données déclarées en DSN qui permettent le calcul de cette réduction restent incomplètes et insuffisamment fiabilisées par les contrôles automatisés dont l'efficacité n'est pas mesurée. Cela affecte *de facto* les compensations versées par l'Acosse à l'Agirc-Arrco (7,2 Md€ en 2024) et à l'Unedic (2,3 Md€ en 2024) au titre de cette réduction.

Les autres allègements généraux portent sur les cotisations maladie et famille (25,5 Md€ et 9,1 Md€ en 2024)²⁴ pour les employeurs de salariés dont le salaire en 2024 est respectivement inférieur à 2,5 et 3,5 fois la valeur du Smic au 31 décembre 2023. Ils sont également insuffisamment fiabilisés en l'absence de contrôles pour s'assurer que les conditions pour en bénéficier sont bien respectées.

En conséquence, il existe un risque que les employeurs bénéficient à tort, dans une mesure indéterminée, de ces allègements, diminuant d'autant les montants de cotisations sociales déclarées.

S'agissant des exonérations de cotisations ciblées en faveur de certains cotisants, secteurs économiques ou territoires (6,4 Md€ pris en charge par l'État en 2024), la suspension des traitements informatiques limite toujours la mise en œuvre des contrôles prévus. Par ailleurs, l'évaluation financière de l'efficacité des contrôles automatisés déployés pour fiabiliser le montant de certaines exonérations n'est pas encore réalisée. Cela affecte la fiabilité des exonérations déclarées et compensées par le budget de l'État.

²⁴ Montants évalués par l'Acosse, ces allègements n'apparaissant pas dans les DSN et n'étant pas retracés dans les comptes.

e) Le contrôle des cotisants

Le contrôle des cotisants par les Urssaf consiste d'une part à vérifier sur place ou sur pièces la fiabilité de leurs déclarations sociales et d'autre part à mener des actions de lutte contre le travail illégal (LCTI). Les régularisations de prélèvements sociaux qui en découlent, très souvent en défaveur des cotisants, ont atteint 2,5 Md€²⁵ en 2024 (2,0 Md€ en 2023). Malgré des progrès, certaines catégories de cotisants n'y sont pas soumises (représentant 24,8 Md€ de prélèvements sociaux en 2024) ou le sont encore insuffisamment pour les travailleurs indépendants (30,6 Md€).

Les moyens mis en œuvre par les Urssaf pour prévenir et détecter les situations à risque de fraudes (comme la dissimulation d'activité) restent limités, malgré un renforcement des effectifs de contrôle. En outre, les nouvelles démarches administratives de liquidation ou de dissolution de sociétés²⁶ visant à répondre aux situations où le cotisant organise son insolvabilité ne sont pas encore exploitées par les Urssaf en 2024. 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 évolution²⁷. 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.

Les outils informatiques des Urssaf ne permettent toujours pas de suivre de façon efficace 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 très faible (7,8 %)²⁸, contrairement à celui des créances issues des contrôles sur pièces ou sur place (68,4 %).

f) Le recouvrement amiable et forcé des créances sur les cotisants

Le recouvrement des créances dues par les cotisants (25,1 Md€ à fin 2024²⁹, contre 26,3 Md€ en 2023) est réalisé par les Urssaf à l'aide de procédures de recouvrement amiables comme la mise en demeure et, à défaut de règlement, de procédures forcées comme la contrainte signifiée

²⁵ Dont 1,6 Md€ pour les actions de LCTI, contre 1,2 Md€ en 2023.

²⁶ Décret n°2024-751 du 7 juillet 2024 entré en vigueur le 1^{er} octobre 2024.

²⁷ L'article 6 de la LFSS 2024 a prévu un nouveau dispositif de déclaration et de paiement qui doit être mis en œuvre à compter de 2027.

²⁸ Moyenne des taux de recouvrement à cinq ans des créances nées entre 2012 et 2020.

²⁹ Dont 7,4 Md€ sur le champ des travailleurs indépendants, et hors celles prescrites.

par un commissaire de justice. Le défaut ou le retard de mise en place de ces procédures peut toujours aboutir au non-recouvrement et à la prescription des créances. En effet, les procédures intégrées dans le système d'information des Urssaf (SNV2) sont insuffisamment adaptées au secteur d'activité du cotisant et aux différents profils de débiteurs.

Les contrôles des Urssaf ne compensent toujours qu'imparfaitement ces insuffisances, en particulier pour les créances nées avant la crise sanitaire (4,0 Md€ à fin 2024). Certains organismes du réseau affichent d'ailleurs des montants de créances restant à recouvrer particulièrement élevés (3,0 Md€ pour ceux situés Outre-mer) et, dans une moindre mesure, ont encore accordé des délais de paiement aux cotisants non prévus par la réglementation.

Par ailleurs, la prévention de la prescription des créances et la correcte identification de celles prescrites restent perfectibles, en raison d'un manque de couverture des contrôles et d'un suivi insuffisant de ces créances par les Urssaf. S'agissant des créances pouvant être frappées de prescription en 2024, le plan d'actions annuel ne comprend qu'une partie des créances à risque identifiées par l'Acoss (0,4 Md€, après 1,3 Md€ en 2023). Cependant, les créances non sécurisées par une procédure de recouvrement baissent fortement en 2024 pour atteindre environ 0,1 Md€³⁰ de pertes contre 0,4 Md€ en 2023.

Enfin, compte tenu de leurs modalités de détection, il n'est toujours pas assuré que le recouvrement des créances susceptibles d'être admises en non-valeur soit exhaustif ce qui a pour effet de reporter leur constatation sur le ou les exercices suivants.

g) La répartition des produits de prélèvements sociaux entre les organismes attributaires

Les Urssaf sont chargées de répartir les produits de prélèvements sociaux (487,5 Md€ en 2024) entre les différents organismes attributaires pour financer leurs missions, ainsi que les charges et les encaissements (et ce faisant les créances). Cette répartition entre ces organismes est réalisée par le biais de traitements informatiques, dont l'audit spécifique réalisé par la Cour en 2024 n'a pas conduit à détecter d'anomalies significatives sur le champ testé mais a encore relevé des fragilités susceptibles d'affecter son correct fonctionnement.

³⁰ Dont près de la moitié concernant des cotisants situés outre-mer, comme en 2023.

Malgré les études de corroboration pertinentes de l'Acoss, l'absence de requêtes disponibles pour auditer directement la correcte répartition à partir des données détaillées par compte cotisant détenues par l'Acoss limite toujours les tests réalisés par la Cour.

5 - L'insuffisante couverture des risques propres aux prélèvements sociaux des travailleurs indépendants

a) La régularisation annuelle des prélèvements sociaux

La déclaration des revenus des artisans, commerçants et professions libérales permet aux Urssaf de calculer au titre de l'année précédente le solde au titre des revenus (2023) des cotisations dues par ces cotisants (2,9 Md€ à fin 2024) ou celui en leur faveur (1,9 Md€) et d'ajuster les cotisations provisionnelles de l'année en cours.

Cette déclaration fait l'objet de contrôles automatisés dès sa réception par la direction générale des finances publiques. En revanche, la correction par les cotisants des erreurs probables, détectées et signalées à l'occasion de ces contrôles n'est pas systématique et ses effets ne sont que partiellement mesurés, ce qui limite le niveau d'assurance sur la fiabilité des soldes calculés et ajustés de cotisations.

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 2024, les appels de prélèvements sociaux en taxation d'office continuent de décroître mais se maintiennent à un niveau encore élevé de 1,0 Md€ (après 1,1 Md€ en 2023).

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 des cotisants concernés. Les créances constituées de taxation d'office sont dépréciées, mais restent souvent plus qu'incertaines. Malgré l'annulation chaque année de montants significatifs de créances correspondant à ces taxations (0,3 Md€ en 2024, comme en 2023), dans le cadre d'un plan de radiation des comptes de cotisants identifiés par l'Acoss, les créances non régularisées atteignaient encore 3,3 Md€³¹ à fin 2024, dont 0,4 Md€ pour celles portant sur plusieurs exercices (0,5 Md€ à fin 2023).

³¹ Soit plus du quart du montant total des créances sur les travailleurs indépendants (12,6 Md€), dont celles prescrites.

*c) La prise en charge de cotisations des praticiens
et auxiliaires médicaux conventionnés*

Les praticiens et auxiliaires médicaux relevant du secteur ¹³² bénéficient d'une prise en charge partielle par l'assurance maladie de leurs cotisations maladie et, pour une part d'entre eux, de leurs cotisations famille (1,6 Md€ au total en 2024), proportionnelle à la part d'actes conventionnés qu'ils réalisent. Malgré des évolutions favorables sur l'exercice, la fiabilité des données administratives de cette catégorie de cotisants intégrées au système d'information des Urssaf (SNV2) n'est toujours pas totalement garantie en raison d'une cohérence insuffisante avec celles détenues par l'assurance maladie.

**6 - 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 ou Cesu (2,8 Md€ de prélèvements sociaux en 2024) et l'offre de service Pajemploi (3,9 Md€ en 2024) destinée à simplifier les formalités administratives pour les parents employeurs qui ont recours à un assistant maternel agréé ou à une garde d'enfants à domicile. Deux Urssaf assurent la gestion de ces dispositifs et procèdent au recouvrement des cotisations applicables.

S'agissant de Pajemploi, les contrôles effectués sur la validité des agréments des assistants maternels³³ progressent mais ne couvrent pas suffisamment le risque de versement à tort du complément de libre choix du mode de garde (CMG), finançant une partie des dépenses liées à la garde d'enfant de moins de 6 ans.

Le dispositif de lutte contre la fraude se renforce en 2024, notamment sur le champ du dispositif d'avance immédiate de crédit d'impôt (AICI)³⁴ géré par le centre national Cesu. Toutefois, le travail d'évaluation de la fraude potentielle n'a, quant à lui, toujours pas été engagé par les deux centres gérant ces dispositifs.

³² Lorsqu'ils appliquent les tarifs de la convention entre l'assurance maladie et les représentants des praticiens.

³³ Cet agrément est prévu à l'article L. 421-3 du code de l'action sociale et des familles.

³⁴ 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’Acos

A - Opinion de la Cour

En application des dispositions de l’article LO. 132-2-1 du code des juridictions financières, la Cour a effectué l’audit des comptes de l’Acos pour l’exercice clos le 31 décembre 2024, arrêtés le 7 avril 2025 par le directeur et la directrice comptable et financière.

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

B - Fondements de l’opinion de la Cour

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

- défaut persistant de rattachement de produits à l’exercice (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-3) ;
 - des insuffisances du contrôle interne des activités des Urssaf liées au recouvrement des prélèvements sociaux (D-4) ;
 - une insuffisante couverture de risques propres aux prélèvements sociaux des travailleurs indépendants (D-5).

Opinion de la Cour sur les comptes de la branche maladie de l'exercice 2024

La branche maladie assure le service des prestations d'assurance maladie, maternité, paternité³⁵, invalidité et décès dont bénéficient 65 millions d'assurés du régime général³⁶ ainsi que les 8,5 millions d'assurés des autres régimes obligatoires de base financièrement intégrés³⁷.

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.

³⁵ Les prestations paternité et maternité post-natales et adoption sont gérées pour le compte de la branche famille et financées par elle (2,5 Md€).

³⁶ Selon les données au 1^{er} janvier 2024 du répertoire national inter-régimes des bénéficiaires de l'assurance maladie (RNIAM).

³⁷ Principalement, la MSA, la MGEN, la CNMSS, la CRPSNCF, la CRPCEN, la RATP, les Mines, la Cavimac, l'Enim.

Au total, les charges de la branche maladie pour l'exercice 2024 ont atteint 251 Md€, soit près de la moitié des charges du régime général, contre 242,8 Md€ en 2023. Au titre de l'exercice 2024, la branche maladie a notamment comptabilisé 215,1 Md€ de charges de prestations légales et a dégagé un résultat déficitaire de 13,8 Md€, après un déficit de 11,1 Md€ en 2023.

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 2024, arrêtés le 7 avril 2025 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 2024, appréciés et évalués en fonction des règles de droit en vigueur à cette date³⁸.

B - Fondements de l'opinion de la Cour

La Cour constate que les comptes de la branche maladie de l'exercice 2024 sont affectés par trois anomalies significatives.

Dans onze 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

³⁸ 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).

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 de ses principaux tiers, les professionnels de santé, les établissements et les assurés.

C - Anomalies significatives

1 - Le maintien dans les comptes de dettes prescrites

La branche maladie conserve à son passif une dette de 0,8 Md€ envers certains hôpitaux publics au titre de l'article 58 du décret du 11 août 1983³⁹. Cette dette, non honorée et non exigible, dont l'ancienneté est supérieure aux délais de prescription⁴⁰ ne devrait plus figurer au bilan, ce qui doit amener la Cnam à corriger cette situation.

2 - Des produits et des charges non rattachés à l'exercice

a) Une part des impôts et taxes affectés n'est pas enregistrée en droits constatés

Une part des impôts et taxes affectés (0,5 Md€), des dépréciations correspondantes (0,4 Md€) ainsi que des provisions pour risques (0,2 Md€), ne peut être ni comptabilisée ni notifiée par l'Acos à la Cnam sur le correct exercice. Il est renvoyé sur ce point à l'opinion de la Cour sur les comptes de l'activité de recouvrement (cf. C- 1).

b) Les séjours hospitaliers en cours au 31 décembre ne sont pas provisionnés

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.

³⁹ Voir Cour des comptes, *rapport de certification des comptes 2023 du régime général*, mai 2024.

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).

3 - Des enregistrements contraires au principe de prudence

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 2024 au titre des recours contre tiers⁴¹ (1 Md€) ne présentent pas toujours ce caractère. La Cnam estime en effet à 230 M€ les produits inscrits à fin 2024 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. Elles procèdent de la prise en charge de prestations facturées directement à l'assurance maladie, sans l'intervention d'un contrôle s'assurant de la conformité de la feuille de soins et, s'il y a lieu, de la prescription⁴².

Parmi les causes de ces absences, le suivi de la pièce n'est pas effectif pour l'ensemble des prestations prescrites, notamment lorsque le professionnel qui réalise la prestation n'exerce pas dans le ressort de la Cnam de rattachement de l'assuré. De surcroît, les contrôles réalisés dans les Cnam sont très insuffisants pour garantir l'exhaustivité, la qualité et la conformité des pièces.

Les diligences conduites en 2024 permettent à la Cour d'estimer à 1,6 Md€⁴³ le montant de prestations dont la pièce justificative n'est toujours pas produite par la Cnam plus de six mois après facturation⁴⁴

⁴¹ 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.

⁴² Exigées par le code de la sécurité sociale, article R. 161-40.

⁴³ Extrapolation selon la méthode de calcul de l'indicateur de risque financier résiduel des prestations en nature (voir *infra* D-8), après écart de deux dossiers considérés comme atypiques par leur montant élevé, un intervalle de confiance compris entre 0,5 Md€ et 3,2 Md€ et une probabilité de 95 %, compte tenu de la taille de l'échantillon.

⁴⁴ Dans le cadre des contrôles croisés entre Cnam réalisés sur un échantillon de 36 000 dossiers, 6 % des pièces justificatives de la prise en charge des prestations en nature ont fait défaut en 2024, après 8 % en 2023. La recherche proactive des pièces par la Cnam sur la base d'un échantillon de 2 120 dossiers a permis de réduire ce taux à 1,8 %.

(contre 3,8 Md€ en 2023 dans un délai de plus de trois mois après facturation⁴⁵). Cette absence expose la branche à une prise en charge induite de dépenses non justifiées et à l'absence de notification des indus subséquents.

2 - Les incertitudes affectant les estimations comptables.

a) Les produits à recevoir de remises des entreprises pharmaceutiques

Il est renvoyé sur ce point à la motivation de l'opinion formulée par la Cour sur les comptes de l'activité de recouvrement (cf. D-2).

b) Les incertitudes affectant l'estimation des provisions pour risques liés à des litiges avec les cotisants

Il est renvoyé sur ce point à la motivation de l'opinion formulée par la Cour sur les comptes de l'activité de recouvrement (cf. D-1).

3 - Les insuffisances de justification des états financiers

La procédure de confirmation, entre la Cnam et la Caisse de sécurité sociale de Mayotte, des montants qu'elles enregistrent dans leurs comptes au titre des opérations réciproques (595,5 M€) présente un écart de 479,7 M€ qui, à défaut de disponibilité de la Caisse de sécurité sociale de Mayotte pour des opérations de vérification, n'a pu être analysé⁴⁶.

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.

⁴⁵ Voir rapport de certification des comptes 2023 du régime général, mai 2024.

⁴⁶ Dans l'attente de l'intégration financière de la Caisse de sécurité sociale de Mayotte au régime général, les comptes de la branche maladie intègrent le solde des opérations de cette caisse pour l'exercice. De surcroît, une dotation d'équilibre à cette caisse de 351,4 M€ en 2024 figure dans les comptes de la branche.

Sur le champ des hôpitaux privés lucratifs, les montants estimés (1,5 Md€ au total dont 0,5 Md€ de provisions) au titre des dotations et de l'activité de la fin de l'année, reposent toujours sur des données insuffisamment fiabilisées et qui ne sont pas rapprochées des montants comptabilisés. Par ailleurs, la Cnam ne sera pas en mesure d'effectuer des contrôles sur la sécurisation modulée à l'activité⁴⁷ (165 M€ estimés en 2024 et 188 M€ en 2023).

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 10,1 Md€ de charges à payer et 0,2 M€ de provisions). Par ailleurs, la fiabilité de la charge à payer hospitalière au titre de l'exercice 2024 s'est dégradée. En effet, le dénouement *ex post* de l'estimation 2023 sur 2024 fait apparaître une sous-évaluation pour un montant net de 111 M€.

*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 2024) est imparfaitement assurée, du fait de l'insuffisante détection des cas, dont les sources sont inégalement exploitées, et de l'identification lacunaire des débours à notifier aux tiers responsables ou à leurs assureurs.

Les créances liées aux recours contre tiers (1,5 Md€) font l'objet d'un très fort taux de dépréciations (1,2 Md€). L'analyse, réalisée pour la première fois en 2024, des montants non recouvrés en 2023 n'éclaire pas sur les causes d'un tel niveau de dépréciations, car elle ne s'est pas appuyée sur une typologie des dossiers (nombre et ancienneté).

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. Notamment, le Centre national des soins à l'étranger (CNSE) annule dans ses comptes des dettes qu'il conteste

⁴⁷ Instauré en 2023, ce dispositif vise à poursuivre la sécurisation des recettes des établissements après la crise sanitaire, pendant laquelle les hôpitaux avaient bénéficié d'une garantie en cas de baisse des recettes d'activité.

(73 M€) sans attendre la validation des organismes étrangers. Le résultat des demandes de confirmation de dettes et créances auprès des organismes étrangers n'apporte qu'une assurance partielle.

Le pilotage de l'activité, rendu complexe par la multiplicité des accords bilatéraux et européens, pâtit du maintien en parallèle de l'ancien et du nouvel outil de gestion déployé depuis 2020. L'arrêt de maintenance de l'ancien outil expose à un risque de perte d'historique.

En raison de leur couverture fragmentaire du risque, les contrôles effectués par le CNSE sur les relevés de créances internationales révèlent un taux élevé d'anomalies financières. Le circuit de recouvrement par les Cnam des indus en cas de facturation à tort à des pays tiers n'est que partiellement sécurisé.

Les résultats du dénouement⁴⁸ des provisions et charges à payer au titre de l'exercice 2023 ne sont pas concluants et ne permettent pas de garantir la fiabilité des estimations établies. Cette incertitude concerne tant l'estimation du montant des soins à rembourser (1,4 Md€) que la détermination des charges à payer (135 M€).

5 - La constatation et le recouvrement des indus sur prestations

Le montant constaté des indus pour erreur ou pour fraude est minoré au détriment de l'assurance maladie. En effet, les indus sont constatés au mieux sur deux années d'antériorité, alors que l'action se prescrit par vingt ans en cas de fraude affectant une prestation en espèce et par trois ans pour les prestations en nature. Par ailleurs, l'effectivité du recouvrement est altérée par la durée des procédures, en particulier pénales. Les indus pour fraude sont recouvrés en moyenne à 53 % cinq ans après leur constatation, contre 99 % pour les autres indus.

Par ailleurs, les modalités de recouvrement par les caisses du réseau, notamment l'échelonnement ou encore les retenues sur versements ne sont pas toujours conformes aux exigences réglementaires.

Dans l'attente du déploiement complet du nouvel outil de gestion des créances, l'hétérogénéité des outils actuels, leurs limites, voire leur absence dans certaines caisses, induisent des risques de prescription des créances avant leur traitement. Le calcul des provisions pour dépréciation des créances est affecté d'incertitudes du fait des insuffisances des révisions annuelles de créances.

⁴⁸ Seuls 53,8 M€ des 104,7 M€ de charges à payer enregistrées en 2023 l'ont été 2024. Seuls 468 M€ des 1,3 Md€ de provisions 2023 ont été dénoués en 2024. Environ 500 M€ de provisions n'ont pas été dénoués en raison de l'absence de publication par l'UE des coûts moyens permettant aux organismes de valoriser les dossiers.

Les soldes des opérations relatives aux créances sont affectés d'incertitudes. Le décalage entre l'enregistrement des écritures dans l'applicatif spécifique et leur déversement en comptabilité générale ne permet pas d'assurer le correct rattachement à l'exercice comptable. L'incidence sur les comptes 2024 n'a pu être appréciée faute de transmission par la Cnam des données nécessaires.

6 - Les faiblesses du cadre général du contrôle interne

a) Le dispositif national de contrôle interne

Rénové en 2023, le dispositif de contrôle interne de la Cnam ne satisfait toujours pas pleinement aux exigences du décret du 30 septembre 2022, en l'absence de plan de contrôle unifié, intégrant l'ensemble des contrôles des services de l'ordonnateur, du comptable et du service médical. Il ne prévoit pas non plus suffisamment l'adaptation des plans de contrôle en fonction des résultats obtenus. Le tableau de bord du contrôle interne au 30 juin liste des indicateurs sans leur associer de criticité selon une matrice d'analyse des risques. 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 des limites des outils mis à la disposition des caisses.

Par ailleurs, contrairement aux normes visant à assurer son indépendance⁴⁹, l'audit interne n'est pas directement rattaché à la direction générale.

Malgré l'importance des risques d'erreur, l'efficacité des contrôles, de toute nature, appliqués au règlement des dotations des établissements et services médicaux-sociaux (ESMS) pour le compte de la branche autonomie n'est pas évaluée au travers d'un indicateur spécifique de risque financier, établi à partir des résultats du contrôle *a posteriori*.

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

Le nombre d'attaques informatiques visant la Cnam reste élevé en 2024. Les exigences réglementaires en matière de protection des données ou encore de sécurité des systèmes d'information⁵⁰ ne sont que partiellement satisfaites.

⁴⁹ L'article D. 114-4-9 du code de la sécurité sociale prévoit que « les auditeurs exécutent leur mission et rendent compte de ses résultats en toute indépendance ».

⁵⁰ 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 ; exigences relatives à la désignation de la Cnam en tant qu'opérateur de services essentiels (OSE) en septembre 2019.

La gestion des évolutions informatiques présente certaines faiblesses, en particulier dans la documentation des spécifications, l'automatisation des tests lors de la phase de recette des développements informatiques et l'absence persistante d'indicateurs de performance.

Dans l'outil de gestion des habilitations, le module de validation des demandes n'est toujours pas opposable à l'ensemble du réseau. La refonte des profils applicatifs métier, essentielle pour la sécurité des habilitations, reste à mettre en œuvre.

La Cnam a mis place un plan de secours informatique pour garantir ses missions en cas d'incident majeur affectant un centre de données. Cependant, des faiblesses pourraient limiter l'efficacité du service.

c) La portée de la lutte contre les fraudes

L'estimation triennale du montant des fraudes n'est pas complète pour le premier cycle 2022-2024. Notamment, aucune évaluation n'a encore été produite sur le champ des indemnités journalières pour arrêt de travail. Par ailleurs, les catégories de prestations évaluées ne représentent que 44 % des dépenses de la branche, même en mettant de côté les établissements financés par dotation⁵¹. Le cumul des préjudices estimés, entre 1,4 et 1,9 Md€ par an, est fondé sur des données de dépense anciennes (2018 et 2019). Fin 2024, la Cnam a lancé un nouveau cycle d'évaluation à partir des contrôles réalisés sur les dépenses de 2022, sur le champ des hospitalisations à domicile, des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) et des services médico-sociaux à domicile (Ssiad et Spasad).

La détection de la fraude par l'assurance maladie progresse de 35 % par rapport à 2023, atteignant 628 M€. Ce résultat comprend une part de préjudices évités pour 365 M€, calculés selon des consignes nationales. Le préjudice subi qui seul peut donner lieu à notifications d'indus après détection augmente de 23 % et s'établit à 263 M€. La fraude détectée représente ainsi 0,3 % du montant des prestations versées et 33 % de la fraude estimée.

⁵¹ Le champ d'évaluation ne couvre pas les centres de santé dentaires ou d'audioprothèses, les consommations de soins d'assurés bénéficiaires de la PUMa, les indemnités journalières pour arrêt ou accident du travail, la chirurgie plastique et réparatrice, les orthoptistes, les orthophonistes, les pédicures podologues, les sages-femmes, les séjours hospitaliers tarifés à l'activité, les séjours tarifés à la journée par les établissements (soins médicaux de réadaptation, unités de soins de longue durée) et leur facturation associée de matériels.

Des outils informatiques ont été mis à la disposition des caisses en 2024 pour faciliter la détection des actes frauduleux et pour automatiser le calcul des indus. Ils uniformisent le traitement par les pôles de lutte contre la fraude mais sont pour le moment limités à trois professions de santé pour l'aide à l'investigation⁵².

7 - Les anomalies affectant la gestion des bénéficiaires

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

La protection maladie universelle garantit la prise en charge des soins pour toute personne résidant de façon régulière et stable sur le territoire⁵³. En 2020, la comparaison du nombre de personnes bénéficiant de droits ouverts au répertoire national inter-régimes des bénéficiaires de l'assurance maladie (Rniam) avec le nombre de résidents recensés par l'Insee avait mis en évidence, après retraitement des bénéficiaires résidant à l'étranger et des résidents couverts par un régime étranger, un écart résiduel d'environ 2,4 millions de personnes. Après la formulation de plusieurs hypothèses de travail par la Cnam en 2021, l'analyse de l'écart n'a pas été renouvelée par ses soins depuis lors. Un écart de même importance persiste en 2024.

La comparaison des chiffres régionaux des assurés au Rniam, en incluant les mutuelles délégataires et les régimes spéciaux, met en évidence de fortes disparités : l'Île-de-France (+ 1,1 million) et la région PACA (+ 0,5 million) concentrent des surnombres proches de 10 % des assurés, tandis que la région Grand Est, la Corse et l'Outre-mer semblent présenter un peu moins d'assurés que de résidents. Les causes des écarts se répartissent entre les imperfections de mesure de l'Insee⁵⁴ et les délais et défauts de contrôle et d'application du droit par la Cnam. Les actions de contrôle réalisées en 2024 ont abouti à 239 000 fermetures de droits⁵⁵.

⁵² En outre, un outil permettant de surveiller mensuellement les évolutions atypiques des remboursements de 14 catégories de prestations a été déployé au 1^{er} trimestre 2024.

⁵³ Plus de six mois par an, depuis au moins trois mois.

⁵⁴ Le coefficient de variation médian (écart du recensement à la réalité) retenu par l'Insee à l'échelle des régions est de 0,04 %, soit à l'échelle nationale moins de 30 000 personnes.

⁵⁵ Après 300 000 en 2021, 198 000 en 2022, 270 000 en 2023. Ces fermetures, qui constituent, six mois à deux ans et demi après le fait générateur, le mode ordinaire de clôture des droits des personnes dont le séjour régulier et stable en France a pris fin, doivent être mises en regard des ouvertures de droits afin d'en déterminer l'effet sur l'effectif total, analyse que ne produit pas la Cnam.

Une part de la difficulté à dénombrer les 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 assurés⁵⁶. La Cnam en a engagé la refonte, à travers la création d'un gisement de référence des données des individus (GRDI) dont un premier jalon a été réalisé en 2024, mais dont les fonctionnalités en matière de gestion des droits ne seraient conçues qu'après 2028⁵⁷. De plus, les bases actuellement utilisées ne sont pas adéquatement synchronisées avec les flux des partenaires externes (Cnav, Cnaf, Dgfiip ou encore France Travail) ou ne disposent pas de clé unique permettant d'indexer les personnes physiques, ce qui laisse subsister des situations d'irrégularité non détectées⁵⁸.

Les indus comptabilisés au titre de la PUMa ne s'élèvent qu'à 1 M€ en 2024 après 6,1 M€ en 2023. Ce montant apparaît sous-estimé au regard des près de 100 000 fermetures de droits de bénéficiaires « consommateurs » à la suite des contrôles. De surcroît, les fermetures de droits pour irrégularité du séjour doivent également conduire à la notification d'indus⁵⁹, ainsi que celles qui résultent de la non-certification d'une identité⁶⁰, ce qui n'est pas réalisé par la Cnam. Il en résulte un défaut d'exhaustivité des créances comptabilisées dans les comptes 2024⁶¹.

b) Les affections de longue durée

Les dépenses au profit des assurés auxquels l'assurance maladie a reconnu une affection de longue durée (ALD) représentent 60 % des prises en charge de frais de santé (112 Md€). L'exonération du ticket modérateur ouverte par cette reconnaissance⁶² représente 11 Md€. L'usage des téléservices pour le dépôt et l'instruction des demandes reste insuffisant.

⁵⁶ La pluralité des bases engendre des désynchronisations partiellement compensées par des opérations de redressement postérieures.

⁵⁷ Dans la période couverte par la prochaine convention d'objectifs et de gestion.

⁵⁸ Les rapprochements réalisés avec les fichiers d'autres administrations se révèlent incomplets. Les personnes indemnisées par France Travail 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 l'application de gestion des dossiers des ressortissants étrangers en France (AGDREF).

⁵⁹ Décret n° 2023-311 du 25 avril 2023 relatif à la fermeture des droits à la protection universelle maladie et aux conséquences sur le service des prestations.

⁶⁰ Article L. 114-12-3-1 du code de la sécurité sociale.

⁶¹ L'ordre de grandeur des indus à la PUMa est estimé à plus de 60 M€ par la Cour, sur la base du nombre de droits fermés en 2024 à des personnes ayant consommé des soins.

⁶² Pour les dépenses liées à l'affection reconnue.

L'effectivité des contrôles des demandes et des renouvellements d'ALD n'est pas suivie par tous les échelons locaux du service médical. Par ailleurs, de nombreux assurés sont toujours, irrégulièrement, reconnus en ALD sans limitation de durée (440 500) ou pour une durée supérieure à dix ans (48 000)⁶³. L'examen de ces situations n'a toujours pas été entrepris, de même que l'estimation des charges en résultant. Dans l'attente d'évolutions informatiques, de nombreuses données portant sur la justification des droits restent incohérentes entre les applications informatiques des Cnam et celles du contrôle médical.

c) La complémentaire santé solidaire

Afin de sécuriser ce droit exposé à la fraude (estimée par la Cnam entre 1 et 9 %), le contrôle du respect des conditions de ressources prévues pour l'attribution de la complémentaire santé solidaire s'appuie sur les données du dispositif ressources mensuelles (DRM), utilisées pour préremplir la demande dématérialisée ou contrôler les demandes faites hors ligne (45 %). Toutefois, le risque d'inexactitude des données du DRM n'est pas mesuré ni suffisamment prévenu⁶⁴.

En cas d'interruption du droit, aucune incidence financière n'est calculée, et la récupération des indus est insuffisamment organisée.

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

Le montant facturé par l'assurance maladie à l'État au titre de l'aide médicale de l'État est affecté d'incertitudes. 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, de l'irrégularité du séjour, de la condition de ressources 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 d'y remédier, la consultation par les consulats des visas délivrés dans l'espace Schengen n'a pas été organisée.

L'outil informatique d'attribution de l'AME présente des faiblesses dont la résolution est planifiée en 2025. Les erreurs d'attribution ne donnent pas lieu à notification ni à fermeture du droit. En cas d'incidence

⁶³ Chiffres à fin août 2024.

⁶⁴ Les revenus d'activité du DRM proviennent de la déclaration sociale nominative (DSN). Voir l'opinion sur les comptes de l'activité de recouvrement, D-4 b).

financière, aucun indu n'est notifié. Prévu par la loi de finances pour 2020, le délai de carence de neuf mois nécessaire à l'accès à des soins programmés n'est pas contrôlé et ne le serait qu'à compter du second semestre 2025.

8 - 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 (106,7 Md€⁶⁵) correspondent, pour l'essentiel, aux soins réalisés par les professionnels libéraux de santé conventionnés et par une partie des établissements de santé⁶⁶.

a) Les contrôles des facturations de frais de santé

En 2024, un quart des prestations sont remboursées sans la sécurisation que représente la présentation conjointe de la carte Vitale de l'assuré et de la carte du professionnel de santé. Cela inclut les actes de télésanté (337 M€ de remboursements en 2024), dont la Cnam ne contrôle pas le respect des conditions de prise en charge. En outre, la facturation en ligne proposée aux transporteurs sanitaires, qui intègre des contrôles *a priori* dès le poste de travail du professionnel de santé, n'a représenté que 34 % de leur flux au cours du 1^{er} semestre 2024.

Les contrôles automatisés ne prémunissent que partiellement contre les prises en charge indues, telles que le non-respect des règles ou la non-conformité aux prescriptions médicales. Le déploiement en cours du moteur de liquidation *Météore*⁶⁷, pour les dépenses de pharmacie, ne donne pas encore de résultats pleinement auditables, en raison de l'absence d'un suivi documentaire des évolutions par rapport à l'outil précédent⁶⁸. En outre, l'allègement des contrôles, mis en place avec la garantie de paiement des professionnels pratiquant le tiers payant, peut entraîner des indus qui ne sont pas récupérés auprès des assurés.

⁶⁵ Y compris la mutuelle délégataire du régime général (5,2 Md€).

⁶⁶ 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.

⁶⁷ Réalisé dans la moitié des Cnam à fin 2024.

⁶⁸ Voir en 7-b) les risques relatifs aux systèmes d'information.

Alors que la mesure de fréquence des erreurs résiduelles s'est établie à 7,18 % des facturations en 2024 (contre 8,3 % en 2023), les contrôles *a posteriori* restent peu nombreux (0,1 % des liquidations).

b) Le recouvrement des créances de participations forfaitaires et de franchises

La reprise du recouvrement des créances de participations forfaitaires et de franchises (1,5 Md€ à fin décembre 2024), 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 0,9 Md€ au 31 décembre 2024 (dont 122 M€ de dotations sur l'exercice).

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

L'envoi de la feuille de soins signée par l'assuré est exigé en cas de facturation sans la présence de la carte Vitale, sauf dans certains cas limitativement énumérés. Néanmoins, la plupart des feuilles de soins transmises sont cochées en impossibilité de signer, ce qui n'authentifie pas la réalité des soins.

La dématérialisation des prescriptions est indispensable pour automatiser les contrôles *a priori* de conformité des facturations dans les systèmes d'information de l'assurance maladie ou des professionnels de santé. Or, le taux de création et d'exécution des prescriptions dématérialisées par les professionnels de santé reste marginal en dépit de la généralisation de la prescription dématérialisée pour tous les professionnels de santé au plus tard le 31 décembre 2024⁶⁹. Cette absence de rapprochement *a priori* n'est pas compensée par les contrôles *a posteriori* des facturations au vu des ordonnances, qui portent sur un nombre minime de facturations.

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 prescrire un médicament générique n'est pas couvert par les contrôles automatisés *a priori* et ne fait pas l'objet de contrôles *a posteriori*.

Les facturations de prestations soumises à accord préalable et pour lesquelles cet accord n'a pas été demandé, ainsi que les facturations correspondant à des demandes refusées ou qui dépassent les plafonds de

⁶⁹ Ordonnance du 18 novembre 2020 et décret n° 2023-1222 du 20 décembre 2023.

prise en charge, ne sont pas bloquées par des contrôles automatisés. En outre, le flux traité par le service médical restant inférieur à celui des demandes, le nombre d'accords implicites par silence de l'administration reste important. Enfin, l'exigence de fourniture des données kilométriques dans les facturations des taxis n'est pas suffisamment assurée. De ce fait, l'assurance maladie peut régler des dépenses injustifiées.

*d) 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 des erreurs affectant les prises en charge des prestations en nature par l'assurance maladie, en réitérant les opérations de contrôle d'un échantillon de dossiers. Les prestations concernées par cet indicateur s'élèvent à 101,5 Md€ dans les comptes 2024⁷⁰ ; en sont exclus les séjours en hôpitaux publics. Par ailleurs, l'indicateur ne permet pas de calculer distinctement le risque lié aux prestations de la branche maladie et le risque lié à celles relevant de la branche AT-MP.

Les résultats 2024, sur 2 120 dossiers, traduisent une fréquence des erreurs en légère baisse comparé à 2023 : 7,18 % contre 8,33 % et, une portée financière estimée à 3,3 Md€ après 3,1 Md€ en 2023, stable en proportion de la dépense. Pour 93 % de ces montants, les erreurs se font au détriment de l'assurance maladie. Mieux analysées en 2024, la plupart des erreurs concernent le taux de prise en charge, la cotation des actes, des prescriptions mal respectées et des surfacturations kilométriques.

Le résultat de l'indicateur reste minoré par l'absence de mesure des risques relevant de l'activité du contrôle médical, résultant de droits fermés ou ouverts à tort et de l'intangibilité de la prescription médicale de transport. Ce résultat exclut également les dossiers qui se révèlent dépourvus de pièces justificatives, dont la Cour estime l'incidence à 1,6 Md€⁷¹ d'indus qui, à l'échelle du réseau, ne sont pas notifiés, ainsi que les prises en charge en tiers-payant sur le fondement d'une feuille de soin non signée par l'assuré. Néanmoins, la réglementation semble mieux maîtrisée, avec l'amélioration du taux de requalification avec incidence financière, dans l'échantillon que la Cour examine elle-même après la réitération des contrôles, à 8 % contre 24 % en 2023.

⁷⁰ L'assiette de l'indicateur (106,5 Md€, contre 103,2,3 Md€ en 2023) ne coïncide pas avec les charges de prestations concernées comptabilisées pour l'année (101,5 Md€ en 2024 tous risques confondus, après 98 Md€ en 2023). Cet écart de 5 Md€ n'est pas expliqué par la Cnam. De surcroît, la Cnam ne rapporte pas les résultats de l'indicateur à l'assiette des charges comptabilisées.

⁷¹ Voir ci-dessus, D-1.

Compte tenu de ce qui précède, les rapporteurs ne disposent en 2024 que d'une assurance limitée sur la portée des risques résiduels qui affectent la principale composante des charges de la branche maladie.

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

La prise en charge de frais de santé (5,2 Md€) liquidés par des mutuelles (MGEN et MAEE⁷² principalement) pour le compte du régime général d'assurance maladie reste peu contrôlée. Il en est de même pour les prestations liquidées par le régime général, au titre des bénéficiaires affiliés par des mutuelles (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 Cnam apportent peu d'éléments probants sur son efficacité.

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 à nouveau très significativement en 2024, l'incidence financière des erreurs atteignant 6,9 % des règlements, soit 359 M€⁷³. Cette estimation exclut les anomalies pour absence de pièces justificatives – qui atteignent 2,8 % des règlements pour la MGEN⁷⁴ – et manque de fiabilité, près d'un dossier sur quatre étant requalifié ou revalorisé par la Cnam à l'occasion du contrôle d'un échantillon.

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

a) Les actes et consultations externes

Les facturations directes d'actes et consultations externes par les hôpitaux publics et privés non lucratifs (4 Md€ en 2024) sont insuffisamment contrôlées, notamment sur les médicaments rétrocédés et l'imagerie médicale, ce qui expose la Cnam à des prises en charge à tort.

⁷² Mutuelle générale de l'éducation nationale et Mutuelle des affaires étrangères et européennes.

⁷³ Après 3,4 % en 2023 pour 172 M€, et 1,2 % en 2022 pour 61 M€. La dégradation en 2024 s'explique par un renforcement de la supervision de la Cnam, après celle de 2023 qui résultait d'une évolution méthodologique visant à rapprocher cet indicateur de celui de la Cnam.

⁷⁴ Les taux de pièces justificatives absentes en montant, après pondération par catégories de professionnels de santé, est de 2,8 % pour la MGEN et même 50,1 % pour la MAEE (servant toutefois une masse de prestations bien moindre), selon les données transmises par la Cnam.

b) Les séjours et dotations

Les séjours dans les hôpitaux publics et privés non lucratifs (51,3 Md€ en 2024) sont financés sur le fondement d'arrêtés pris par les agences régionales de santé (ARS) sur la base de l'activité que déclarent ces établissements à l'Agence technique d'information sur l'hospitalisation (Atih). La Cnam ne dispose d'aucune assurance sur l'efficacité des contrôles opérés par les ARS et par l'Atih pour prévenir les erreurs et la fraude. Ce risque est accru dans un contexte de hausse des cyberattaques visant les hôpitaux.

L'absence de transmission automatisée des arrêtés de dotations hospitalières (28,7 Md€ en 2024) des ARS aux Cnam engendre un risque d'erreur lors de la comptabilisation des charges, aggravé par l'insuffisance des contrôles des Cnam.

Au premier semestre 2024, des avances importantes ont été octroyées par les Cnam sans base légale. Pour les cliniques privées, il s'agissait d'amortir les effets de la réforme des soins médicaux de réadaptation (SMR)⁷⁵ ; pour les hôpitaux publics, l'enjeu était d'amortir la reprise soudaine de 1 Md€ de trop versé constaté à la suite de la publication le 28 juin 2024 de la première circulaire tarifaire et budgétaire. Ces avances, mises en œuvre dans l'urgence, et leur récupération, sont calculées et suivies en dehors des logiciels métiers, ce qui occasionne un risque d'erreurs élevé.

Les contrôles de la facturation directe des séjours par les établissements privés lucratifs (14,3 Md€ en 2024) procurent des éléments d'assurance limités. L'absence d'outils adaptés, le faible nombre de factures contrôlées et un suivi incomplet des vérifications diminuent l'efficacité des contrôles.

c) Des décisions prises lors de la crise sanitaire qui affectent encore les montants comptabilisés

Les contrôles de la tarification à l'activité (T2A) avaient été suspendus au printemps 2020 dans le contexte de la crise covid. Leur reprise en 2024, portant sur des séjours de l'année 2023, a été retardée⁷⁶ et deux régions n'ont pas reconstitué les commissions nécessaires à la reprise des contrôles⁷⁷, ce qui n'a pas permis de disposer de résultats en 2024. De plus, la représentativité de ces contrôles est affectée de plusieurs limites : un échantillon de 30 000 séjours maximum sur 19,7 millions, des exclusions et un ciblage limité à certains établissements publics. Enfin, le contrôle n'inclut pas les dispositifs médicaux et médicaments facturés en

⁷⁵ Le montant des avances dues au 31 décembre 2024 s'élevait à 28,7 M€.

⁷⁶ La programmation des contrôles a repris au second semestre 2024. Les résultats consolidés sont attendus pour septembre 2025.

⁷⁷ La Réunion (231 séjours) et la Corse (350 séjours).

sus, soit un enjeu de près de 10 Md€. Ces limites réduisent l'enjeu du contrôle à un total de charges estimé à moins de 20 Md€ sur les 44,7 Md€ de la T2A en 2023.

Les montants de la sécurisation modulée à l'activité (SMA), versés et comptabilisés au titre de l'exercice 2024 (qui représentent 637 M€ pour les établissements publics et 165 M€ pour les cliniques privées)⁷⁸, reposent sur des fondements affectés d'incertitudes et insuffisamment contrôlés.

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*.

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

a) L'attribution des indemnités journalières (12,5 Md€⁷⁹)

La part des arrêts de travail signalés *via* la déclaration sociale nominative (DSN)⁸⁰ événementielle a évolué lentement en 2024 (70,1 %, soit + 2,6 points de pourcentage par rapport à 2023). Près d'un tiers des indemnités journalières ne bénéficient donc pas de la fiabilisation permise par ce flux, en raison de la survivance des déclarations de salaire remplies sur papier ou déposées sur le site *Net-entreprises.fr*.

L'article 65 de la LFSS 2024 définit les cas où les arrêts prescrits en téléconsultation peuvent ouvrir droit au versement de l'indemnité journalière au-delà des trois premiers jours. Or, le système d'information de la Cnam n'a permis d'assurer le respect de cette disposition qu'à partir du mois de juillet 2024, sans rattrapage sur la période antérieure.

⁷⁸ En 2023, les montants s'élevaient à 1,2 Md€ pour le secteur public et 0,2 Md€ pour le privé.

⁷⁹ Dont 11,4 Md€ au titre des arrêts maladie et 1,2 Md€ pour les congés maternité prénataux. Le financement des congés maternité postnataux et d'adoption (1,96 Md€) a été transféré en 2023 à la branche famille.

⁸⁰ 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.

Dans ses règles internes, la Cnam ajoute 13 jours supplémentaires au délai légal de transmission par l'assuré de son avis d'arrêt de travail sous format papier. Ce délai réduit le temps pendant lequel le contrôle des arrêts peut être opéré et augmente le risque de prise en charge à tort.

En cas d'envoi d'une prescription d'arrêt de travail après la fin du repos prescrit, la mise en œuvre des sanctions prévues par la loi n'est pas homogène au sein du réseau. L'interprétation de la Cnam est plus accommodante que la réglementation, ce qui induit des prises en charge sans possibilité de contrôle.

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 d'une pension d'invalidité avec des indemnités journalières, erreurs du praticien ou des caisses lors de l'enregistrement des arrêts de plus de 100 jours, etc.). S'agissant des contrôles *a posteriori*, les consignes relatives à leur ampleur sont partiellement mises en œuvre, ce qui les rend insuffisants au regard des flux. 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.). Leur portée n'est pas appréciée, ces anomalies n'étant pas analysées à l'échelle nationale.

b) Le suivi des indemnités journalières des indépendants

Les indemnités journalières des travailleurs indépendants, qui répondent à des règles de gestion distinctes, ne font toujours 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 Cpam 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. Ce dispositif connaît un déficit croissant, dont le cumul (241 M€ au 31 décembre 2024 soit + 43 % par rapport à 2023) n'est pas identifié dans les comptes de la branche maladie, faute d'utilisation de la gestion *ad hoc* lors du report à nouveau⁸¹.

⁸¹ La convention signée le 29 août 2022 entre la Cnam et la CnavPL prévoit que le résultat annuel du régime est affecté en compte de réserve (en cas d'excédent) ou de report à nouveau (en cas de déficit), au sein d'une gestion particulière dans les comptes de la branche maladie.

c) Les contrôles du service médical

La mise en œuvre par les Cnam en 2024 de la procédure de mise sous objectif⁸² et de mise sous accord préalable⁸³ de certains prescripteurs a permis de diminuer le volume des arrêts de travail prescrits par les praticiens concernés. Ces résultats sont néanmoins insuffisants pour infléchir la dynamique d'ensemble des arrêts prescrits en 2024 (+7,4 %).

Par ailleurs, les activités du service du contrôle médical couvrent imparfaitement les risques de versement injustifié et de suspension trop tardive des indemnités. En effet, malgré une amélioration en 2024, les résultats des contrôles demeurent insuffisants pour prévenir le risque d'ouverture ou de maintien de droits aux indemnités journalières injustifiés sur le plan médical. 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 du contrôle médical ne fait intervenir la mesure qu'à l'issue d'un délai de huit jours. Cette tolérance, qui n'est pas appliquée de façon homogène au sein du réseau, entraîne un accroissement de charges qui n'a pas été évalué par la Cnam.

d) 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.

L'assiette de l'indicateur (23,1 Md€ tous risques confondus, contre 22,3 Md€ en 2023) ne coïncide pas avec les charges de prestations comptabilisées pour l'année (19,9 Md€ en 2024 tous risques confondus, après 18,9 Md€ en 2023)⁸⁴. Or, pour estimer les montants, la Cnam ne rapporte pas les résultats de l'indicateur à l'assiette des charges comptabilisées.

En 2024, sur l'ensemble des risques (dont les travailleurs indépendants), la fréquence des erreurs est en baisse, à 6,5 %⁸⁵ des dossiers (contre 7,7 % en 2023 et 9,8 % en 2022). Le montant des erreurs diminue sensiblement, passant à 403 M€ en 2024, soit 1,7 % du montant total, après 453 M€ en 2023 soit 2,03 %. Pour la branche maladie (hors TI), le montant des erreurs atteint 257 M€, soit 1,5 % des prestations (contre 1,8 % du montant des prestations en 2023).

⁸² Article R. 148-1 du code de la sécurité sociale.

⁸³ Art. R. 148-7 du code de la sécurité sociale.

⁸⁴ La Cnam ne fournit pas d'explication pour cet écart de plus de 3 Md€.

⁸⁵ Compte tenu de la taille de l'échantillon, ce résultat donne une assurance à 95 % que la fréquence des erreurs est comprise entre 5,2 % et 7,8 %.

La maîtrise de la réglementation par les agents progresse, mais reste insuffisante. En effet, dans l'échantillon que la Cour examine elle-même après la réitération des contrôles, un quart des dossiers sont encore requalifiés à sa demande, contre un tiers en 2023. La Cnam a progressé dans la documentation des erreurs. Les plus fréquentes sont l'incohérence de la période d'indemnisation avec la prescription et le calcul inexact du salaire de référence. Dans 75 % des cas, elles sont en défaveur de l'assuré.

Les résultats de l'indicateur constituent des valeurs minimales. En effet, ils ne mesurent pas les risques de non-conformité médicale de l'arrêt ou de déclaration de salaire inexact, ni l'incidence des 4 % de dossiers dépourvus de pièces justificatives.

11 - Les erreurs affectant les pensions d'invalidité

Malgré des risques significatifs, l'efficacité du contrôle des pensions d'invalidité (8 Md€ en 2024) 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. Les données du dispositif ressources mensuelles (DRM) ne sont pas encore utilisées, alors qu'elles permettraient de fiabiliser le montant des pensions en fonction de l'évolution des revenus.

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.

Opinion de la Cour sur les comptes de la branche accidents du travail – maladies professionnelles de l'exercice 2024

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 2024, la branche AT-MP a comptabilisé 10 Md€ de charges de prestations légales et dégagé un résultat excédentaire de 0,7 Md€, contre 1,4 Md€ en 2023.

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 2024, arrêtés le 5 avril 2025 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, 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 2024, 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 2024 sont affectés par une anomalie significative.

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

Compte tenu du caractère significatif des écarts entre les opérations effectuées et par conséquent comptabilisées et celles qui auraient dû l'être si les règles de droit propres à ces opérations avaient été appliquées dans tous les cas, le contrôle interne a un caractère insuffisamment probant pour la maîtrise des risques de portée financière ayant une incidence sur les comptes de la branche AT-MP. Faute d'intégrer les actifs et passifs qui auraient résulté d'un contrôle interne efficace, les comptes de la branche AT-MP reflètent imparfaitement ses droits et obligations à l'égard des assurés (cas des charges liées aux indemnités journalières et aux rentes, voir partie D *infra*, points 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 113 M€ inscrits en créances en 2024, contre 152 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 - L'estimation peu étayée de la provision pour risque contentieux portant sur les cotisations AT-MP

Une provision (0,8 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.

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

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

Des incertitudes affectent l'exhaustivité des flux de créances (0,75 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 76 000 dossiers n'ont pas été enregistrés dans l'outil de gestion de ces recours⁸⁶, 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 0,5 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 (0,4 Md€ en 2023) reste affectée par des incertitudes encore élevées. En effet, le dénouement de la provision enregistrée en 2023 fait apparaître une sous-évaluation de 45 M€ (11 % de la provision 2023).

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

4 - Les faiblesses du cadre général du contrôle interne

Il est renvoyé aux fondements de l'opinion de la Cour sur les comptes de la branche maladie (D-5).

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

Le contrôle interne couvre toujours imparfaitement les risques liés au traitement des données administratives ou médicales en vue de la reconnaissance d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle

⁸⁶ Certains dossiers, dont le nombre reste indéterminé par la Cnam, ont cependant pu être récupérés à la suite d'actions spécifiques des Cnam.

et à l'imputation des dépenses aux branches AT-MP et maladie. En particulier, les applications de gestion des sinistres ne couvrent pas les risques d'erreurs sur des données contenues dans les certificats médicaux reçus au format papier⁸⁷.

De plus, 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. 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 2024)⁸⁸.

6 - Les erreurs affectant la détermination des taux de cotisation

Les produits de cotisations sociales affectées à la branche ont atteint en 2024 14,6 Md€, contre 14,9 Md€ en 2023. 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 Carsat⁸⁹ et transmis à l'activité de recouvrement.

La correcte détermination des taux de cotisation notifiés aux entreprises est affectée par la fiabilité insuffisante des montants d'indemnités journalières et de frais de santé servant de base à leur calcul. La majoration d'équilibre en atténue l'effet global sur les comptes de la branche, mais ne remédie pas au 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 dans l'attribution des codes-risque applicables et l'affectation des salaires entre établissements d'une même entreprise restent imparfaitement couverts par les contrôles des Carsat et les Urssaf.

⁸⁷ Seuls 60 % des certificats médicaux sont transmis de manière dématérialisée.

⁸⁸ La commission chargée d'évaluer la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles (AT-MP), réunie en 2024, a estimé le nouveau montant dans une fourchette comprise entre 2 et 3,7 milliards d'euros, en forte augmentation par rapport à l'estimation précédente de 2021.

⁸⁹ 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.

7 - 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-10), notamment en ce qui concerne les modalités de la mesure des erreurs résiduelles par un indicateur (d).

Pour la branche AT-MP, la fréquence des erreurs mesurée par cet indicateur diminue de nouveau en 2024 et s'établit à 9,89 %⁹⁰ (contre 11,4 % en 2023). Le montant des erreurs atteint 118 M€ (contre 128 M€ en 2023), soit 2,46 % des prestations pour les AT-MP (contre 3,03 % en 2023).

8 - Les erreurs affectant les rentes pour incapacité permanente

Malgré des risques significatifs, l'efficacité du contrôle des rentes d'incapacité permanente (4,7 Md€) n'est toujours pas mesurée par un indicateur de risque financier résiduel. Par ailleurs, les données déclarées par les assurés ne sont pas corroborées grâce au dispositif de ressources mensuelles (DRM).

Dans le cadre de l'évaluation des taux d'incapacité permanente faisant suite aux accidents du travail et maladies professionnelles, l'assurance maladie prévoit une majoration du taux déterminé initialement par le service médical en fonction de l'impact spécifique de l'incapacité sur l'exercice professionnel du patient. Toutefois, en l'absence d'un référentiel national uniforme, la détermination de ce coefficient professionnel varie d'une Cnam à l'autre, créant ainsi des inégalités territoriales dans l'indemnisation des victimes⁹¹.

⁹⁰ La Cnam n'a pas calculé l'intervalle de confiance de cet indicateur.

⁹¹ À ce titre, en 2024, 21 % des taux fixés ont été requalifiés en commission médicale de recours amiable.

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 2024, arrêtés le 5 avril 2025 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

Il est renvoyé aux trois anomalies significatives constatées par la Cour sur les comptes des branches maladie et AT-MP :

- du maintien dans les comptes de dettes prescrites (C-1) ;
- des produits et des charges non rattachés à l'exercice (C-2) ;
- des enregistrements contraires au principe de prudence (C-3).

Dans onze autres cas, la Cour ne dispose pas d'éléments probants suffisants qui permettraient d'écarter le risque d'anomalies significatives dans les comptes. Il s'agit, à l'instar de l'opinion portant sur les comptes de la branche maladie :

- de nombreuses écritures comptables non étayées par une pièce justificative (D-1) ;
- des incertitudes affectant les estimations comptables (D-2) ;
- des insuffisances de justification de certains éléments des états financiers (D-3) ;
- des insuffisances dans l'enregistrement et l'estimation des actifs et des passifs (D-4) ;
- des faiblesses dans la constatation et le recouvrement des indus sur prestations (D-5) ;
- des faiblesses du cadre général du contrôle interne (D-6) ;
- des anomalies affectant la gestion des bénéficiaires (D-7) ;
- des erreurs affectant les remboursements de frais de santé facturés directement à l'assurance maladie (D-8) ;
- des erreurs affectant les remboursements d'actes et de séjours facturés par les établissements de santé (D-9) ;
- des erreurs affectant les indemnités journalières d'arrêt de travail et de congé maternité (D-10) ainsi que pour accident du travail ou maladie professionnelle (D-7 de l'opinion portant sur les comptes de la branche AT-MP) ;
- des erreurs affectant les pensions d'invalidité (D-11) ainsi que les rentes pour incapacité permanente (D-8 de l'opinion portant sur les comptes de la branche AT-MP).

Opinion de la Cour sur les comptes

de la branche famille

de l'exercice 2024

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 2024, la branche famille a comptabilisé 87,3 Md€ de charges de prestations légales, tous financeurs compris⁹², et 7 Md€ de charges de prestations extralégales d'action sociale, propres à la branche⁹³. Elle a dégagé un résultat excédentaire de 1,1 Md€, contre 1 Md€ au titre de l'exercice 2023.

⁹² Elles comprennent, notamment, les prestations familiales (33,7 Md€, dont 13,7 Md€ d'allocations familiales et 11,6 Md€ pour la prestation d'accueil du jeune enfant), l'allocation aux adultes handicapés (13,8 Md€), la prime d'activité (10,3 Md€), les aides au logement (15,7 Md€), financées par l'État, et le RSA versé pour le compte des conseils départementaux (10,2 Md€) ou, par exception, pour celui de l'État (1,6 Md€) et l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (1,6 Md€) pour le compte de la CNSA.

⁹³ Elles sont principalement constituées de subventions à des structures (6,2 Md€), essentiellement des établissements d'accueil du jeune enfant (EAJE) et des accueils de loisirs sans hébergement (ALSH). Les aides individuelles sont minoritaires (0,2 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 2024, 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 2024, signés le 7 avril 2025 par le directeur et le directeur comptable et financier de la Cnaf.

B - Fondements de l'opinion de la Cour

La Cour avait été dans l'impossibilité de certifier les comptes 2023 de la branche famille en constatant que, malgré l'engagement d'un plan d'action, des évolutions favorables par rapport à l'exercice précédent. Sur certains aspects, au regard du niveau des indicateurs, ces progrès, encore en cours, ne permettaient pas de certifier les comptes de la branche de l'exercice 2023. Bien que les actions engagées en 2023 se soient poursuivies et qu'une expérimentation au titre de la solidarité à la source ait été conduite dans cinq Caf en 2024, les indicateurs disponibles et les informations communiquées par la Cnaf au titre de 2024 ne permettent pas à la Cour de certifier les comptes de la branche.

La mobilisation de la branche s'est traduite par un plan d'action partagé par l'ordonnateur et le directeur comptable et financier dit « qualité transverse » (PAQT). Le plan comporte deux phases : 2023-2025, pour des actions à court terme destinées à redresser rapidement la qualité, et 2025-2027, avec des actions structurelles complémentaires, comme celles liées à la « solidarité à la source ». Le taux de mise en œuvre du plan est de 74 % à fin 2024. Pour autant, les premiers résultats ne permettent pas de constater de réelles avancées en termes d'amélioration des indicateurs de qualité de la liquidation et en termes de diminution significative des erreurs avec portée financière de versement des prestations.

Par ailleurs, en dépit de l'augmentation et de l'atteinte 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 financier relatif aux données déclarées à 24 mois, qui se dégrade de nouveau et demeure à un niveau élevé (8 %, contre 6,9 % au titre des prestations de 2022, soit 6,3 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 11,7 % des prestations versées en 2024 contre 10,9 % en 2023. Cette tendance fait peser une incertitude sur l'évolution de la maîtrise du risque financier, dont l'amélioration n'est, à ce stade, pas démontrée. 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 sur 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 d'amélioration du pilotage des processus de gestion des prestations légales ont permis d'établir la carte des processus et de définir les risques majeurs. La diffusion complète des moyens de maîtrise est prévue en 2025. Durant cette transition, l'homogénéité, la mise à jour et l'articulation des processus 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.

L'outil de pilotage de la performance et de l'amélioration continue (*Pilpac*) offre des perspectives intéressantes en termes de sécurisation des processus des caisses. La remontée exhaustive des indicateurs est encore en cours de mise en œuvre.

En lien avec les tutelles et en réponse au refus de certification des comptes en 2022, la branche a lancé au second semestre 2023 un plan d'actions dit de « qualité transverse » (PAQT), destiné à améliorer la liquidation par les Caf des prestations. La mise en œuvre des 38 actions, réparties sur quatre axes (gouvernance et métier, moyens, processus métier et système d'information), doit s'échelonner sur plusieurs exercices, sur la période couverte par la convention d'objectifs et de gestion signée entre l'État et la Cnaf pour 2023-2027. Avec un taux d'avancement de 74 % à fin 2024 et malgré des actions phare comme la refonte de la supervision ou le renforcement des moyens consacrés à la qualité, les premiers résultats ne permettent pas de constater de réelles avancées.

Au titre des missions confiées aux Caf dans ce cadre, le fort développement de l'activité de l'Agence de recouvrement et d'intermédiation des pensions alimentaires (Aripa) comme l'éclatement du système d'information sur trois applicatifs, non connectés, exposent la branche à des risques importants d'erreurs de liquidation.

Les niveaux d'erreurs constatés dans les processus « métier » de cette agence ne garantissent pas une sécurisation suffisante des risques ou l'exhaustivité dans le traitement des droits.

La répartition des compétences entre l'Aripa et le réseau des Caf n'est pas homogène et conduit à une gestion complexe concernant les trois catégories d'allocations de soutien familial, avec des forts enjeux en termes de risque financier (près de 400 M€ de créances en fin d'exercice pour la seule allocation de soutien familial).

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 2024, le nombre de contrôles réalisés sur la liquidation des prestations progresse de nouveau (+ 2,6 %) tandis que celui sur les données déclarées est en recul par rapport à 2023 (- 6 %). Les objectifs de contrôles sur les données déclarées inscrits au plan de contrôle interne 2024 sont en augmentation (+ 1,1 % en montant), mais une partie d'entre eux restent trop peu ambitieux, s'inscrivant à des niveaux bien inférieurs aux résultats de l'exercice précédent (- 6,8 %)⁹⁴.

⁹⁴ Pour illustration, l'objectif chiffré des contrôles sur place reste en retrait de 8,3 % par rapport au montant réalisé en 2023.

En dépit d'une meilleure efficacité des contrôles, l'aménagement des dispositifs de contrôle précité a une incidence négative sur les indus et rappels détectés par les contrôles sur pièces et sur place les plus structurants, augmentant ainsi les risques d'erreurs définitives qui affectent les montants de prestations versés. Le dispositif de contrôle apparaît ainsi insuffisamment adapté aux enjeux de la branche, qui est exposée à un risque croissant d'erreurs déclaratives non détectées mesurées par l'indicateur de risque financier résiduel, en dégradation continue depuis 2018.

Par ailleurs, malgré les mesures financières incitatives de la Cnaf envers son réseau et le mécanisme d'entraide destiné aux caisses en difficulté, les Caf n'atteignent pas systématiquement les objectifs de contrôles fixés et leurs résultats sont très hétérogènes.

Enfin, les taux de rejets, résultats des contrôles effectués par les directions comptables et financières dans chaque Caf, confirment le caractère insuffisant en 2024 des dispositifs de supervision et d'accompagnement des agents pour assurer le paiement à bon droit des prestations légales. Une refonte de ces dispositifs est en cours en 2025.

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

La gouvernance relative à la sécurité des systèmes d'information a été renforcée en 2024 mais les exigences réglementaires en la matière ne sont toujours que partiellement mises en œuvre, exposant la branche à des risques significatifs, dans un contexte d'accroissement du nombre d'attaques informatiques.

Le dispositif relatif aux tests de reprise d'activité a progressé en 2024 mais porte sur un périmètre encore trop limité des systèmes d'information. Cela affecte la capacité de la branche à liquider les prestations depuis son site de secours en cas de sinistre sur son site de production.

La méthodologie de conduite de projet, en cours de refonte, ne couvre toujours pas l'ensemble des méthodes de développement. Les risques induits par les évolutions informatiques sont insuffisamment formalisés. Les travaux d'automatisation des tests ont progressé en 2024, mais restent encore insuffisants pour vérifier la non-régression des nouveaux développements.

Les faiblesses récurrentes concernant la gestion des habilitations perdurent (dans l'attente de la mise en œuvre d'une nouvelle modalité de gestion, toujours 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, font toujours défaut, ce qui ne permet pas d'apprécier l'atteinte des objectifs à ce titre. Le nombre d'incidents majeurs non résolus fin 2024 est en forte diminution par rapport à fin 2023. Leur incidence financière est estimée à 5 M€ (contre 11 M€).

d) La portée de la lutte contre les fraudes

La Cnaf procède par la voie d'une enquête dite « paiement à bon droit et fraude », à une estimation de l'étendue de la fraude potentielle aux prestations légales. Elle consiste en un contrôle sur place approfondi d'un échantillon représentatif de l'ordre de 6 000 dossiers d'allocataires, dont les résultats sont statistiquement extrapolés. En 2024 (résultats au titre de 2023), la fraude estimée est comprise entre 4,6 % et 5,7 % des prestations légales versées, soit entre 3,8 Md€ et 4,7 Md€. Ces résultats confirment l'importante hausse constatée en 2023⁹⁵ par rapport à 2021⁹⁶ (+ 38,8 % en valeur centrale). Le RSA, la prime d'activité, et les aides au logement demeurent les prestations les plus touchées.

Si les efforts de la branche, en matière de prévention et de détection des fraudes, produisent des résultats en hausse (449 M€ en 2024 contre 374 M€ en 2023, soit + 20 %), il n'en demeure pas moins que les résultats obtenus sont nettement inférieurs aux indus frauduleux estimés au titre de 2023, représentant ainsi seulement 8,8 % des indus estimés (9 % en 2022).

Le dispositif de prévention et de détection des fraudes possède encore des marges de progrès. En effet, des fragilités persistent dans l'application par les Caf du processus de lutte contre la fraude externe, en termes d'homogénéité des pratiques, d'usage des outils métiers, de sanctions, et de délais de traitement. Les taux hétérogènes de qualification en indus frauduleux des indus détectés reflètent une application elle-même variable des consignes nationales par les Caf. Les caisses présentent, en outre, un stock important de suspicions de fraude à traiter.

Les activités du service national de lutte contre la fraude à enjeu (SNLFE), créé mi-2021, permettent à la branche de renforcer ses actions de lutte contre la fraude et d'accroître ses résultats. Avec un impact financier de 162,1 M€ en 2024⁹⁷, soit 36 % du montant total de la fraude détectée, les cibles du SNLFE représentent désormais le premier objet de détection des fraudes au sein du réseau.

⁹⁵ Estimation de la fraude en 2023 : [4,4 % ; 5,5 %] soit [3,47 Md€ ; 4,33 Md€].

⁹⁶ Estimation de la fraude en 2021 : [3,1 % ; 4,0 %] soit [2,46 Md€ ; 3,16 Md€].

⁹⁷ En 2023, les cibles du SNLFE représentaient une fraude égale à 157,1 M€, soit 42 % du montant total de la fraude détectée (374,1 M€).

Le partage des responsabilités entre les Caf et les financeurs en matière de fraude au revenu de solidarité activité est très hétérogène d'un département à un autre, en fonction des modalités prévues par les conventions signées dans le cadre de la gestion des prestations pour compte de tiers. En l'absence d'harmonisation au niveau national, de mêmes faits à l'origine des fraudes sont sanctionnés différemment, ce qui peut réduire le montant des indus qualifiés et comptabilisés en tant qu'indus frauduleux. De plus, l'absence, dans certaines conventions, de délais encadrant les décisions de qualification par les conseils départementaux crée un risque de prescription des indus correspondants.

Sauf exception, le montant des indus frauduleux qualifiés par les Caf n'est déterminé que sur deux ou trois années seulement, et non sur la totalité de la période déterminée au regard des règles de prescription. Les indus comptabilisés et mis en recouvrement au titre de fraudes sont, de ce fait, sous-évalués.

La Cnaf mesure un taux de recouvrement réel des indus frauduleux à 48 mois. En 2024, ce taux s'établit à 53,2 % (57,7 % en 2023) pour un montant recouvré de 144 M€. Hors créances transférées aux départements dans le cadre de la gestion du RSA, le taux de recouvrement est de 74,8 %.

Les actions de prévention des conflits d'intérêts sont conformes aux textes législatifs et réglementaires en vigueur. La branche a engagé un plan d'action en 2024 qui doit se poursuivre en 2025 pour s'assurer de l'appropriation de ces enjeux par le personnel comme par les administrateurs et garantir la mise en œuvre des actions entreprises.

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

Les Caf gèrent dans leurs bases de données environ 32 millions de bénéficiaires de prestations au titre de 13,5 millions de foyers, ainsi que 5,7 millions de personnes physiques ou morales tierces aux allocataires.

Malgré des progrès constants au cours de l'exercice, la méthode actuelle de référencement des personnes tierces et bénéficiaires n'est pas optimale du fait de la connexion au niveau de chaque Caf des bases de tiers avec le système *national de gestion des identifiants* (SNGI). De plus, la fiabilisation des bases de tiers repose sur une méthode qui ne couvre que partiellement les risques d'erreur.

Près de 54 000 allocataires nés à l'étranger et immatriculés provisoirement avec un numéro d'immatriculation d'attente (NIA) non certifié sont concernés par une procédure de recouvrement traditionnelle. Ces prestations induisent perçues se révèlent particulièrement difficiles à recouvrer. À fin 2024, elles concernent une population restreinte d'environ 2 000 allocataires (4,3 M€).

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

En 2024, 81,8 % des informations transmises par les allocataires aux Caf l'ont été de manière dématérialisée (contre 84,4 % en 2023)⁹⁸. L'utilisation des téléprocédures 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.

La numérisation des échanges concernant les allocataires de l'allocation aux adultes handicapés (AAH) poursuit sa progression, tant en termes de télédéclaration que de liquidation automatique. Elle s'appuie sur les progrès concernant les flux d'information relatifs aux maintiens de droits et sur la dématérialisation des échanges entre les Caf et les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) concernant les dossiers de demandes et les décisions d'attribution. La branche reste dépendante toutefois des données déclaratives de ses allocataires en l'absence de dématérialisation suffisante des échanges avec ses partenaires des branches maladie et vieillesse.

Le nombre 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 (1,9 million d'allocataires, soit 8,8 %, contre 9,5 % en 2023). Cette situation réduit l'étendue possible des vérifications et corrections des déclarations pour près de 200 000 allocataires représentant un enjeu financier de près de 700 M€.

La mise en œuvre expérimentale et récente de l'utilisation des données du dispositif ressources mensuelles (DRM) pour la prime d'activité et le revenu de solidarité active⁹⁹ n'a permis que partiellement en

⁹⁸ Ce pourcentage recouvre cependant des télédéclarations, des formulaires sous format PDF pouvant être renseignés en ligne et de simples courriels.

⁹⁹ Mise en œuvre effective dans cinq Caf d'octobre 2024 à février 2025. Le DRM a été généralisé à l'ensemble du réseau à compter de mars 2025 pour les déclarations de ressources du RSA et de la prime d'activité.

2024 la simplification et la sécurisation du calcul des prestations versées. Par ailleurs, les échanges de données informatisés (EDI) entre la Cnaf et l'État ou les autres branches de sécurité sociale comportent des marges de progression importantes¹⁰⁰.

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 (1,3 Md€ soit + 10 % en 2024), le rendement unitaire de ces contrôles augmentant de 13 %.

Toutefois les contrôles les plus complexes qui sécurisent de manière exhaustive la situation personnelle, professionnelle et les ressources des allocataires diminuent, eux, sensiblement en nombre sur la période (- 17 % de contrôles sur place).

Le montant des impacts financiers est réduit par une évaluation des indus non conforme aux règles de prescription, par des insuffisances du système d'information et par une programmation fondée sur un modèle d'exploitation des données qui n'a pas évolué depuis 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.

Ainsi, malgré une plus grande efficacité de la politique de contrôle mise en œuvre, celle-ci ne permet pas de compenser l'augmentation des risques financiers résultant des erreurs déclaratives des allocataires. Le montant de ces erreurs résiduelles à 24 mois a augmenté depuis 2021 de 880 M€, alors que le rendement financier de l'ensemble des contrôles n'a progressé que de 457 M€ (1,7 Md€ en 2024 contre 1,2 Md€ en 2021).

¹⁰⁰ Notamment l'automatisation des échanges relatifs aux travailleurs indépendants avec l'Acoss, le passage à la retraite des allocataires d'AAH et de RSA avec la Cnav, les nouveaux demandeurs d'emploi avec France Travail ou encore l'accès au service en ligne *Anef* relatif aux titres de séjour.

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

Calculé par la branche à partir de 2016, l'indicateur de risque résiduel relatif aux données entrantes prises en compte pour attribuer les prestations mesure l'impact financier, sur les sommes versées, des erreurs inhérentes à ces données, après que l'ensemble des dispositifs de contrôle interne ont prévenu ou corrigé une partie de celles-ci.

L'indicateur est calculé à partir des résultats de l'enquête annuelle « paiement à bon droit et fraude ». Il rapporte aux montants des prestations versées les montants agrégés d'indus et de rappels non détectés au bout de neuf mois ou bien de 24 mois en moyenne.

Plusieurs prestations ou prises en charge de cotisations, sont exclues du champ des deux indicateurs (à 9 et 24 mois)¹⁰¹, alors que le risque résiduel afférent devrait être apprécié de manière distincte ou intégré aux périmètres des indicateurs existants. Hors action sociale, l'ensemble de ces exclusions représentent 16,6 Md€ en 2024, soit 16 % des 100,6 Md€¹⁰² de prestations légales ou cotisations versées par la branche.

Relativement stable au titre des prestations versées en 2022, l'indicateur de risque résiduel à 24 mois pour 2023 se dégrade, malgré une structure de prestations très peu modifiée entre les deux périodes. S'établissant entre 6,9 % et 9,1 %, il correspond à un impact financier compris entre 5,4 Md€ et 7,2 Md€, en hausse par rapport à l'exercice précédent¹⁰³. Cet impact financier, qui se concentre sur les prestations pour compte de tiers (essentiellement l'État et les départements), ne pourra pas être corrigé par les diverses actions de contrôles internes, du fait des règles de la prescription.

L'incidence financière à 9 mois des erreurs sur les données entrantes se situe, en 2024, entre 10,5 % et 12,9 %, représentant entre 8,4 Md€ et 10,3 Md€. En 2023, il était compris entre 9,8 % et 12 %, soit entre 7,7 Md€ et 9,5 Md€. Les prestations les plus risquées demeurent la prime d'activité (taux stable par rapport à 2023), le RSA (en dégradation par rapport à 2023) et les aides au logement (pour la première fois stable depuis 2021). Dans l'ensemble, le risque financier résiduel demeure à un niveau élevé et poursuit sa progression à la hausse, traduisant les difficultés du réseau à contenir l'augmentation du risque brut.

¹⁰¹ C'est le cas, par exemple, de l'assurance vieillesse du parent au foyer (5,5 Md€ en 2024) pour des raisons techniques.

¹⁰² Au titre des charges de prestations légales propres à la branche (34 Md€), des prestations pour tiers 53 Md€ (État, départements, CNSA) et des cotisations versées par la branche (14 Md€) comme l'AVPF ou encore la majoration enfants.

¹⁰³ Au titre de 2022, le taux se situait entre 5,8 % et 8 %, soit entre 4,3 Md€ et 5,9 Md€.

L'impact comptable des indus et rappels ainsi estimés ne se limite pas au seul exercice de leur détection. Les droits allocataires se prescrivant par deux ans (hors cas de fraude)¹⁰⁴, ces erreurs sont donc susceptibles d'avoir un impact sur les comptes, à partir de leur naissance pendant vingt-quatre mois.

À la MSA, délégataire de la branche famille (1,7 Md€ de charges de prestations légales en 2024) ainsi que de l'État et des départements (au titre des mêmes prestations que celles versées par les Caf pour leur compte), les limitations méthodologiques ne permettent pas d'apprécier, avec une fiabilité suffisante, les résultats de l'indicateur résiduel de risque sur les données entrantes.

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

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

Les liquidations automatisées des pièces transmises couvrent une part minoritaire des liquidations en 2024 (34,4 %).

Le contrôle des liquidations automatiques issues des téléprocédures est sécurisé par une action de contrôle non obligatoire et partiellement maîtrisée par les Caf. Le pilotage de cette action dans le cadre de la maîtrise des risques des données déclarées est perfectible.

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

b) Les processus de liquidation des prestations

Dans certains cas, la gestion des prestations s'écarte des règles juridiques qui leur sont applicables. En 2024, la Cnaf a poursuivi, dans le cadre de contrôles, l'application de règles de calcul simplifiées du montant de la prime d'activité non conformes aux dispositions juridiques. En place

¹⁰⁴ Article L. 553-1 du code de la sécurité sociale : « L'action de l'allocataire pour le paiement des prestations se prescrit par deux ans. Cette prescription est également applicable à l'action intentée par un organisme payeur en recouvrement des prestations indûment payées, sauf en cas de manœuvre frauduleuse ou de fausse déclaration, l'action de l'organisme se prescrivant alors par cinq ans. »

depuis 2018, la pratique - non conforme aux règles - d'ouverture des droits¹⁰⁵ au complément de libre choix du mode de garde à partir de la date de première manifestation de l'allocataire a cessé d'être appliquée au sein des Caf en avril 2024.

Le dispositif de contrôle interne applicable au revenu de solidarité active (RSA) et à la prime d'activité (respectivement 11,8 Md€ et 10,3 Md€ de charges à fin 2024) demeure insuffisant au regard du risque de prise en compte de données erronées. Dans l'attente de la mise en œuvre complète du dispositif de ressources mensuelles en 2025, les contrôles de l'ordonnateur de ces liquidations relèvent encore des taux de rejets élevés.

Le dispositif de maîtrise des risques encadrant la gestion de l'AAH est perfectible en termes d'objectifs et de ciblage des contrôles à réaliser. Les données essentiellement déclaratives des allocataires ne font pas l'objet de contrôles suffisants. De plus, les interprétations hétérogènes selon les Caf de consignes clairement établies relatives au maintien de droits d'AAH peuvent conduire dans certains cas à sous-estimer le montant des indus à mettre en recouvrement ou à constater des disparités de traitement entre bénéficiaires sur le territoire national.

Concernant le complément de libre choix du mode de garde de la Paje versé par le centre national Pajemploi, il est renvoyé à la motivation de l'opinion de la Cour sur les comptes de l'activité de recouvrement (cf. D-6).

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

Les contrôles portent sur des périmètres réduits de liquidations. Ainsi, pour la prime d'activité et le RSA, le dispositif de supervision interne aux services ordonnateurs conserve un caractère facultatif et couvre une part minime des liquidations. Dans l'attente de la refonte¹⁰⁶ des dispositifs de supervision et d'accompagnement des agents, ces contrôles se révèlent encore insuffisants pour assurer le paiement à bon droit des prestations légales en 2024. Par ailleurs, les contrôles du directeur comptable et financier ne ciblent pas suffisamment les composantes les plus risquées de cette prestation (complément de mode de garde et prestation partagée d'accueil de l'enfant).

¹⁰⁵ Article R. 552-2 du code de la sécurité sociale.

¹⁰⁶ Actions du plan d'action qualité transverse mis en œuvre progressivement au quatrième trimestre 2024. Le déploiement de ce nouveau système de supervision interne aux services ordonnateurs, devrait inclure la Paje.

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 36,4 % au titre des contrôles orientés au moyen de l'exploration des données métier), leur volume global reste faible (6 % en 2024) au regard du caractère élevé des taux de rejets constatés.

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 interne¹⁰⁷*

La Cnaf calcule annuellement depuis 2015 un indicateur financier estimant le risque résiduel des erreurs internes aux Caf continuant d'affecter, six mois après leur liquidation, les prestations versées et comptabilisées.

Plusieurs prestations ou prises en charge de cotisations sont exclues du champ de cet indicateur, alors que le risque résiduel afférent devrait être apprécié de manière distincte ou intégré aux périmètres de l'indicateur existant. C'est le cas, par exemple, de l'assurance vieillesse du parent au foyer (5,5 Md€ en 2024) qui, pour des raisons techniques, n'est pas incluse par la Cnaf. Hors action sociale, l'ensemble de ces exclusions représentent 20,7 Md€ en 2024, soit 21 % des 100,6 Md€¹⁰² de prestations légales ou cotisations versées par la branche.

En 2024, l'indicateur « métier » se dégrade significativement. Il se situe entre 1,7 % et 2,4 %, soit entre 1,3 Md€ et 1,9 Md€. En 2023, le risque était compris entre 1,36 % et 1,93 %, soit entre 1 Md€ et 1,5 Md€. Sans changement par rapport aux exercices précédents, une part prépondérante du montant des erreurs résiduelles porte sur le RSA, la prime d'activité, et les aides au logement (62 % des erreurs résiduelles, soit 1 Md€, contre 66 % en 2023) alors que ces prestations représentent seulement 48 % du montant total des prestations versées par la branche en 2024. Les erreurs non détectées sont, ainsi, majoritairement au détriment de l'État (43 % du montant total des erreurs résiduelles) et des départements (31 % du montant total des erreurs résiduelles). Le niveau élevé de l'indicateur « métier » traduit finalement la qualité insuffisante des liquidations initiales réalisées par les services de production des caisses, et reflète la portée limitée du dispositif de contrôle interne déployé pour réduire ce risque.

¹⁰⁷ 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.

Afin de compléter l'analyse de l'évolution de la qualité de la liquidation interne, deux autres indicateurs sont produits par la branche : un premier indicateur de qualité de la liquidation (IQL0) permet de mesurer la fréquence des erreurs commises par les caisses en sortie de liquidation, avant contrôle. Le second (IQL6) détermine les erreurs « métier » restant non détectées au bout de 6 mois.

Après trois années successives de dégradation, le niveau des indicateurs de qualité de la liquidation (IQL) se stabilise en 2024. La fréquence des erreurs financières en sortie de liquidation (IQL0) s'amoindrit de 0,3 point. Celle de l'IQL6, mesurant les erreurs « métier » restant non détectées au bout de 6 mois, reste quasi constante (- 0,1 point). Si la diminution de l'impact financier moyen des erreurs et la réduction des écarts entre les caisses pourraient conforter ces résultats, il est cependant trop tôt pour conclure sur l'efficacité des actions de contrôle interne mises en œuvre par la branche¹⁰⁸.

À la MSA, le risque résiduel financier « métier » de 2024 s'améliore : 2,74 % contre 3,24 % en 2023.

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

Les objectifs et le plan de contrôle relatifs à l'action sociale ainsi que les outils nécessaires sont désormais en place en 2024, dans le réseau. Toutefois, le traitement manuel des données utilisées par les services ordonnateurs et la direction comptable et financière ainsi que la complétude des instructions réseau données aux Caf restent perfectibles.

Alors que le nombre de contrôles continue de diminuer, la masse financière contrôlée évolue à la hausse en raison de l'extension des contrôles sur plusieurs exercices. Alors que la nature juridique du bénéficiaire subventionné (association, collectivité territoriale, entreprise privée) constitue un élément déterminant au regard des résultats du contrôle, le dispositif de maîtrise des risques la prend insuffisamment en compte.

La couverture du risque global financier s'améliore grâce notamment au renforcement du dispositif de contrôle interne de l'action sociale. Toutefois, le fait d'exprimer l'objectif de contrôle en termes de

¹⁰⁸ Les résultats 2024 pour l'IQL0, en légère amélioration par rapport à l'exercice 2023 (+ 0,3 point) ne sont pas au niveau de ceux relevés pour l'exercice 2022.

volume financier (soit 14,6 % des dépenses de prestation de service ordinaire de l'exercice 2024) peut conduire à exclure certains types de structures partenaires¹⁰⁹.

*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 se stabilise en 2024, les erreurs affectant les aides versées en 2022 s'établissant à 4,1 % des charges de prestations, soit 117,4 M€¹¹⁰ (contre 3,8 % et 97 M€ pour les aides versées en 2021). Le risque résiduel propre aux opérations internes aux Caf n'est toujours pas évalué.

6 - Le recouvrement des indus sur prestations

Les modalités du recouvrement des créances respectent imparfaitement le cadre légal, les notifications d'indus n'ayant pas d'effet interruptif de la prescription.

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

Le transfert des créances entre Caf et les caisses de la MSA présente 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 maîtrise des risques liés au recouvrement des impayés est affectée par l'insuffisante prise en compte des indicateurs fondés sur les créances comptabilisées, quel que soit l'état de la procédure de recouvrement.

Les modalités de recouvrement des créances d'allocation de soutien familial recouvrables n'étaient pas conformes aux dispositions légales jusqu'à la publication de l'instruction du 18 juillet 2024.

¹⁰⁹ Ces structures sont néanmoins contrôlées à travers d'autres méthodes de ciblage comme le plan *datamining*.

¹¹⁰ Compte tenu de la taille de l'échantillon, le taux est compris, avec une probabilité de 95 %, entre 3,2 % et 5,1 % du montant des prestations versées, soit respectivement 90,4 M€ et 144,4 M€.

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 2024, 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 2024, signés par le directeur le 7 avril 2025 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 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 2024

La branche vieillesse assure le service des prestations de retraite de droit propre et de droit dérivé à 15,4 millions d'assurés du régime général, contre 15,3 millions en 2023. 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 2024, la branche vieillesse a comptabilisé 160,9 Md€ de charges de prestations légales (153,1 Md€ pour les comptes des travailleurs salariés et des travailleurs indépendants dont les dossiers sont liquidés dans *l'Outil retraite* et 7,9 Md€ pour d'autres comptes de travailleurs indépendants dont les dossiers sont encore liquidés dans *Asur*). Elle a dégagé un résultat déficitaire de 3,6 Md€ selon les comptes définitifs contre un déficit de 1,3 Md€ au titre de l'exercice 2023.

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 2024, arrêtés le 7 avril 2025 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, sans remettre en cause son opinion, 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 vieillesse¹¹¹ ne mentionne pas les engagements pluriannuels à l'égard des titulaires d'une pension de retraite au 31 décembre 2024 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, dans six 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 2024.

¹¹¹ 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 parties C- 2 à 4).

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

La branche vieillesse a poursuivi en 2024 la rénovation de son dispositif de contrôle interne. Toutefois, ce système de management intégré¹¹² n'est que partiellement déployé. En outre, sa contribution à la maîtrise des risques ne peut être que partiellement appréciée, en raison d'une mise en œuvre à un rythme hétérogène dans les caisses. La conception inachevée du dispositif de maîtrise des risques et l'hétérogénéité des résultats des actions du contrôle interne ne permettent toujours pas d'avoir une vision exhaustive des risques qui affectent les dossiers instruits dans l'outil *Asur*.

Malgré des progrès, 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'en fin d'exercice 2024, ce qui limite *de facto* sa portée pour 2024. En outre, le délai de production des résultats consolidés du contrôle interne des services de l'ordonnateur limite l'audit réalisé par la Cour.

¹¹² Ce système vise à mieux articuler les moyens de maîtrise des risques et les objectifs opérationnels.

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

Le référentiel de performance relatif au système d'information déployé en 2024 ne couvre pas encore le volet régional alors que l'ancien référentiel a été abandonné. Cette situation fait donc peser un risque, au niveau régional, de non détection de faiblesses relatives à la sécurité des systèmes d'information. Le dispositif d'auto-évaluation de la politique de sécurité du système d'information, insuffisamment supervisé par la Cnav, et les contrôles encore limités de la direction de la validation des comptes ne permettent pas de compenser ces faiblesses.

Dans l'attente de la mise en œuvre du nouvel outil de gestion des habilitations, les droits d'accès aux applications présentent des faiblesses récurrentes, en raison notamment d'absence de profils métiers nationaux. Les revues locales d'habilitations présentent des faiblesses, en ne ciblant pas les profils métier les plus à risque.

La gestion des incidents fonctionnels est affectée par des faiblesses récurrentes. En effet, le regroupement des incidents dans un outil unique, prévu en 2024, est encore retardé. En outre, les engagements de service sont partiellement formalisés et des indicateurs font encore défaut pour assurer le pilotage du processus. Le nombre d'incidents déclarés a augmenté de 22 % en 2024, en particulier ceux relatifs au système de régularisation des carrières (Syrca) en augmentation de 76 %.

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

Les résultats relatifs à l'évaluation du montant potentiel de fautes et de fraudes portant sur les prestations de retraite versées en 2022 affichaient un préjudice annuel de 0,3 Md€. Ceux relatifs aux prestations versées en 2023 et 2024 ne sont toujours pas connus.

Le dispositif de prévention et de lutte contre la fraude externe connaît de nouveaux progrès, notamment en termes de ciblage des dossiers à examiner. En revanche, ces derniers restent traités de façon hétérogène dans les caisses. La branche vieillesse a mis en place un rapprochement des données d'identité des assurés et de leurs coordonnées bancaires présentes dans l'*Outil retraite* avec celles présentes dans le fichier des comptes bancaires (Ficoba). En revanche, ce rapprochement qui vise à limiter le risque de fraudes ne couvre pas encore l'ensemble des données contenues dans les outils de la branche.

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 avec des

organismes de protection sociale étrangers. Malgré des progrès, les accords d'échanges de données ne couvrent que près de la moitié des assurés résidant à l'étranger en 2024¹¹³. Par ailleurs, les vérifications réalisées en Algérie ont permis d'identifier des décès non signalés et des suspicions de fraude, mais ne concernent encore qu'un nombre limité de dossiers. À compter de 2025, en Algérie, 16 % des retraités seraient annuellement convoqués, dont 97 % par un partenaire bancaire algérien, prestataire de la fédération Agirc-Arrco. Cette dernière prévoit de convoquer par ce biais 60 000 retraités par an, ce qui permettra de contrôler l'ensemble des retraités résidant en Algérie en six ans.

En contradiction avec la réglementation depuis 2021¹¹⁴, la Cnav n'a pas mis en œuvre le dispositif de signalement des numéros d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques (NIR) certifiés frauduleux. Cette situation limite les actions de prévention de fraude et l'identification de paiements à tort aux personnes concernées.

Le dispositif de prévention et de détection de la fraude interne reste mis en œuvre de façon inégale au sein du réseau et peu articulé avec celui de la fraude externe. En outre, il ne couvre pas suffisamment les dossiers des travailleurs indépendants traités à partir de l'outil *Asur*.

Enfin, le dispositif de prévention des conflits d'intérêts propres aux administrateurs et agents a été renforcé. Toutefois, l'évaluation des risques et des initiatives régionales n'était pas encore consolidée au niveau national. En outre, le recueil des déclarations volontaires de liens d'intérêt reste hétérogène entre les caisses et perfectible.

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

Le contrôle interne des activités de gestion des comptes des titulaires de prestations continue de présenter des faiblesses. En effet, les limites fonctionnelles des outils de sélection et de traçage des contrôles perdurent. En particulier, l'absence d'outil intégré de contrôle des données de paiement des titulaires de prestations gérées dans l'outil *Asur* réduit l'efficacité des contrôles ainsi que leur suivi par la Cnav en vue de l'analyse de leurs résultats. Par ailleurs le risque de « désalignement » de certaines données administratives entre l'outil *Asur* et l'*Outil retraite* pour un même assuré demeure pour les dossiers les plus anciens.

¹¹³ 47,5 % selon la Cnav.

¹¹⁴ Article 87 de la loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021.

Le dispositif de contrôle interne des opérations de paiement et de comptabilisation des charges reste affecté par les limites fonctionnelles de certains outils (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 risques affectant les données de carrière à l'origine des droits à retraite des assurés

Les droits à retraite personnelle des salariés et de base des travailleurs indépendants 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) L'alimentation primaire des comptes de carrière

Les données de carrière inscrites au RGCU (9,6 milliards à fin 2024¹¹⁵) sont alimentées par les déclarations sociales des employeurs de salariés et des travailleurs indépendants auprès de l'activité de recouvrement, des données relatives à des « périodes assimilées » à des périodes d'assurance adressées par France Travail et l'assurance maladie, des 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) et, enfin, par des données provenant d'autres régimes de sécurité sociale.

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 RGCU. En effet, le contenu des conventions d'échange de données entre les organismes contribuant à ce répertoire unique demeure insuffisamment contraignant. En outre, les contrôles de corroboration portant sur les données adressées par l'ensemble d'entre eux restent limités.

Malgré les actions engagées, le nombre encore croissant de données de carrière et d'anomalies détectées sur celles-ci en attente d'identification, d'intégration ou de correction est à l'origine d'un risque de défaut de fiabilité des données reportées aux comptes des assurés concernés. Il provient notamment d'un manque de fiabilité des noms de naissance des assurés utilisés dans la déclaration sociale nominative (DSN) et de l'absence de mention des noms maritaux des assurés dans le système national de gestion des identités (*Sngi*).

¹¹⁵ Stock d'éléments de carrière « actifs » au RGCU pour tous les régimes.

En dépit d'avancées notables, les dispositifs de contrôle visant à fiabiliser 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'avoir une assurance raisonnable sur l'exhaustivité et l'exactitude des données de carrières reportées aux comptes de ces assurés. En outre, les anomalies partiellement résolues liées à la migration en 2022 des données de carrière des travailleurs indépendants vers le RGCU exposent toujours à des risques d'erreurs du décompte des droits à prestations.

Par ailleurs, le suivi mensuel de la transmission des données de cotisations sociales versées par ces assurés en provenance de l'activité recouvrement dans le RGCU affiche un niveau encore élevé d'éléments de carrière non reportés ou corrigés dans leur compte, affectant dans une mesure indéterminée leurs droits à la retraite¹¹⁶.

Enfin, le rapprochement à grande échelle des données de l'activité de recouvrement avec celles reportées aux comptes de carrière des assurés progresse de façon notable en 2024. En revanche, il ne permet pas de garantir pleinement la fiabilité et l'exhaustivité des données de cotisations sociales ainsi reportées. L'incertitude pesant sur la fiabilité des revenus déclarés par ces cotisants est toujours susceptible d'affecter l'exactitude des cotisations retenues. Celle pesant sur les flux et montants d'indemnités journalières et de pensions d'invalidité intégrées au répertoire de gestion des carrières expose à des risques d'erreur ou d'omission pour le calcul du décompte des droits à prestation.

b) Les régularisations de carrière

Les régularisations de carrière (1,4 million par an) 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 une étape obligatoire pour le paiement à bon droit des prestations. Or, environ la moitié des erreurs définitives après contrôle interne, affectant les prestations liquidées et mises en paiement, continuent de provenir de données de carrière absentes ou erronées.

En 2024, le déploiement progressif de la nouvelle application de régularisation de carrières *Syrca* a accru les risques d'erreurs, dans la phase de transition et a provoqué des retards de traitement.

Sur le périmètre des travailleurs indépendants, les régularisations de carrière qui interviennent en amont de la liquidation des droits ne représentent toujours qu'une part limitée ; ce faible nombre a pour effet de retarder la liquidation définitive des droits.

¹¹⁶ De l'ordre de 3,5 millions, de tels éléments de carrière fin 2024, représentent 2,9 % des flux annuels.

Enfin, l'efficacité du contrôle interne portant sur les régularisations de carrière n'est toujours pas suffisamment évaluée par la Cnav. Alors que les modalités de contrôle des carrières des travailleurs salariés tendent vers une homogénéité, celles des travailleurs indépendants restent hétérogènes. Les résultats font apparaître des disparités significatives entre les caisses.

3 - Les erreurs affectant les attributions de prestations

En 2024, les charges de prestations légales vieillesse progressent de 11,4 Md€¹¹⁷ pour atteindre 160,9 Md€. Elles correspondent à près de 865 400 prestations¹¹⁸ attribuées sur cet exercice dont 830 500 au moyen de l'*Outil retraite* (-5,9 % par rapport à 2023).

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 l'ensemble des prestations de retraite¹¹⁹ liquidées par les Carsat dans l'*Outil retraite*, en faveur ou au détriment des assurés. Cette mesure est réalisée à la suite ou non d'un contrôle préalable des directions comptables et financières des caisses, sur les prestations liquidées avant leur mise en paiement.

Les erreurs portant sur les prestations au titre des droits propres des travailleurs indépendants ne peuvent être que partiellement identifiées en raison d'une étude incomplète des éléments de carrière de ces assurés. En outre, la mesure exclut de son périmètre les prestations liquidées par les caisses d'Outre-mer en raison de la taille insuffisante de leur échantillon. Par ailleurs, l'effet du changement intervenu en 2024 sur la mesure du risque financier résiduel des erreurs¹²⁰ n'a été que partiellement évalué par la Cnav, ce qui limite sa comparabilité avec celui des exercices précédents.

¹¹⁷ Dont 7,2 Md€ au titre des nouvelles attributions de l'exercice (hors Allocation de solidarité aux personnes âgées - Aspa) en 2024 contre 7,3 Md€ en 2023.

¹¹⁸ Au titre des droits de base (principal et dérivé), hors prestations non contributives (dont l'Allocation de solidarité aux personnes âgées) et hors retraite complémentaire.

¹¹⁹ Droits de base (principal et dérivé), droits non contributifs (Aspa notamment), avantages complémentaires (majoration enfant, majoration tierce personne, etc.).

¹²⁰ Désormais, les montants des erreurs avec incidence financière rentrant dans le calcul des indicateurs n'incluent pas les mensualités de droits payés en dehors de l'exercice considéré.

Sous réserve de ces limites, environ une prestation légale sur dix liquidées comporterait une erreur de portée financière sur le nouveau périmètre retenu par la Cnav (contre une sur huit en 2023). Ainsi, la fréquence des erreurs de portée financière atteint 10,5 % (contre 12,4 % en 2023). La majorité de ces erreurs, qui ont toujours une cause contemporaine, augmentent sur le champ de la liquidation provisoire¹²¹ des droits propres.

En outre, le taux d'incidence financière des erreurs résiduelles s'établit à 0,99 % du montant des prestations liquidées en 2024 (contre 1,23 % en 2023). Sur la durée moyenne de service des prestations, ce taux s'établit à 0,7 % (comme en 2023). Ainsi, les attributions et révisions de droit intervenues en 2024 auraient une incidence financière en valeur de 0,9 Md€ sur toute la durée de versement des prestations, contre 1 Md€ en 2023. De surcroît, l'incidence des erreurs résiduelles de 2024 et des exercices antérieurs sur l'intégralité des charges de prestations légales de droits propres s'établit à 0,7 % (comme en 2023, à méthode comparable), soit une incidence financière évaluée à 0,8 Md€ (0,7 Md€ en 2023).

b) Les erreurs résiduelles affectant les attributions, après contrôle interne, des dossiers liquidés dans l'outil Asur

La Cnav mesure annuellement la fréquence et la portée financière des erreurs qui affectent à titre définitif les prestations de retraite nouvellement attribuées aux travailleurs indépendants dans l'outil *Asur*, en leur faveur ou à leur détriment¹²².

Les prestations attribuées au titre des droits à la retraite de base ne sont toujours que très faiblement représentées dans cette mesure car elles sont pour l'essentiel liquidées *via* l'*Outil retraite*. En effet, les droits à la retraite complémentaire également inclus dans cette mesure représentent près de 8 dossiers sur 10 de l'échantillon¹²³ sur lequel elle repose. En outre, la mesure exclut toujours de son périmètre les prestations liquidées par les caisses d'Outre-mer et certaines typologies de dossiers. *In fine*, ces limites pourraient tendre à sous-évaluer la fréquence et le montant des erreurs résiduelles mesurées. Enfin, la procédure de contrôle *a posteriori* présente encore des fragilités en raison notamment du caractère non systématique du contrôle approfondi des données de carrière.

¹²¹ La liquidation provisoire est un mécanisme qui permet de calculer une prestation de retraite sans détenir l'ensemble des pièces justificatives.

¹²² Cette mesure est réalisée à la suite ou non d'un contrôle préalable des directions comptables et financières des Carsat sur les prestations liquidées avant leur mise en paiement.

¹²³ Un dossier contrôlé peut inclure des droits relatifs au régime de base, des droits relatifs au régime complémentaire des indépendants, ou chacune des deux catégories.

Sous réserve de ces limites, la fréquence des erreurs de portée financière relatives aux droits à la retraite de base des travailleurs indépendants s'accroît pour s'établir à 2,3 % en 2024 (1,8 % en 2023). C'est également le cas pour le taux d'incidence financière des erreurs qui atteint 0,3 % (contre 0,1 % en 2023).

c) Les supervisions internes aux services ordonnateurs et les contrôles des directions comptables et financières

Des améliorations ont été constatées sur la qualité de la liquidation des droits à la retraite en 2024. Toutefois, la mise en œuvre du plan de supervision par l'ordonnateur et du contrôle par le directeur comptable et financier reste encore hétérogène dans le réseau des Carsat. Le délai de production des résultats consolidés pour 2024 par les services de l'ordonnateur limite la pleine appréciation par la Cour du résultat des actions qualité menées dans les caisses, notamment sur les prestations à fort enjeu comme l'Allocation de solidarité aux personnes âgées (Aspa).

Le processus de contrôle des dossiers liquidés au sein de la branche repose sur la sélection des dossiers *via* un modèle centré sur les risques et la généralisation d'un contrôle comptable *a posteriori*. Selon la Cnav, le taux de détection des erreurs de liquidation par les directions comptables et financières s'améliore en 2024 et s'établit à 59,7 % (56,2 % en 2023). Les marges d'erreurs qui entourent cette estimation en limitent sa portée.

Malgré les améliorations apportées au dispositif de supervision et de contrôle, la maîtrise des risques d'erreurs sur les retraites de base des travailleurs indépendants liquidées dans l'outil *Asur* reste insuffisante. En effet, la mise en œuvre de la supervision reste hétérogène au sein de la branche et les limites des outils à disposition des directions comptables et financières pour mener leurs contrôles en affectent l'efficacité. Enfin, l'absence de résultats détaillés des actions de maîtrise des risques limite le ciblage des contrôles vers les domaines présentant les risques les plus élevés.

4 - 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 2024, les caisses de retraite ont effectué près de 313 000 révisions de droit (-4 % par rapport à 2023).

En dépit de l'automatisation de l'ouverture des révisions de droit dans l'*Outil retraite*¹²⁴, le dispositif de liquidation provisoire, qui permet de liquider une prestation de retraite sans détenir l'ensemble des pièces justificatives, est encore imparfaitement piloté. S'agissant des dossiers des travailleurs indépendants, l'outil *Asur* ne permet toujours pas un suivi consolidé des délais de traitement de ces liquidations.

Malgré les actions visant à fiabiliser les données du répertoire d'échanges inter-régimes de retraite (EIRR), le nombre de majorations en attente de calcul de la pension de réversion (1,5 million à fin novembre 2024, soit +5,3 % en un an) et du minimum contributif (0,7 million à fin novembre 2024, soit +0,5 %) reste à un niveau important tant pour les travailleurs salariés que pour les travailleurs indépendants. Pour ces derniers, en l'absence d'automatisation, les calculs de majorations de pensions de réversion et du minimum contributif enregistrent un retard significatif (plus de 90 % des majorations de pension de réversion en stock non calculées à fin novembre 2024, soit 405 000 majorations)¹²⁵.

Enfin, près d'une révision de droit personnel sur huit effectuée dans l'*Outil retraite* comporterait une erreur de portée financière en faveur ou au détriment des assurés (13 %, contre 14 % en 2023)¹²⁶. Le taux d'incidence financière de ces erreurs s'établit à 0,88 % (0,96 % en 2023).

b) Les révisions de service

Les révisions de service peuvent conduire à modifier pour l'avenir la prestation versée. En 2024, les caisses de retraite ont ainsi effectué plus de 171 300 révisions de service (-0,4 % par rapport à 2023).

Le déploiement hétérogène du référentiel national de performance relatif aux révisions de service, ainsi que l'absence de distinction fiable des typologies de révisions de service résultant des limites liées aux outils, obèrent l'efficacité de la politique de supervision par l'ordonnateur et de contrôle comptable au sein du réseau.

¹²⁴ Cette automatisation des révisions de droit ne concerne pas les prestations traitées dans *Asur*, puisque cette application ne permet pas de distinguer cette catégorie, ni de procéder à un décompte fiable des révisions effectuées.

¹²⁵ Ainsi que 54 % des majorations en stock non calculées sur le minimum contributif, soit 115 000 majorations.

¹²⁶ La mesure du risque résiduel portant sur les attributions de prestations de retraite est présentée en 3-a).

La fréquence des erreurs résiduelles de portée financière relatives aux révisions de service se réduit en 2024 et s'établit à 4,5 % (9,6 % en 2023) et le taux d'incidence financière à 0,58 % (contre 1,16 % en 2023).

5 - Les incertitudes affectant les provisions pour rappels de prestations légales en attente de calcul

Les prestations légales de retraite¹²⁷ à verser aux assurés font l'objet de provisions dans les comptes dès lors que leur fait générateur est antérieur au 31 décembre de l'exercice clos (1,16 Md€ à fin 2024, contre 1,13 Md€ en 2023). La méthode d'évaluation diffère suivant la catégorie d'assurés.

La correcte évaluation de la part des provisions concernant les travailleurs salariés n'est pas pleinement garantie (1,0 Md€ à fin 2024). En effet, le dénouement *ex post* de ces provisions apparaît toujours faible au regard du montant total provisionné (0,5 Md€ ou 53 % du montant total de la provision 2023 de 0,9 Md€)¹²⁸. Le dénouement des provisions n'est d'ailleurs toujours pas analysé par la Cnav, faute de données décomposées selon le fait générateur des prestations concernées, sur plusieurs années. Enfin, la traçabilité des contrôles réalisés sur les données sous-tendant ces provisions reste mal assurée.

S'agissant des travailleurs indépendants, le changement de modalités d'estimation des provisions les concernant (0,13 Md€ au total, contre 0,21 Md€ en 2023) n'est que très partiellement justifié. En outre, les données sous-tendant l'estimation de cette provision sont incomplètes. Enfin, les limites du système d'information ne permettent pas d'analyser le dénouement de la provision.

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

Les prestations extra-légales d'action sanitaire et sociale de la branche vieillesse (0,4 Md€ de dépenses et subventions et 0,5 Md€ de prêts en 2024, montants stables par rapport à 2023) sont destinées aux retraités en situation de fragilité économique ou sociale. Le contrôle interne relatif à l'action sociale se renforce de façon notable en 2024, mais les résultats disponibles ne permettent pas encore d'apprécier pour l'ensemble de l'exercice le niveau de maîtrise des risques d'attribution et de paiement à tort des prestations par les caisses.

¹²⁷ Comprenant les droits propres, droits dérivés, Aspa et révisions de droit et services pour la partie hors EIRR ainsi que les majorations pour pensions de réversion ou encore de minimum contributif pour la partie EIRR.

¹²⁸ L'écart est encore plus important sur le seul champ calculé à partir de données du répertoire d'échanges inter-régimes de retraite (62 M€ ou 21 % de 302 M€).

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 2024, arrêtés le 7 avril 2025 par le directeur et le directeur comptable et financier.

La Cour certifie que, sous réserve 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 six cas pour lesquels la Cour ne dispose pas d'éléments probants suffisants pour :

- les faiblesses du cadre général du contrôle interne (C-1) ;
- les risques affectant les données de carrière à l'origine des droits à retraite des assurés (C-2) ;
- les erreurs affectant les attributions de prestations (C-3) ;
- les erreurs affectant les révisions de droit et de service (C-4) ;

- les incertitudes affectant les provisions pour rappel de prestations légales en attente de calcul (C-5) ;
 - les faiblesses de la maîtrise des risques affectant les prestations extra-légales d'action sociale (C-6) ;
- 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 2024

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 départements et des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH).

Au titre de l'exercice 2024, la branche autonomie a comptabilisé 40,8 Md€ de charges et dégagé un résultat excédentaire de 1,3 Md€ (après un déficit de 0,6 Md€ en 2023).

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 2024, arrêtés le 7 avril 2025 par le directeur 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 deux points particuliers relatifs à la compréhension des états financiers de la branche autonomie. La note 28 de l'annexe aux comptes de la branche autonomie fait état d'une correction d'erreur matérielle à titre exceptionnel visant à ne pas augmenter indument les charges et produits 2024 à hauteur de 0,7 Md€. Enfin, l'annexe ne mentionne pas d'engagement à l'égard des titulaires de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé au 31 décembre 2024, appréciés et évalués en fonction des règles de droit en vigueur à cette date. Ces engagements peuvent pourtant être évalués de manière fiable¹²⁹.

B - Fondements de l'opinion de la Cour

La Cour constate que les comptes de la branche autonomie de l'exercice 2024 sont affectés par deux anomalies significatives.

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

¹²⁹ 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.

de la branche autonomie. Faute d'intégrer les actifs et passifs qui auraient résulté d'un contrôle interne efficace, les comptes de la branche autonomie reflètent imparfaitement ses droits et obligations à l'égard des principaux tiers (établissements et services médico-sociaux, départements et bénéficiaires de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé, voir partie D-3 à D-5).

C - Anomalies significatives

1 - Un outil comptable défaillant

En 2024, une rupture dans la numérotation des écritures comptables, résultant d'un dysfonctionnement du logiciel, est à nouveau constatée ce qui induit une incertitude sur l'intégrité des écritures comptables au 31 décembre 2024.

Cette défaillance s'ajoute à plusieurs autres limites importantes : 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 s'agissant des modifications de coordonnées bancaires.

2 - Un défaut de rattachement de produits à l'exercice

Une part des impôts et taxes affectés (41 M€), des dépréciations correspondantes (18 M€) ainsi que des provisions pour risques (10 M€), ne peut être ni comptabilisée ni notifiée par l'Acosse à la CNSA sur le correct exercice. Cette anomalie significative est développée dans l'opinion de la Cour sur les comptes de l'activité de recouvrement (cf. C-1).

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 une fonction de directeur comptable et financier dans chaque organisme national du régime général.

Les comptes provisoires adressés le 25 février n'ont pas été accompagnés d'un dossier de clôture. Une partie des justificatifs reçus a été communiquée ou élaborée au fil de l'eau par la CNSA. Le défaut, le caractère inabouti ou le retard de transmission de certaines données témoignent de fragilités du processus d'élaboration et de justification des états financiers. Le périmètre et le contenu des contrôles de la direction comptable restent insuffisamment structurés. Leur bilan n'a pas été communiqué.

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.

Les charges constatées au titre des établissements et services médico-sociaux (ESMS) ne sont pas rapprochées des données de tarification détenues par les services ordonnateurs. Par ailleurs, un reliquat de charges à payer de 2022 (37 M€) est maintenu à tort dans les comptes.

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

La fiabilisation des circuits comptables entre la CNSA et les autres branches du régime général (maladie et famille) et les autres régimes (régime agricole notamment) 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.

2 - Les faiblesses du cadre général du contrôle interne

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

Le dispositif de contrôle interne de la CNSA, qui s'est consolidé en 2024, ne couvre qu'insuffisamment les opérations effectuées par la branche. Les articles D. 114-4-6 et suivants du code de la sécurité sociale qui fixent les règles applicables au contrôle interne des caisses nationales

du régime général ne sont qu'en partie mis en œuvre, en raison du déploiement progressif par la caisse du dispositif. En particulier, le plan de contrôle interne n'intègre pas d'actions relatives à la lutte contre les fraudes et la politique de contrôle reste à formaliser et déployer.

La carte des processus et des risques couvre la caisse nationale mais pas le périmètre de la branche autonomie, alors qu'il revient à la CNSA, en tant que gestionnaire du risque autonomie, d'intégrer les risques liés aux activités et décisions des autres parties prenantes (agences régionales de santé, maisons départementales des personnes handicapées et départements).

Les processus sont insuffisamment transverses, étant identifiés par direction plutôt que par métier. Les risques et leurs cotations manquent d'harmonisation, mais également d'actions de contrôle et d'indicateurs significatifs et adaptés. Les activités gérées par la CNSA ne sont pas systématiquement encadrées par des procédures, et celles qui existent présentent une forte hétérogénéité.

Dans le cadre de sa mission d'audit des départements, des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) et des maisons départementales de l'autonomie, la CNSA a conduit en 2024 des audits préfiguratifs au sein des MDPH. Les départements n'ont pas encore été intégrés à ce périmètre. L'absence de décret d'application ne permet pas de rendre opposable le référentiel de contrôle interne élaboré en 2024.

Pour la première fois depuis la création de la branche autonomie, un programme d'audit interne a été défini. Cependant, un seul audit sur les cinq prévus en 2024 a été mené. Contrairement aux normes visant à assurer son indépendance¹³⁰, l'audit interne n'est pas directement rattaché à la direction générale.

Les conventions qui lient la CNSA à la Cnaf et à la Cnam ne sont pas suffisamment précises pour être mises en œuvre efficacement dans le champ du contrôle interne. En 2024, la Cnam et la Cnaf n'ont transmis aucun résultat relatif à l'année en cours. La convention plus précise avec la Cnaf, préparée en 2023, n'a pas été signée en 2024.

¹³⁰ L'article D. 114-4-9 du code de la sécurité sociale prévoit que « *les auditeurs exécutent leur mission et rendent compte de ses résultats en toute indépendance* ».

b) Un dispositif de contrôle interne en cours d'élaboration pour les activités des MDPH

Les MDPH instruisent les demandes de prestations formulées par les personnes en situation de handicap, telles l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (1,6 Md€ à fin 2024) et la prestation de compensation du handicap (3,1 Md€ versés par les départements en 2024 dont 0,95 Md€ financé par la branche autonomie). Malgré la participation des MDPH¹³¹ au réseau « fonctionnel » de la CNSA, cette dernière ne participe pas à leur gouvernance¹³².

Dans un contexte de pratiques fortement disparates, l'absence de référentiel national de contrôle interne opposable en 2024 ne permet pas de disposer d'une assurance raisonnable sur la fiabilité du traitement des dossiers par les MDPH et expose la CNSA à prendre en charge des dépenses ne respectant pas le principe du paiement à bon droit.

La CNSA est chargée de la conception et de la mise en œuvre d'un système d'information commun des MDPH¹³³, interopérable avec ceux des départements et des Caf. Toutefois, son architecture actuelle repose sur une pluralité de systèmes d'information¹³⁴, ce qui limite l'action de la CNSA notamment en matière de pilotage, d'équité de traitement et de gestion du risque.

Les fonctionnalités des systèmes d'information des MDPH sont inégalement déployées et utilisées. La connexion des MDPH aux téléservices n'est pas généralisée. La dématérialisation des dossiers entre les MDPH et les Caf est incomplète. Le faible usage des demandes en ligne et les limites des systèmes exposent à des risques d'erreur.

La CNSA ne dispose pas de données complètes, récentes et de qualité harmonisée relatives à l'activité des MDPH.

¹³¹ Groupements d'intérêt public sous la tutelle administrative et financière des départements.

¹³² Les dispositions relatives au *service public départemental de l'autonomie* ne corrigent pas cette lacune, dans la mesure où seuls les organismes régionaux et locaux de sécurité sociale y sont directement associés.

¹³³ Articles L. 247-2 et R. 247-12 du code de l'action sociale et des familles.

¹³⁴ L'expérimentation du premier module national relatif à l'évaluation des demandes des requérants est dans l'attente de la publication du décret autorisant le traitement de données personnelles.

*c) L'absence de dispositifs connus de contrôle interne applicables
aux activités des départements*

Malgré l'importance des concours de la CNSA au financement des prestations et actions que les départements versent (5,5 Md€), faute de référentiel opposable de contrôle interne, la caisse ne détient pas les informations nécessaires pour s'assurer de la fiabilité du traitement des dossiers et pour favoriser un traitement équitable sur le territoire.

La branche autonomie ne dispose pas de données récentes et harmonisées sur les processus relatifs aux personnes âgées. Moins d'un tiers des départements ont déployé un téléservice de demande d'allocation personnalisée d'autonomie. Le calendrier du système d'information de gestion de l'allocation personnalisée d'autonomie dont la CNSA porte le projet a été retardé. Enfin, le module grand âge du logiciel *ViaTrajectoire*¹³⁵ n'est pas encore équipé d'un outil de restitution statistique.

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

Les dispositifs de contrôle interne des branches maladie et famille couvrent insuffisamment les risques financiers auxquels est exposée la branche autonomie¹³⁶. Aucune information n'est transmise sur les contrôles et leurs résultats par les agences régionales de santé et les départements. Cela affecte la fiabilité et l'exactitude des opérations enregistrées dans les comptes.

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

La cartographie mise à jour en 2024 recense toujours des risques majeurs relatifs à la gestion des projets informatiques, notamment sur le projet *Sidoba*¹³⁷. Le plan de contrôle interne relatif à la gestion du système d'information est encore partiel, ne couvrant notamment pas tous les risques liés à la continuité d'activité et au pilotage de la production informatique. La revue annuelle des habilitations a été renforcée en 2024 mais elle a toutefois mis en exergue des faiblesses dans la gestion du service d'annuaire d'entreprise¹³⁸.

¹³⁵ Logiciel d'aide à l'orientation et à l'admission des personnes âgées.

¹³⁶ Voir l'opinion de certification des comptes des branches maladie et famille.

¹³⁷ Système d'information de l'offre de la branche autonomie.

¹³⁸ Service qui permet d'administrer et de gérer les accès au système d'information.

En raison du recrutement tardif de la nouvelle responsable de la sécurité des systèmes d'information, la mise en œuvre de la nouvelle politique de sécurité de ces systèmes, établie fin 2022, a faiblement progressé en 2024, faisant supporter des risques majeurs à la CNSA. Les travaux visant à assurer l'application du règlement général de la protection des données (RGPD) ont été lancés, mais de nombreuses actions restent à mettre en œuvre, ce qui expose la CNSA à des risques de non-conformité.

f) La portée de la lutte contre les fraudes

La CNSA n'applique pas les dispositions de l'article L. 114-9 du code de la sécurité sociale qui prévoient la conception et la mise en œuvre d'un programme de lutte contre la fraude. Le plan d'actions relatif à la cartographie des risques de fraude achevée fin 2024 demeure à déployer.

Les Caf ne contrôlent que le respect des conditions administratives de l'AEEH (à l'exclusion de ses conditions médicales dont le contrôle incombe aux MDPH). Selon une auto-évaluation, seules 8 % de ces dernières ont engagé une démarche de prévention, de détection ou de suivi des fraudes. S'agissant des prestations directement attribuées par les départements, la CNSA n'a pas connaissance des contrôles mis en œuvre.

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. En particulier, l'outil comptable ne permet pas de retracer l'ensemble des opérations.

Les actions de prévention des conflits d'intérêts des agents de la CNSA apparaissent insuffisantes. Le même constat s'applique au dispositif prévu pour les membres du Conseil et du Conseil scientifique : seules 20 des 75 déclarations d'intérêt attendues ont été enregistrées en 2024.

g) Les indicateurs de risque financier résiduel

La CNSA n'a pas mis en place, en lien avec la Cnam, de mesure du risque financier résiduel affectant les règlements des dotations et forfaits (30,7 Md€ en 2024). L'échantillon de l'indicateur de risque financier résiduel, après contrôle interne, établi par la branche maladie sur les règlements de frais de santé en prix de journée (0,6 Md€ en 2024) reste limité (37 dossiers contre 66 en 2023).

Elle ne s'est pas non plus dotée d'un indicateur mesurant le risque résiduel relatif au traitement des dossiers d'AEEH par les MDPH auxquelles incombe l'attribution du droit. La Cnaf n'établit pas

d'indicateur de risque financier résiduel propre à l'AEHH. En 2024, l'indicateur « données déclaratives » relatif aux prestations du risque autonomie (agréant aussi l'AAH) s'établit à 3,9 %¹³⁹ en valeur centrale (3,5 % en 2023). L'indicateur attribuable à des erreurs internes s'établit quant à lui à 1,52 %¹⁴⁰ (0,72 % en 2023).

3 - Les erreurs affectant le financement des établissements et services médico-sociaux

a) Les dotations versées aux établissements

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 agences régionales de santé (ARS) et transmis pour paiement aux Cnam (30,7 Md€ en 2024)¹⁴¹. Malgré la généralisation des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (Cpom) sur lesquels s'appuient les ARS, l'absence de contrat signé ou renouvelé a été constatée.

Le défaut de transfert automatisé aux Cnam des arrêtés des ARS induit un risque d'erreur de comptabilisation des charges correspondantes dans l'exercice. De plus, les contrôles opérés par les Cnam ne couvrent que partiellement le risque de règlement à tort d'une dotation. Le risque est accentué par l'incapacité des outils à traiter adéquatement les versements de crédits exceptionnels et les avances. Par ailleurs, la CNSA ne dispose pas d'information suffisante sur les contrôles opérés par les ARS pour prévenir les erreurs et la fraude.

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 de ces personnes. Alors que cela est prévu par la réglementation, les ARS et les départements n'actualisent pas régulièrement les données, ce qui induit un risque de décorrélation du montant alloué par rapport à l'état réel de santé et du niveau de dépendance des résidents.

¹³⁹ Compte tenu de la taille de l'échantillon, le taux est compris, avec une probabilité de 95 %, entre 1 % et 6,7 % du montant des prestations versées, soit respectivement 144 M€ et 962 M€.

¹⁴⁰ Compte tenu de la taille de l'échantillon, le taux est compris, avec une probabilité de 95 %, entre 0,65 % et 2,39 % du montant des prestations versées, soit respectivement 98 M€ et 360 M€.

¹⁴¹ Les prix de journée facturés directement à l'assurance maladie (0,6 Md€ en 2024) ont désormais un caractère minoritaire.

Aucun contrôle n'est réalisé 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.

La mise en place de contrôles sur les dotations versées aux établissements accueillant des personnes en situation de handicap (14,5 Md€ en 2024) se trouve limitée par l'absence de liste opposable définissant les produits et prestations remboursables pouvant être inclus dans les tarifs de ces établissements.

b) Les bases de données

Les demandes de trésorerie des Cnam à l'Acoss présentent des erreurs de répartition entre les branches maladie et autonomie, causées par des limites logicielles qui nécessitent des ajustements manuels. L'absence de contrôle *a priori* a rendu nécessaire le déploiement de contrôle *a posteriori* pour les identifier.

Par ailleurs, la coexistence de plusieurs bases de données relatives aux établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS), administrées par des acteurs différents, sans interface, entraîne des ressaisies manuelles et fait obstacle à la fiabilisation des données. Ces informations ne font pas l'objet de rapprochements par les branches maladie et autonomie.

Le déploiement actuel de l'applicatif *Resid-ESMS* ne permet pas un suivi exhaustif des usagers et des établissements. En l'absence d'une utilisation obligatoire, les contrôles de la branche maladie sur les doubles paiements sont limités.

La base de données *ViaTrajectoire Handicap* a vocation à être utilisée par l'ensemble des acteurs du handicap (MDPH, ARS, départements) afin d'orienter les personnes vers les établissements. Le degré d'exhaustivité des données enregistrées dans cette base demeure insatisfaisant et leur faible niveau de fiabilité ne permettent pas aux MDPH d'orienter les usagers en fonction des places disponibles et d'effectuer un suivi après l'orientation.

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.

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

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

En 2024, le nombre de contrôles effectués par la CNSA rapporté au nombre de dossiers attribués demeure limité. Les travaux, engagés en 2023 et non terminés en 2024, relatifs au suivi, à l'analyse de l'ancienneté et au dénouement des montants restant à verser, doivent être généralisés à l'ensemble des investissements.

b) Les dépenses d'intervention

Le montant restant à verser au titre des subventions d'intervention¹⁴² (0,2 Md€ à fin 2024), non actualisé, est surestimé. Par ailleurs, ces charges à payer sont classées dans une catégorie qui ne correspond pas à leur nature.

Enfin, les contrôles instaurés en fin d'exercice demeurent insuffisants et n'apportent pas une assurance raisonnable sur la conformité des dépenses aux objectifs des conventions, sur la régularité de leur exécution financière et sur la matérialité des actions engagées.

c) Les concours aux conseils départementaux

La CNSA verse aux départements des concours au financement notamment de l'allocation personnalisée d'autonomie (3,1 Md€) et de la prestation de compensation du handicap (0,9 Md€), au titre du soutien au secteur d'aide à domicile (1 Md€) et de la commission des financeurs¹⁴³ (0,2 Md€). La CNSA répartit les concours entre les départements en appliquant certains critères à des données émanant pour partie des départements eux-mêmes¹⁴⁴ sans possibilité de correction par ses services.

Le rapport de la CNSA sur le bilan de la mise en œuvre de la dotation complémentaire publié en 2025 fait état de plusieurs irrégularités relevées dans les pratiques de certains départements, affectant une partie de leur financement de 34 M€ en 2022 et 241 M€ en 2023.

¹⁴² Subventions allouées pour différentes actions notamment celles relatives à la modernisation de l'aide à domicile, à la professionnalisation et aux formations.

¹⁴³ La commission des financeurs réunit les institutions engagées dans les politiques liées à la prévention de la perte d'autonomie et à l'habitat inclusif.

¹⁴⁴ 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 cette allocation (1,6 Md€ de charges en 2024) est subordonnée à des conditions médicales appréciées par les MDPH et à des conditions administratives vérifiées par les Caf.

a) Les données des MDPH et des autres partenaires

La transmission de l'ensemble des informations requises pour la demande d'AEEH n'est pas effectuée par chaque MDPH, ce qui entraîne des erreurs ou omissions dans les informations enregistrées par les Caf qui ne les récupèrent pas systématiquement par ailleurs.

La dématérialisation des échanges de données entre les MDPH et les Caf progresse (72 % à fin 2024 contre 48 % fin 2023) mais reste contrastée sur le territoire. De plus, son périmètre incomplet rend encore nécessaire une transmission manuelle de certaines notifications des MDPH, laquelle est inégalement assurée selon les territoires.

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 forte progression des versements effectués au titre de cette allocation (+50 % en cinq ans), les risques liés à l'AEEH sont insuffisamment sécurisés par la branche famille.

En tant qu'organisme payeur, il revient aux Caf de s'assurer de la cohérence des données fournies par les MDPH, telle que la durée d'attribution par rapport au taux d'incapacité. Du fait de contrôles rendus obligatoires par la Cnaf à partir d'avril 2024 partiellement mis en œuvre et sans reprise des dossiers antérieurs, des versements sur une durée non réglementaire continuent d'être effectués.

D'autres pratiques des MDPH, contraires à la réglementation, entraînent des versements à tort par les Caf. Ainsi, des dérogations pour éviter une rupture de droit peuvent se traduire par des renouvellements rétroactifs. De plus, le versement à tort de certains compléments AEEH conduit la branche autonomie à financer des dépenses dont la prise en charge n'est pas prévue par le code de la sécurité sociale.

Trois types de compléments à l'AEEH peuvent être versés (0,6 Md€) : pour réduction ou cessation d'activité, pour emploi d'une tierce personne et pour frais. Cependant, seuls les compléments versés pour compenser la restriction de l'activité professionnelle des parents font l'objet d'un contrôle par les Caf. Bien que cela soit prévu par le code de la sécurité sociale, les Caf ne vérifient pas le recours réel à une tierce personne ni l'effectivité des frais engagés. Par ailleurs, à défaut d'une transmission systématique par les MDPH de l'attribution de la PCH et de l'option de ce droit par les familles, un versement à tort de compléments AEEH par les Caf à des allocataires n'y ayant pas droit peut intervenir.

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 responsabilité¹⁴⁵. 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.

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).

¹⁴⁵ Conformément à la norme ISA 200 « *Objectifs généraux de l'auditeur indépendant et conduite d'un audit selon les normes internationales d'audit.* »

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° 24-205 du 25 mars 2024 portant sur les normes professionnelles de la Cour et des chambres régionales et territoriales des comptes, pris en application de l'article L. 120-4 du code des juridictions financières, la Cour applique les normes ISA et la norme ISQC 1 dans la mesure de leur compatibilité avec la nature particulière de ses missions de certification ainsi qu'avec les dispositions du code des juridictions financières. Ainsi, plusieurs normes n'ont pas trouvé à s'appliquer pour tout¹⁴⁶ ou partie¹⁴⁷ de leurs dispositions.

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 ;

¹⁴⁶ 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.

¹⁴⁷ 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.

- 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 depuis l'exercice 2023¹⁴⁸.

Ils sont établis en application du plan comptable unique des organismes de sécurité sociale (PCUOSS), qui ne s'écarte des dispositions du règlement n° 2014-03 de l'Autorité des normes comptables relatives au plan comptable général (modifié au 1^{er} janvier 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, 27 décembre 2023 et 5 juillet 2024.

B - Les responsabilités des organismes nationaux du régime général

En application de l'article R. 114-6-1 du code de la sécurité sociale, les comptes sont établis par le directeur comptable et financier (directeur comptable pour la CNSA) et arrêtés par le directeur (directeur général pour la Cnam), puis présentés au conseil d'administration (conseil pour la Cnam et la CNSA) pour approbation.

Les comptes de l'activité de recouvrement et des branches maladie, AT-MP, famille et vieillesse résultent de la combinaison des comptes des organismes nationaux établissements publics de l'État (Acoss, Cnam, Cnaf et Cnav) et de ceux des organismes locaux (CPAM, Caf, Carsat, Urssaf et CGSS notamment) relevant de leurs réseaux respectifs. Les comptes de la branche autonomie correspondent à ceux de la CNSA, qui en est le seul organisme.

Les comptes annuels des organismes locaux ne sont pas soumis à une procédure de certification par un auditeur externe. Sur le fondement des articles L. 114-6 et D. 114-4-2 du code de la sécurité sociale, le

¹⁴⁸ Arrêté du 2 février 2024 modifiant le calendrier d'établissement et de transmission des comptes annuels des organismes de sécurité sociale.

directeur comptable et financier de l'organisme national les valide, en attestant qu'ils sont réguliers et sincères et donnent une image fidèle de leur situation financière et de leur patrimoine. À cette fin, il effectue des audits et des contrôles.

III - Vérifications effectuées par la Cour

A - Démarche d'audit

La Cour applique une démarche d'audit homogène pour l'activité de recouvrement et pour chacune des branches du régime général. Cette démarche vise à réduire le risque d'audit, entendu comme le risque d'exprimer une opinion différente sur les états financiers de celle que la Cour aurait exprimée si elle avait identifié l'ensemble des anomalies significatives dans les comptes. Elle couvre quatre enjeux principaux :

- la vérification de l'exhaustivité et de l'exactitude de la prise en compte, dans la comptabilité générale, des informations issues de la gestion des prélèvements sociaux et des prestations sociales, ce qui suppose, en particulier, d'identifier et de suivre un chemin de révision de la comptabilisation des opérations effectuées ;
- la vérification de la conformité des écritures aux principes comptables généraux, de la pertinence et de la permanence des méthodes, de l'exhaustivité du recensement des passifs et du caractère raisonnable des enregistrements comptables qui résultent d'une estimation, afin de s'assurer de la correcte détermination du résultat de l'exercice ;
- l'examen des dispositifs de contrôle interne, compte tenu de la volumétrie des opérations effectuées et comptabilisées ; à ce titre, l'évaluation de la fréquence et de l'incidence financière des erreurs qui, malgré ces dispositifs, affectent par rapport aux règles de droit applicables les opérations effectuées et comptabilisées et, ce faisant, la correcte représentation des droits et obligations des entités de sécurité sociale à l'égard des tiers retracés par leurs états financiers ;
- l'évaluation de la qualité de l'information financière procurée par les états financiers, y compris l'annexe aux comptes.

La mission de certification des comptes du régime général confiée à la Cour concerne aussi des entités tierces à ce dernier. Ainsi, en raison du rôle central du réseau des Urssaf dans la collecte des prélèvements sociaux, la Cour audite les flux et les soldes notifiés aux attributaires significatifs

extérieurs au régime général (comme la Cades) ou à la sécurité sociale (Unedic 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 organismes¹⁴⁹ 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 2024).

Compte tenu des relations financières des régimes agricoles avec le régime général, la Cour est rendue destinataire par les commissaires aux comptes de la caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA) d'éléments d'appréciation sur le contrôle interne déployé au titre de ces régimes. Au titre de la compensation par l'Acoss au régime de retraite complémentaire des salariés de la réduction générale de cotisations, depuis le 1^{er} janvier 2019, la Cour est par ailleurs rendue destinataire d'une attestation des commissaires aux comptes de l'Agirc-Arrco. Des échanges sont par ailleurs intervenus avec les commissaires aux comptes de certains établissements de santé et médico-sociaux, au titre de la certification des comptes des branches maladie et autonomie.

¹⁴⁹ L'Unedic, 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), l'Association paritaire nationale d'information et d'innovation (APNI), le régime local d'assurance maladie d'Alsace-Moselle et la Caisse de prévoyance et de retraite du personnel ferroviaire (CPRPF).

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* »¹⁵⁰.

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 %.

¹⁵⁰ 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.

2 - Les systèmes d'information

Les dispositifs de contrôle interne propres aux systèmes d'information ont également été audités, afin d'évaluer la portée des risques informatiques. La Cour a notamment examiné les processus relatifs à la sécurité des systèmes d'information, face au risque de cyberattaque en particulier, et aux dispositifs de secours informatique.

Les exigences réglementaires applicables en matière de sécurité des systèmes d'information¹⁵¹ 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 premier audit a porté sur les traitements informatiques de répartition des produits de prélèvements sociaux, charges et encaissements (et ce faisant des créances) entre les différents organismes attributaires et un second sur l'estimation des dépréciations de créances sur les cotisants ;
- pour les branches maladie et AT-MP, un audit a porté sur le nouvel outil du système de gestion du service du contrôle médical (*Matis*), le second audit s'est intéressé au nouvel outil de liquidation des prestations en nature (*Météore*), dont les premiers lots ont été déployés pour la prise en charge des dépenses de pharmacie ;
- pour la branche famille, un audit a porté sur les estimations de la provision pour rappel de prestations et des dépréciations de créances concernant l'allocation de soutien familial recouvrable (ASFR) et hors ASFR ;
- pour la branche vieillesse, un audit a porté sur les provisions pour rappels relatifs au dispositif d'échange inter-régime de retraites (EIRR) et sur les provisions pour rappels hors EIRR.

¹⁵¹ 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 des organismes de sécurité sociale en tant qu'opérateurs de services essentiels (OSE) en septembre 2019.

3 - Les enregistrements comptables et l'information financière

La justification des opérations comptabilisées et la correcte application par les organismes locaux des traitements comptables fixés par les organismes nationaux ont été vérifiées, ainsi que la correcte comptabilisation par les caisses nationales des notifications de l'Acoss. S'agissant de l'activité de recouvrement, la Cour a plus largement examiné la correcte répartition entre les attributaires de l'Acoss des produits, des encaissements et des charges de prélèvements sociaux et d'impôts et de taxes affectés, ainsi que la réciprocité des créances et des dettes avec l'État.

Ont également été audités les enregistrements comptables qui résultent d'une estimation, notamment les dépréciations de créances sur les cotisants (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.

La décision récente d'une cour d'appel¹⁵² statuant sur la révision du calcul de l'AAH différentielle pourrait faire jurisprudence en contraignant la caisse à recalculer à la hausse le montant de l'AAH pour plus de 268 000 bénéficiaires. L'attente d'un potentiel pourvoi de la Cnaf et d'une estimation plus précise des enjeux financiers pourra impliquer une limitation aux travaux d'audit par insuffisance d'éléments probants.

¹⁵²L'arrêt rendu par la cour d'appel d'Aix-en-Provence le 7 février 2025 condamne la CAF du Var à revoir le calcul de l'AAH différentielle perçue par une allocataire en complément d'une pension de vieillesse au motif que les abattements fiscaux sur les ressources prévues n'avaient pas été intégrés.

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 2024 et le 15 mai 2025, 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.

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, faute de production par l'Acos de données détaillées par attributaire.

C - Suivi des constats formulés par la Cour au titre de l'exercice 2023

Les développements suivants précisent les progrès intervenus par rapport au précédent exercice 2023, les difficultés nouvellement identifiées et celles qui se sont renforcées.

La Cour avait certifié les comptes de l'activité de recouvrement de l'exercice 2023 en assortissant son opinion d'une réserve fondée sur le constat de deux anomalies significatives et de sept insuffisances d'éléments probants.

L'anomalie significative portant sur le défaut persistant de rattachement de produits à l'exercice (C-1 du rapport de certification des comptes de 2023) est maintenue, mais son intensité a baissé en 2024 en raison du retraitement en engagements hors bilan des comptes de l'État de la plupart des créances d'*Exit Tax*¹⁵³. Celle portant sur la sous-évaluation des provisions pour risques est levée en raison de provisions couvrant dorénavant toutes les périodes à risque (C-2). En revanche, le caractère trop incertain de cette évaluation conduit à introduire une nouvelle insuffisance d'éléments probants sur ce point.

¹⁵³ Dispositif d'imposition des revenus et plus-values en cas de transfert du domicile fiscal hors de France (article 167 bis du code général des impôts).

Par ailleurs, la portée des constats sur les produits à recevoir de remises sur les prix des médicaments et des dispositifs médicaux (D-1) justifie leur repositionnement au niveau de l'insuffisance d'éléments probants portant sur les estimations comptables (D-2). C'est également le cas des constats portant sur la répartition des produits de prélèvements sociaux entre les organismes attributaires (D-3) rattachés à l'insuffisance portant sur le contrôle interne des activités des Urssaf (D-4), portant *in fine* leur nombre à six pour l'exercice 2024. Enfin, plusieurs constats ont été allégés (D-4, D-5 et D-6) au regard de progrès sur le contrôle interne. Un nouveau point d'audit a été introduit sur les allègements généraux des cotisations famille et maladie (D-4).

La Cour avait certifié les comptes de la branche maladie de l'exercice 2023 en assortissant son opinion d'une réserve fondée sur le constat de deux anomalies significatives et de dix insuffisances d'éléments probants. Une nouvelle anomalie significative est ajoutée en 2024, au titre du non-rattachement à l'exercice de produits d'impôts et taxes affectés (valorisés pour la première fois par l'Acosse par branche attributaire), ainsi qu'une nouvelle insuffisance d'éléments probants, regroupant les constats relatifs au recouvrement des créances d'indus.

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

La Cour était dans l'impossibilité de certifier les comptes de la branche famille de l'exercice 2023, s'appuyant pour fonder son opinion sur 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, aux erreurs affectant les prestations extra-légales d'action sociale, et au recouvrement des indus sur prestations.

Au 31 décembre 2024, les six insuffisances d'éléments probants demeurent. Les constats formulés dans le cadre de l'opinion exprimée sur les comptes 2023 évoluent peu. La branche famille a continué le déploiement du plan d'actions en vue d'améliorer la qualité de la liquidation des prestations dont les effets ne sont pas encore pleinement opérationnels. Les fragilités du dispositif de contrôle interne perdurent et les mesures de couverture du risque financier, dégradées en 2024, ne permettent pas de maîtriser 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 2023 en assortissant son opinion d'une réserve fondée sur sept insuffisances d'éléments probants.

L'insuffisance d'éléments probants portant sur les données relatives aux cotisations versées par les travailleurs indépendants (C-3 du rapport de certification des comptes de 2023) a été fusionnée avec celle portant sur les anomalies affectant les données de carrière à l'origine des droits à retraite (C-2), s'agissant d'éléments de constats communs aux données de carrière. Celle relative à la provision EIRR a été élargie aux provisions pour prestations légales dans leur ensemble, ce qui *in fine* porte leur nombre à six en 2024.

La Cour avait certifié les comptes de la branche autonomie de l'exercice 2023 en assortissant son opinion d'une réserve fondée sur le constat d'une anomalie significative et de cinq insuffisances d'éléments probants.

Par rapport à l'opinion exprimée sur les comptes de 2023, plusieurs nouveaux constats d'audit ont été ajoutés en lien avec les difficultés rencontrées lors de l'audit des comptes 2024.

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 pièces¹⁵⁴. Pour la branche maladie, ces travaux 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)¹⁵⁵, 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 générale de la cohésion sociale, la direction du budget et la DGFIP.

Au terme des missions intermédiaires, la Cour a adressé le 25 novembre 2024, 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 2025. 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

¹⁵⁴ Pour l'activité de recouvrement, les Urssaf d'Île-de-France, d'Alsace, des Pays-de-la-Loire, d'Aquitaine, de Poitou-Charentes, de Provence-Alpes-Côte d'Azur, 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 Paris, du Var, du Morbihan, de Seine-et-Marne, de la Mayenne et la Carsat de Marseille. Pour la branche famille, les CAF d'Île-et-Vilaine et de Seine-Saint-Denis. Pour la branche vieillesse, la Cnav en Île-de-France, Bretagne et Centre val de Loire. Au titre de la branche autonomie, les CPAM de Paris et du Var, les Caf de Seine-Saint-Denis et d'Île-et-Vilaine.

¹⁵⁵ MDPH de Seine-Saint-Denis, d'Île-et-Vilaine et de Paris.

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 24 février et les versions définitives le 14 mars 2025.

La Cour a recueilli auprès de chacun des organismes nationaux, les 24 février 2025, les déclarations de la direction prévues par la norme internationale d'audit ISA 580, portant sur des points susceptibles d'affecter ses opinions sur les comptes, tels que les écarts entre les règles de gestion et les règles de droit applicables, les anomalies et incidents informatiques non résolus, les risques juridiques et les fraudes internes. La nature et les résultats des travaux effectués par les directions comptables et financières des organismes nationaux afin de valider les comptes des organismes locaux ont été évalués, la norme ISA 610 reconnaissant à l'auditeur la faculté de les utiliser pour ses propres travaux.

Au cours des vérifications opérées sur les comptes du régime général de l'exercice 2024, 42 observations d'audit ont été adressées aux producteurs des comptes (39 au titre des comptes de 2023). 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€
322,0	Baisse du résultat du régime général et des autres attributaires	17,0
1 111,5	Hausse du résultat du régime général et des autres attributaires	293,0
40 180,28	Reclassements sans incidence sur les résultats du régime général	39 836,0

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 28 mars 2025¹⁵⁶.

En application de la norme ISA 580, les directeurs et les directeurs comptables et financiers des organismes nationaux ont transmis à la Cour, entre le 9 et le 14 avril 2025, 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 11, 14 et 16 avril 2025 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 de la directrice générale des finances publiques.

¹⁵⁶ L'arrêté du 2 février 2024 modifiant le calendrier d'établissement et de transmission des comptes annuels des organismes de sécurité sociale précise que : « l'annexe aux états financiers provisoire est transmise en version complète à la mission comptable permanente le 22 mars suivant la clôture de chaque exercice ».

Annexes

A - Les états financiers de l'exercice 2024

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 (55,7 Md€ au total en 2024). De même, les prestations versées par les Caf pour le compte de l'État (aides au logement, prime d'activité et AAH), des départements (RSA) et de la CNSA (AJPA et AEEH) ne figurent pas au compte de résultat de la branche famille, compte tenu de leur comptabilisation uniquement au bilan, en comptes de tiers (53,6 Md€ au total en 2024). Enfin, les prestations versées par les Cnam pour le compte de tiers (principalement au titre de l'aide médicale de l'État) s'établissent à 1,5 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€)	2024			2023	Variation
	Brut	Amort. Dépréc.	Net	Net	
Immobilisations financières	9 494,3	0,0	9 494,2	6 086,6	56,0 %
Autres	1 822,6	1 118,1	704,5	674,4	4,5 %
ACTIF IMMOBILISÉ	11 316,9	1 118,1	10 198,7	6 761,0	50,8 %
Créances de cotisations, contributions sociales et d'impôts de sécurité sociale	85 752,1	25 425,7	60 326,4	57 058,9	5,7 %
Créances sur l'État et entités publiques	14 519,9	0,0	14 519,9	14 012,7	3,6 %
Créances sur les organismes et autres régimes de sécurité sociale	24 696,9	0,0	24 696,9	15 980,2	54,5 %
Autres actifs (dont notamment débiteurs divers et comptes transitoires ou d'attente)	694,3	357,8	336,5	790,5	-57,4 %
TOTAL DE L'ACTIF CIRCULANT	125 663,3	25 783,5	99 879,3	87 842,3	13,7 %
TRÉSORERIE ACTIVE	27 021,3	0,0	27 021,3	12 760,5	111,8 %
TOTAL ACTIF	164 001,5	26 901,6	137 099,9	107 363,8	27,7 %

PASSIF (en M€)	2024	2023	Variation
Dotations, apports	47,0	47,0	0,0 %
Réserves	328,0	345,8	-5,1 %
Report à nouveau	187,4	187,6	-0,1 %
Résultat de l'exercice	-17,8	-17,8	0,3 %
Autres	0,4	0,3	32,0 %
TOTAL DES FONDS PROPRES	545,0	562,8	-3,2 %
PROVISIONS	4 382,6	4 127,9	6,2 %
DETTES FINANCIÈRES	39 905,9	14 374,8	177,6 %
Dettes à l'égard des cotisants	4 613,9	4 472,3	3,2 %
Dettes liées aux prestations sociales	11,2	10,1	10,9 %
Dettes à l'égard de l'État et entités publiques	2 554,1	2 924,1	-12,7 %
Dettes à l'égard d'organismes et autres régimes de sécurité sociale	77 766,8	74 436,4	4,5 %
Autres dettes (dont notamment compte de suivi financier, créiteurs divers et comptes transitoires ou d'attente)	7 050,2	6 226,6	13,2 %
TOTAL DES DETTES NON FINANCIÈRES	91 996,2	88 069,5	4,5 %
TRÉSORERIE PASSIVE	270,2	228,8	18,1 %
TOTAL PASSIF	137 099,9	107 363,8	27,7 %

Compte de résultat résumé - Activité de recouvrement

PRODUITS (en M€)	2024	2023	Variation
Cotisations, impôts et produits affectés	545 041,4	524 202,2	4,0 %
Cotisations sociales	256 728,1	245 438,2	4,6 %
Impôts : contribution sociale généralisée	153 831,9	148 087,7	3,9 %
Impôts et taxes affectés	115 483,9	112 627,6	2,5 %
Autres cotisations et contributions affectées	18 997,6	18 048,7	5,3 %
Produits techniques	16 724,1	16 035,1	4,3 %
Reprises sur provisions pour charges techniques et pour dépréciation	1 421,0	994,1	42,9 %
TOTAL PRODUITS DE GESTION TECHNIQUE	563 186,4	541 231,3	4,1 %
PRODUITS DE GESTION COURANTE	1 711,0	1 634,4	4,7 %
PRODUITS FINANCIERS	1 677,5	971,1	72,7 %
TOTAL PRODUITS	566 574,9	543 836,8	4,2 %

CHARGES (en M€)	2024	2023	Variation
Transferts de produits	548 775,6	526 731,0	4,2 %
CNAM	237 452,4	230 359,3	3,1 %
CNAF	57 643,1	55 508,0	3,8 %
CNAV	136 960,5	128 847,0	6,3 %
CNSA	40 973,3	36 722,2	11,6 %
Autres attributaires	75 746,4	75 294,5	0,6 %
Pertes sur créances irrécouvrables	3 077,5	2 375,2	29,6 %
Compensation de la réduction générale (chômage, retraite complémentaire)	9 538,9	10 187,1	-6,4 %
Autres charges techniques (dont les dotations aux provisions et les dépréciations des actifs circulants)	1 794,5	1 938,0	-7,4 %
TOTAL CHARGES DE GESTION TECHNIQUE	563 186,4	541 231,3	4,1 %
CHARGES DE GESTION COURANTE	1 715,9	1 633,6	5,0 %
CHARGES FINANCIÈRES	1 676,8	970,4	72,8 %
IMPOTS SUR LES BÉNÉFICES	13,5	19,3	-30,1 %
TOTAL DES CHARGES	566 592,7	543 854,6	4,2 %
RÉSULTAT NET DE L'EXERCICE	- 17,8	- 17,8	0,0 %

Bilan résumé - Branche maladie

ACTIF (en M€)	2024			2023	Variation
	Brut	Amort. Dépréc.	Net	Net	
ACTIF IMMOBILISÉ	6 984,4	4 143,0	2 841,4	2 787,1	1,9 %
Créances de cotisations, contributions sociales et d'impôts de sécurité sociale	37 382,7	8 871,2	28 511,4	27 152,0	5,0 %
Créances de prestations	5 228,5	2 257,5	2 978,4	2 487,2	19,7 %
Créances sur l'État et entités publiques	8 562,6		8 562,6	8 206,1	4,3 %
Créances sur les organismes et autres régimes de sécurité sociale	8 650,2		8 650,2	8 105,7	6,7 %
Autres actifs (dont notamment gestion administrative, débiteurs divers, comptes transitoires ou d'attente, charges constatées d'avance)	2 579,4	261,8	2 310,3	2 857,1	-19,1 %
TOTAL DE L'ACTIF CIRCULANT	62 446,1	11 390,5	51 055,6	48 928,4	4,3 %
TRÉSORERIE ACTIVE	42,7		42,7	120,3	-64,5 %
TOTAL ACTIF	69 430,5	15 533,5	53 897,0	51 715,5	4,2 %

PASSIF (en M€)	2024	2023	Variation
Dotations, apports	40,5	40,5	0,0 %
Réserves	2 015,8	2 023,8	-0,4 %
Report à nouveau	-923,2	8,5	---
Résultat de l'exercice	-13 822,9	-11 137,6	24,1 %
Autres	8 742,0	9 825,7	-11,0 %
TOTAL DES FONDS PROPRES	-3 947,9	760,9	-618,8 %
PROVISIONS	8 134,0	7 232,3	12,5 %
DETTES FINANCIÈRES	0,1	0,1	8,3 %
Dettes à l'égard des cotisants	2 349,5	2 150,5	9,3 %
Dettes liées aux prestations sociales	953,0	941,5	1,2 %
Dettes à l'égard de l'État et entités publiques	1 375,4	2 242,2	-38,7 %
Dettes à l'égard d'organismes et autres régimes de sécurité sociale	23 625,3	16 569,5	42,6 %
Créditeurs divers (dont notamment charges à payer sur prestations)	15 884,2	16 965,4	-6,4 %
Autres dettes (dont notamment gestion administrative, comptes transitoires ou d'attente et produits constatés d'avance)	4 823,3	4 306,2	12,0 %
TOTAL DES DETTES NON FINANCIÈRES	49 010,7	43 175,3	13,5 %
TRÉSORERIE PASSIVE	700,2	546,8	28,0 %
TOTAL PASSIF	53 897,0	51 715,5	4,2 %

Compte de résultat résumé - Branche maladie

PRODUITS (en M€)	2024	2023	Variation
Cotisations, impôts et produits affectés	212 500,1	205 931,5	3,2 %
Cotisations sociales	83 166,7	79 853,2	4,1 %
Impôts : contribution sociale généralisée	53 187,7	51 331,0	3,6 %
Impôts et taxes affectés	70 776,5	69 770,1	1,4 %
Autres cotisations et contributions affectées	899,4	831,5	8,2 %
Produits techniques	4 762,9	5 636,8	-15,5 %
Divers produits techniques et reprises sur provisions pour charges techniques et pour dépréciation	19 193,7	19 187,5	0,0 %
TOTAL PRODUITS DE GESTION TECHNIQUE	236 456,7	230 755,8	2,5 %
PRODUITS DE GESTION COURANTE	557,3	876,7	-36,4 %
PRODUITS FINANCIERS	140,6	55,2	154,9 %
TOTAL PRODUITS	237 154,6	231 687,7	2,4 %

CHARGES (en M€)	2024	2023	Variation
Prestations sociales	216 316,4	208 742,8	3,6 %
Prestations légales	215 140,5	207 662,9	3,6 %
Prestations sociales	127,0	123,1	3,2 %
Actions de prévention	247,6	331,5	-25,3 %
Diverses prestations	801,3	625,3	28,2 %
Charges techniques, transferts, subventions et contributions	20 143,5	20 636,7	-2,4 %
Autres charges techniques (dont notamment les dotations aux provisions et pour dépréciation des actifs circulants)	8 059,9	7 362,2	9,5 %
TOTAL CHARGES DE GESTION TECHNIQUE	244 519,8	236 741,6	3,3 %
CHARGES DE GESTION COURANTE	5 944,7	5 787,4	2,7 %
CHARGES FINANCIÈRES	513,0	296,2	73,2 %
IMPOTS SUR LES BÉNÉFICES	0,0	0,0	0,0 %
TOTAL DES CHARGES	250 977,6	242 825,2	3,4 %
RÉSULTAT NET DE L'EXERCICE	-13 822,9	-11 137,6	24,1 %

Bilan résumé - Branche AT-MP

ACTIF (en M€)	2024			2023	Variation
	Brut	Amort. Dépréc.	Net	Net	
ACTIF IMMOBILISÉ	843,1	540,7	302,3	291,6	3,7 %
Créances de cotisations, contributions sociales et d'impôts de sécurité soc.	3 189,5	1 288,8	1 900,7	1 956,1	-2,8 %
Créances de prestations	1 290,2	772,1	518,1	446,8	16,0 %
Créances sur l'État et entités publiques	18,6		18,6	18,3	1,8 %
Créances sur les organismes et autres régimes de sécurité sociale	8 621,9		8 621,9	7 858,5	9,7 %
Autres actifs (dont notamment gestion administrative, débiteurs divers, comptes transitoires ou d'attente, charges constatées d'avance)	203,7	151,5	203,5	182,6	11,4 %
TOTAL DE L'ACTIF CIRCULANT	13 324,0	20 610,6	11 263,0	10 502,2	7,2 %
TRÉSORERIE ACTIVE	20,9		20,9	39,8	-47,4 %
TOTAL ACTIF	14 167,1	2 601,8	11 565,3	10 793,7	16,8 %

PASSIF (en M€)	2024	2023	Variation
Dotations, apports	5,3	5,3	0,0 %
Réserves	109,6	109,7	0,0 %
Report à nouveau	8 163,3	6 136,6	33,0 %
Résultat de l'exercice	686,6	1 350,0	-49,1 %
Autres	0,3	0,3	13,8 %
TOTAL DES FONDS PROPRES	8 278,6	7 601,9	8,9 %
PROVISIONS	1 421,0	1 468,4	-3,2 %
DETTES FINANCIÈRES	0,0	0,0	3,1 %
Dettes à l'égard des cotisants	122,2	106,6	14,7 %
Dettes liées aux prestations sociales	35,1	35,1	0,0 %
Dettes à l'égard de l'État et entités publiques	237,2	262,3	-9,6 %
Dettes à l'égard d'organismes et autres régimes de sécurité sociale	451,7	305,2	48,0 %
Créditeurs divers (dont notamment charges à payer sur prestations)	761,9	730,7	4,3 %
Autres dettes (dont notamment gestion administrative, créditeurs divers, comptes transitoires ou d'attente, produits constatés d'avance)	197,0	172,6	14,1 %
TOTAL DES DETTES NON FINANCIÈRES	1 805,1	1 612,5	11,9 %
TRÉSORERIE PASSIVE	60,6	110,9	-45,4 %
TOTAL PASSIF	11 565,3	10 793,7	7,1 %

Compte de résultat résumé - Branche AT-MP

PRODUITS (en M€)	2024	2023	Variation
Cotisations, impôts et produits affectés	14 621,8	14 916,2	-2,0 %
Cotisations sociales	14 439,7	14 753,8	-2,1 %
Autres cotisations et contributions affectées	182,0	162,4	12,1 %
Produits techniques	17,1	11,8	45,0 %
Divers produits techniques et reprises sur provisions pour charges techniques et pour dépréciation	1 255,8	1 046,0	20,1 %
TOTAL PRODUITS DE GESTION TECHNIQUE	15 894,6	15 973,9	-0,5 %
PRODUITS DE GESTION COURANTE	47,6	40,1	18,8 %
PRODUITS FINANCIERS	241,0	140,9	71 %
TOTAL PRODUITS	16 183,2	16 155,0	0,2 %

CHARGES (en M€)	2024	2023	Variation
Prestations sociales	11 121,0	10 360,5	7,3 %
Prestations légales	10 614,8	9 962,3	6,6 %
dont: prestations d'incapacité temporaire	4 908,4	5 438,1	-9,7 %
dont : prestations d'incapacité permanente	4 696,5	4 523,6	3,8 %
Charges techniques, transferts, subventions et contributions	1 101,2	1 191,4	-7,6 %
Autres charges techniques (dont notamment les dotations aux provisions et pour dépréciation des actifs circulants)	2 312,3	2 337,0	-1,1 %
TOTAL CHARGES DE GESTION TECHNIQUE	14 534,5	13 888,8	4,6 %
CHARGES DE GESTION COURANTE	957,1	913,4	4,8 %
CHARGES FINANCIÈRES	5,0	2,6	90,1 %
IMPOTS SUR LES BÉNÉFICES	0,0	0,0	37,5 %
TOTAL DES CHARGES	15 496,6	14 804,9	4,7 %
RÉSULTAT NET DE L'EXERCICE	686,6	1 350,0	-49,1 %

Bilan résumé - Branche Famille

ACTIF (en M€)	2024			2023	Variation
	Brut	Amort. Dépréc.	Net	Net	
ACTIF IMMOBILISÉ	2 906,3	1 674,7	1 231,6	1 253,6	-1,8 %
Créances de cotisations, contributions sociales et d'impôts de sécurité sociale	9 478,5	3 320,8	6 157,7	5 778,4	6,6 %
Créances de prestations	2 342,6	252,8	2 089,8	1 937,7	7,8 %
Créances sur l'État et entités publiques	6 037,9	0,0	6 037,9	5 407,6	11,7 %
Créances sur les organismes et autres régimes de sécurité sociale	6 970,5	6,8	6 963,7	6 247,4	11,5 %
Autres actifs (dont gestion administrative, débiteurs divers, comptes transitoires ou d'attente, charges constatées d'avance)	4 568,6	348,5	4 220,2	3 716,7	13,5 %
TOTAL DE L'ACTIF CIRCULANT	29 398,1	3 928,9	25 469,2	23 087,8	10,3 %
TRÉSORERIE ACTIVE	6,3	0,0	6,3	7,3	-13,4 %
TOTAL ACTIF	32 310,7	5 603,5	26 707,1	24 348,7	9,7 %

PASSIF (en M€)	2024	2023	Variation
Dotations, apports	12,3	12,5	-1,7 %
Réserves	466,3	468,8	-0,5 %
Report à nouveau	6 620,1	5 660,1	17,0 %
Résultat de l'exercice	1 094,9	1 016,4	7,7 %
Autres	5,5	6,0	-8,1 %
TOTAL DES FONDS PROPRES	8 199,1	7 163,8	14,5 %
PROVISIONS	2 438,3	2 196,6	11,0 %
DETTES FINANCIÈRES	0,2	0,1	6,8 %
Dettes à l'égard des cotisants	928,0	833,2	11,4 %
Dettes liées aux prestations sociales	1 476,4	2 392,8	-38,3 %
Dettes à l'égard de l'État et entités publiques	402,9	499,3	-19,3 %
Dettes à l'égard d'organismes et autres régimes de sécurité sociale	2 248,8	1 793,7	25,4 %
Autres dettes (dont gestion administrative, créditeurs divers, comptes transitoires ou d'attente, produits constatés d'avance)	6 456,1	6 042,4	6,8 %
TOTAL DES DETTES NON FINANCIÈRES	11 512,2	11 561,4	-0,4 %
TRÉSORERIE PASSIVE	4 557,4	3 426,8	33,0 %
TOTAL PASSIF	26 707,1	24 348,7	9,7 %

Compte de résultat résumé - Branche Famille

PRODUITS (en M€)	2024	2023	Variation
Cotisations, impôts et produits affectés	58 478,6	56 374,3	3,7 %
Cotisations sociales	37 618,7	36 218,3	3,9 %
Impôts : contribution sociale généralisée	14 434,4	13 943,3	3,5 %
Autres impôts et taxes affectés	6 251,0	6 049,9	3,3 %
Autres cotisations et contributions affectées	174,5	162,8	7,2 %
Produits techniques	776,8	402,5	93,0 %
Reprises sur provisions et sur dépréciations	741,0	745,7	-0,6 %
TOTAL PRODUITS DE GESTION TECHNIQUE	59 996,4	57 522,4	4,3 %
PRODUITS DE GESTION COURANTE	606,5	566,1	7,1 %
PRODUITS FINANCIERS	213,7	144,6	47,8 %
TOTAL PRODUITS	60 816,6	58 233,1	4,4 %

CHARGES (en M€)	2024	2023	Variation
Prestations sociales	40 826,3	39 262,8	4,0 %
Prestations légales	33 711,6	32 659,8	3,2 %
Prestations d'action sociale	7 036,2	6 536,2	7,6 %
Prestations spécifiques à certains régimes	78,4	66,8	17,4 %
Transferts, subventions et contributions	14 227,1	13 606,8	4,6 %
Diverses charges techniques (dont dotations aux provisions, dépréciations pour charges de gestion technique)	1 568,6	1 305,9	20,1 %
TOTAL CHARGES DE GESTION TECHNIQUE	56 622,1	54 175,5	4,5 %
CHARGES DE GESTION COURANTE	3 079,3	3 029,5	1,6 %
CHARGES FINANCIÈRES	19,6	11,0	78,1 %
IMPOTS SUR LES BÉNÉFICES	0,7	0,7	4,3 %
TOTAL DES CHARGES	59 721,7	57 216,7	4,4 %
RÉSULTAT NET DE L'EXERCICE	1 094,9	1 016,4	7,7 %

Bilan résumé - Branche Vieillesse

ACTIF (en M€)	2024			2023	Variation
	Brut	Amort. Dépréc.	Net	Net	
ACTIF IMMOBILISÉ	2 003,7	951,4	1 052,3	1 060,1	-0,7 %
Créances de cotisations, contributions sociales et d'impôts de sécurité sociale	21 073,6	7 307,6	13 766,0	13 397,1	+2,8 %
Créances de prestations	496,3	221,2	275,2	308,8	-10,9 %
Créances sur l'État et entités publiques	2 949,2		2 949,2	3 678,7	-19,8 %
Créances sur les organismes et autres régimes de sécurité sociale	2 419,0		2 419,0	874,0	+ 176,8 %
Autres actifs (dont notamment gestion administrative, débiteurs divers, comptes transitoires ou d'attente, charges constatées d'avance)	667,0		667,0	626,3	+ 6,4 %
Trésorerie active	1,4		1,4	1,4	+ 0,0 %
TOTAL DE L'ACTIF CIRCULANT	27 606,5	7 528,8	20 077,7	18 886,3	+6,3 %
TOTAL ACTIF	29 610,2	8 480,2	21 130,0	19 946,4	+5,9 %

PASSIF (en M€)	2024	2023	Variation
Dotations, apports	77,5	73,6	+5,3 %
Réserves	808,8	711,9	+13,6 %
Report à nouveau	- 1642,3	-1 101,8	+49,1 %
Résultat de l'exercice	- 3 647,8	-1 304,4	+179,7 %
Autres	1,0	0,8	+25,0 %
TOTAL DES FONDS PROPRES	- 4 402,8	-1 619,9	+ 171,8 %
PROVISIONS	2 054,9	2 249,2	- 8,6 %
DETTES FINANCIÈRES	0,1	0,1	+ 0,0 %
Dettes à l'égard des cotisants	1 280,4	1 102,6	+16,1 %
Dettes liées aux prestations sociales	12 642,1	11 760,9	+7,5 %
Dettes à l'égard de l'État et entités publiques	986,9	1 929,4	-48,8 %
Dettes à l'égard d'organismes et autres régimes de sécurité sociale	7 528,2	3 513,4	+114,3 %
Autres dettes (dont notamment gestion administrative, créiteurs divers, comptes transitoires ou d'attente, produits constatés d'avance)	475,7	486,3	-2,2 %
TOTAL DES DETTES NON FINANCIÈRES	22 913,4	18 792,6	+21,9 %
TRÉSORERIE PASSIVE	564,4	524,3	+7,6 %
TOTAL PASSIF	21 130,0	19 946,4	+5,9 %

Compte de résultat résumé - Branche Vieillesse

PRODUITS (en M€)	2024	2023	Variation
Cotisations, impôts et produits affectés	137 114,2	129 006,5	+6,3 %
Cotisations sociales	111 016,3	104 643,3	+6,1 %
Cotisations prises en charge par l'État	3 289,4	3 208,5	+2,5 %
Impôts et taxes affectés	22 294,1	20 696,2	+7,7 %
Autres cotisations et contributions affectées	514,4	458,5	-9,1 %
Produits techniques	31 868,6	29 841,7	+6,8 %
Divers produits techniques et reprises sur provisions pour charges techniques et pour dépréciation	1 991,7	2 192,0	-9,1 %
TOTAL PRODUITS DE GESTION TECHNIQUE	170 974,5	161 040,2	+6,2 %
PRODUITS DE GESTION COURANTE	177,4	172,2	+3,0 %
PRODUITS FINANCIERS	9,6	3,5	+174,3 %
TOTAL PRODUITS	171 161,5	161 215,9	+6,2 %

CHARGES (en M€)	2024	2023	Variation
Prestations sociales	161 315,2	149 964,3	+7,6 %
Prestations légales vieillesse	160 879,9	149 519,8	+7,6 %
Prestations légales veuvage	46,6	48,9	-4,7 %
Prestations légales invalidité	4,4	8,0	-45 %
Prestations extra-légales : Action Sanitaire et Sociale	384,2	387,6	-0,9 %
Transferts entre organismes de sécurité sociale et assimilés	9 068,5	8 397,3	+8,0 %
Autres charges techniques (dont notamment les dotations aux provisions et pour dépréciation des actifs circulants)	2 535,4	2 428,3	+4,4 %
TOTAL CHARGES DE GESTION TECHNIQUE	172 919,1	160 789,9	+7,5 %
CHARGES DE GESTION COURANTE	1 697,0	1 605,2	+5,7 %
CHARGES FINANCIÈRES	193,2	125,2	+54,3 %
IMPOTS SUR LES BÉNÉFICES	0,0	0,0	+0,0 %
TOTAL DES CHARGES	174 809,3	162 520,3	+7,6 %
RÉSULTAT NET DE L'EXERCICE	- 3 647,8	-1 304,4	+179,7 %

Bilan résumé - Branche Autonomie

ACTIF (en M€)	2024			2023	Variation
	Brut	Amort. Dépréc.	Net	Net	
ACTIF IMMOBILISÉ	108	58	49	42	17,3 %
Créances de cotisations, contributions sociales et d'impôts de sécurité sociale	4 286	616	3 670	3 172	15,7 %
Créances de prestations	20	1	19		
Créances sur l'État et entités publiques	498		498	441	12,8 %
Créances sur les organismes et autres régimes de sécurité sociale	647		647		100,0 %
Autres actifs (dont notamment gestion administrative, débiteurs divers, comptes transitoires ou d'attente, charges constatées d'avance)	45	0	44	64	-30,9 %
TOTAL DE L'ACTIF CIRCULANT	5 496	617	4 879	3 678	32,7 %
TRÉSORERIE ACTIVE	11	0	11	4	165,8 %
TOTAL ACTIF	5 615	676	4 939	3 724	32,6 %

PASSIF (en M€)	2024	2023	Variation
Réserves	39	39	0,0 %
Report à nouveau	-76	499	-115,2 %
Résultat de l'exercice	1 288	-575	-324,2 %
TOTAL DES FONDS PROPRES	1 251	-37	-3490,7 %
PROVISIONS	1 444	1 545	-6,6 %
DETTES FINANCIÈRES	-	-	-
Dettes à l'égard des cotisants	563	478	17,7 %
Dettes à l'égard de l'État et entités publiques	469	552	-15,0 %
Dettes à l'égard d'organismes et autres régimes de sécurité sociale	714	1 000	-28,5 %
Autres dettes (dont notamment gestion administrative, créiteurs divers, comptes transitoires ou d'attente, produits constatés d'avance)	497	186	167,6 %
TOTAL DES DETTES NON FINANCIÈRES	2 244	2 216	1,3 %
TRÉSORERIE PASSIVE			
TOTAL PASSIF	4 939	3 724	32,6 %

Compte de résultat résumé - Branche Autonomie

PRODUITS (en M€)	2024	2023	Variation
Cotisations, impôts et produits affectés	40 971	36 720	11,6 %
Cotisations prises en charge par l'État	39	38	1,9 %
Impôts : contribution sociale généralisée	36 574	32 596	12,2 %
Impôts et taxes affectés	4 271	4 016	6,3 %
Autres cotisations et contributions affectées	88	70	24,6 %
Produits techniques	362	426	-14,9 %
Divers produits techniques et reprises sur provisions pour charges techniques et pour dépréciation	684	599	14,1 %
TOTAL PRODUITS DE GESTION TECHNIQUE	42 017	37 745	11,3 %
PRODUITS DE GESTION COURANTE	1	1	-8,5 %
PRODUITS FINANCIERS	54	34	57,6 %
TOTAL PRODUITS	42 072	37 780	11,4 %

CHARGES (en M€)	2024	2023	Variation
Prestations sociales	32 895	31 449	4,6 %
Prestations légales	32 895	31 449	4,6 %
Charges techniques, transferts, subventions et contributions	7 040	5 848	20,4 %
Autres charges techniques (dont notamment les dotations aux provisions et pour dépréciation des actifs circulants)	632	868	-27,2 %
TOTAL CHARGES DE GESTION TECHNIQUE	40 567	38 165	6,3 %
CHARGES DE GESTION COURANTE	203	184	10,6 %
CHARGES FINANCIÈRES	12	6	99,2 %
IMPOTS SUR LES BÉNÉFICES	-	-	-
TOTAL DES CHARGES	40 783	38 355	6,3 %
RÉSULTAT NET DE L'EXERCICE	1 288	-575	-324,2 %

B - Évolution des indicateurs de risque financier résiduel, après contrôle interne (2022 – 2024)

	Indicateur (par branche)	Données 2022	Données 2023	Données 2024	Évolution 2024/2023
maladie et ATMP	Remboursements de frais de santé – Fréquence des erreurs (en %)	8,1	8,3	7,2	➔
	Remboursements de frais de santé – Incidence financière des erreurs (en Mdl)	3,8*	3,1	3,3	↗
	Indemnités journalières – Fréquence des erreurs (en %)	9,8	7,7	7,1	➔
	Indemnités journalières – Incidence financière des erreurs (en Mdl)	0,36	0,45	0,4	➡
famille	Incidence financière des erreurs résiduelles « données déclarées » à 9 mois (en %) ¹	9,9	10,9	11,7	↗
	Incidence financière des erreurs résiduelles « données déclarées » à 9 mois (en Mdl)	7,7	8,6	9,4	↗
	Incidence financière des erreurs résiduelles « données déclarées » à 24 mois (en %)	7,1	6,9	8,0	↗
	Incidence financière des erreurs résiduelles « données déclarées » à 24 mois (en Mdl)	5,8	5,5	6,3	↗
	Incidence financière des erreurs résiduelles internes aux CAF « métier » à 6 mois (en %)	1,7	1,7	2,0	↗
	Incidence financière des erreurs résiduelles pour l'action sociale collective (en %)	4,0	3,8	4,1	↗
vieillesse	Fréquence des erreurs résiduelles de liquidation de retraites dans l'Outil retraite (en %) ²	15,0	16,3	12,3	➔
	Incidence financière des erreurs (en %)	1,1	1,3	1,0	➔
	Incidence financière cumulative des erreurs sur la durée de service (en %)	0,7	0,7	0,7	➡
	Fréquence des erreurs résiduelles de liquidation de retraites dans <i>Asur</i> (en %)	7,0	5,6	4,9	➔
	Incidence financière des erreurs (en %) dans l'outil <i>Asur</i>	0,7	0,6	0,4	➔

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

1 La Cnaf a procédé à une correction des doubles comptes d'indus et rappels des bénéficiaires d'allocations de logement sociale (ALS) sur toute la série d'indicateurs.

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
Cavimac.....	Caisse d'assurance vieillesse, invalidité et maladie des cultes
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
CnavPL.....	Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales
CNMSS.....	Caisse nationale militaire de sécurité sociale
Cnav.....	Caisse nationale d'assurance vieillesse
CNSA.....	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
CPRPF.....	Caisse de prévoyance et de retraite du personnel ferroviaire
Cristal.....	Conception relationnelle intégrée du système de traitement des allocations familiales (application)
CRPCEN.....	Caisse de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaires
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
ENIM	Établissement national des invalides de la Marine
FRR.....	Fonds de réserve pour les retraites
FSV	Fonds de solidarité vieillesse
IFAC	Fédération internationale des experts comptables
IQL.....	Indicateur de la qualité de la liquidation
ISQC	<i>International Standards on Quality Control</i> (normes internationales de contrôle qualité)
LFSS	Loi de financement de la sécurité sociale
LODEOM ...	Loi pour le développement économique des outre-mer
Lura.....	Liquidation unique des régimes alignés
Magic	Modèle automatisé de gestion institutionnelle comptable (branche famille)
Maia	Maîtrise de l'activité et de l'information en action sociale collective
MDPH.....	Maison départementale des personnes handicapées
MGEN.....	Mutuelle générale de l'éducation nationale
MSA.....	Mutualité sociale agricole (régimes agricoles)
NIA	Numéro d'immatriculation d'attente
NIR	Numéro d'inscription 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
Prepare	Prestation partagée d'éducation de l'enfant
RATP	Régie autonome des transports parisiens
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
SMR Soins médicaux de réadaptation
SNGC..... Système national de gestion des carrières
SNV2 Système national version 2
Ssiad..... Services de soins infirmiers à domicile
Spasad Services polyvalents d'aide et de soins à domicile
Syrca Système de régularisation de la carrière