Cour des comptes

FINANCES ET COMPTES PUBLICS

CERTIFICATION DES COMPTES DU RÉGIME GÉNÉRAL DE SÉCURITÉ SOCIALE

Exercice 2025

Mai 2026

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 2025 ..... **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 2025 ..... **31**

A - Opinion de la Cour 32
B - Fondements de l'opinion de la Cour 32
C - Anomalie significative 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 2025 ..... **51**

A - Opinion de la Cour 52
B - Fondements de l'opinion de la Cour 52
C - Anomalie significative 53
D - Insuffisances d'éléments probants 53

Opinion de la Cour sur les comptes de la CNAM **57**

A - Opinion de la Cour 57
B - Fondements de l'opinion de la Cour 58

Opinion de la Cour sur les comptes de la branche famille de l'exercice 2025 ..... **59**

A - Opinion de la Cour 60
B - Fondements de l'opinion de la Cour 60
C - Insuffisances d'éléments probants 61

Opinion de la Cour sur les comptes de la CNAF 75
A - Opinion de la Cour 75
B - Fondements de l'opinion de la Cour 75

Opinion de la Cour sur les comptes de la branche vieillesse 77
A - Opinion de la Cour 78
B - Fondements de l'opinion de la Cour 78
C - Insuffisances d'éléments probants 79

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 2025 93
A - Opinion de la Cour 94
B - Fondements de l'opinion de la Cour 95
C - Anomalie significative 95
D - Insuffisances d'éléments probants 95

DEUXIÈME PARTIE - COMPTE RENDU DES VÉRIFICATIONS OPÉRÉES PAR LA COUR 105

I - Caractéristiques de la mission de la Cour 105
A - L'objet de la certification 105
B - Les normes d'audit appliquées 105
C - Responsabilité de la Cour à l'égard des comptes 106

II - Caractéristiques des comptes soumis à certification 108
A - Les comptes des organismes de sécurité sociale 108
B - Les responsabilités des organismes nationaux du régime général 108

III - Vérifications effectuées par la Cour 109
A - Démarche d'audit 109
B - Vérifications réalisées par la Cour 111
C - Suivi des constats formulés par la Cour au titre de l'exercice 2024 115

IV - Communication des résultats de l'audit 118
A - À l'issue des missions intermédiaires 118
B - À l'issue des missions finales 119

Annexes 121
A - Évolution des réserves de la Cour accompagnant la certification des comptes 121
B - Les états financiers de l'exercice 2025 122
C - Évolution des indicateurs de risque financier résiduel, après contrôle interne (2023 – 2025) 135

Liste des abréviations 136

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 M. Machard, Mme Soussia, M. Fulachier, Mme Régis, MM. Thomas, Fourrier, Moguérou, Mme Caroli, M. Guégano, conseillers maîtres et Mme Duchêne et M. Stussi, conseillers maîtres en service extraordinaire.

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 jusqu'au 15 octobre 2025, et M. Thomas, conseiller maître, son successeur à compter du 16 octobre 2025 ; M. Perrin, conseiller référendaire (jusqu'au 31 août 2025) et M. Cremel, conseiller référendaire en service extraordinaire (à compter du 1er septembre 2025) ; M. Delmas et M. Stefanizzi, conseillers référendaires en service extraordinaire ; Mmes Aghoyan, Bibaut, Kingue, Le Vouëdec, Veyrat, Yahi, Zimmermann, MM. Amvene, Bellosta, Chouabi, Coppola, Dardigna, Delage, Durieu, Jaquet, Mc Shine, Ozo, Renié, 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 28 avril, par le comité du rapport public et des programmes de la Cour des comptes, composé de M. Nacer Meddah, doyen de séance des présidents de chambre M. Hayez, rapporteur général, Mme Mercereau, M. Lejeune, Mme Thibault, M. Cazé, présidentes et présidents de chambre de la Cour, M. Glimet, président par intérim de la chambre du contentieux, M. Albertini, M. Vught, M. Roux, Mme Daussin-Charpantier et Mme Renet, présidentes et présidents de chambre régionale des comptes, et Mme Hamayon, Procureure générale, entendue en ses avis. Lors de l'examen de cette publication, Mme de Montchalin, Première présidente, a décidé de se déporter et n'a pas présidé la séance.

Le rapport de certification a ensuite été délibéré par la chambre du conseil le 12 mai 2026.

⁂

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 2025*.

Elle a arrêté ses positions au vu des projets de motivations détaillées et du compte-rendu des vérifications opérées, communiqués au préalable aux ministres.

Ont participé au délibéré : Mme Camby, MM. Meddah, Rolland, Mme Mercereau, M. Lejeune, Mme Thibault, MM. Hayez, Cazé, présidents de chambre, Mme Engel, MM. Glimet, Chatelain, Homé, Michaut, Marquet, Kesler, Mmes Mazoyer, Oltra-Oro, M. Moguérou, Mme Charolles, M. Guégano, Mme Bacache-Beauvallet, M. Helwaser, Mme Julienne, MM. Tronco, Mosimann, conseillers maîtres, M. Keïta, Mmes Wisnia-Weill, Rabault, Haguenauer, M. Pottier, conseillers maîtres en service extraordinaire, MM. Léna, Sire, Héritier, 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. Thomas, conseiller maître, rapporteur général, MM. Cremel, Delmas et Stefanizzi, conseillers référendaires 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 Mme Favereau, avocate générale.

En application de l'article L. 120-12 du code des juridictions financières, Mme de Montchalin, Première présidente, n'a pas participé au délibéré.

M. Martin, secrétaire général par intérim, assurait le secrétariat de la chambre du conseil.

Fait à la Cour, le 12 mai 2026

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 2025

L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) assure la gestion unifiée de la trésorerie des branches de prestations du régime général de sécurité sociale. 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], elle gère 12,3 millions de comptes de cotisants.

Les comptes de l'activité de recouvrement retracent les opérations de l'ACOSS 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, 646,5 Md€ de produits (dont 559,9 Md€ de prélèvements inscrits au compte de résultat) ont été mis en recouvrement et répartis par l'ACOSS 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 2025, arrêtés le 7 avril 2026 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 de l'anomalie significative et des insuffisances d'éléments probants décrites ci-après dans la section « Fondements de l'opinion de la Cour », les comptes de 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 2025 sont affectés par une anomalie significative.

Dans cinq 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

Une anomalie significative porte sur le défaut persistant de rattachement de produits à l'exercice.

Les directions des ministères économiques et financiers de l'État[2] assurent le recouvrement de contributions, d'impôts et de taxes affectés à la sécurité sociale (111,1 Md€ en 2025, contre 110,9 Md€ l'exercice précédent) 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

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

dépréciations et provisions associées, ne peut être ni comptabilisée ni notifiée par l'ACOSS aux attributaires concernés sur le correct exercice.

L'enjeu financier à fin 2025 est évalué par ces directions à 1,0 Md€ de créances et 0,7 Md€ de dépréciations correspondantes, ainsi qu'à 0,4 Md€ de provisions pour risques[3]. D'après une 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 tels que le Fonds de solidarité vieillesse (FSV) et la CADES. Par ailleurs, l'estimation des produits à recevoir notifiés à l'ACOSS (13,4 Md€ à fin 2025) ne tient toujours pas compte des déclarations tardives et régularisations ultérieures des redevables.

D - Insuffisances d'éléments probants

1 - Les incertitudes affectant des estimations comptables

a) Les produits à recevoir de prélèvements sociaux

Les produits à recevoir de prélèvements sociaux sur revenus d'activité (salaires) et de remplacement (retraite, indemnité journalière, etc.), déclarés *via* le dispositif *Pasrau*[4], correspondent à des produits se rattachant à l'exercice clos et qui, pour l'essentiel, seront déclarés durant l'exercice suivant (43,9 Md€ à fin 2025, contre 42,8 Md€ en 2024).

La méthode retenue par l'ACOSS pour évaluer la part des produits dont le montant n'est pas définitif (3,0 Md€, contre 2,8 Md€ à fin 2024) permet désormais de mieux prendre en compte l'effet des corrections rétroactives de prélèvements sociaux déclarées par les employeurs du secteur privé[5]. L'autre partie des produits à recevoir est connue de manière certaine (40,9 Md€, contre 40,0 Md€ à fin 2024), au travers des déclarations déposées au début de l'exercice suivant, avant la clôture des comptes. Toutefois, elle continue de comprendre des créances issues de données déjà déclarées et réglées avant la fin de l'exercice pour près de 4,4 Md€ de règlements inscrits dans les comptes (3,7 Md€ en 2024), ce qui a pour effet de majorer le bilan.

[3] Contre, respectivement, 0,9 Md€, 0,6 Md€ et 0,3 Md€ à fin 2024, soit une faible variation nette entre les deux exercices.
[4] Prélèvement À la Source pour les Revenus Autres que les salaires.
[5] L'estimation 2024 présentant *ex post* une sous-évaluation de 0,1 Md€, après 0,6 Md€ au titre de celle de 2023.

b) 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 (21,7 Md€[6] sur un montant de 28,5 Md€ de créances à fin 2025). La méthode d'estimation de ces dépréciations est sauf exception[7] 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 exemple, sur les cotisants ayant été contrôlés par les URSSAF et sur ceux placés en procédure collective). Les créances éligibles à une admission en non-valeur à la clôture sont, notamment, dépréciées à hauteur de 76 % de leur montant (au 31 décembre 2025), alors que leur recouvrement est *de facto* fortement compromis. Le risque de biais dans l'évaluation des dépréciations lié à cette méthode n'est qu'en partie estimé par l'ACOSS, en dépit de progrès enregistrés en 2025.

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, ce qui aurait pour effet de surévaluer ces dépréciations de l'ordre de 0,2 Md€ selon l'ACOSS.

c) Les provisions pour risques liés à des litiges avec les cotisants

Les provisions pour litiges (2,2 Md€ à fin 2025, contre 2,7 Md€ en 2024) portent, pour une part majoritaire, sur des montants réglés par les cotisants mais ultérieurement contestés par ces derniers.

L'exhaustivité et la fiabilité des données servant de base au calcul d'une partie de ces provisions (0,8 Md€ à fin 2025) restent imparfaitement assurées. En outre, l'analyse de leur dénouement demeure limitée par le système d'information qui ne permet pas encore de 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

[6] Contre 25,8 Md€ sur 33,2 Md€ à fin 2024. La baisse des montants provient surtout de l'admission en non-valeur de créances prescrites pour 5,7 Md€ (voir ci-après).
[7] Les créances prescrites sont *de facto* dépréciées à 100 % (1,9 Md€ à fin 2025).

à l'application de la législation AT-MP, estimée par la CNAM à 0,6 Md€ à fin 2025. Il est par ailleurs renvoyé à la motivation de l'opinion formulée par la Cour sur les comptes de la branche AT-MP (cf. D-2).

2 - 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'ACOSS[8] 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 place les actions de maîtrise nécessaires. Son pilotage continue de s'améliorer, mais sa mise en œuvre incomplète limite toujours le niveau d'assurance sur la fiabilité des montants inscrits dans les comptes. Certains critères d'appréciation pour fonder la réévaluation annuelle des risques, insuffisamment précis et complets, sont toujours susceptibles d'affecter sa fiabilité.

Malgré des avancées, les contrôles mis en œuvre dans les URSSAF pour couvrir les risques identifiés conservent des fragilités, en l'absence d'une priorité et d'une proportionnalité des contrôles en fonction des enjeux financiers ou encore en raison du trop faible nombre d'opérations contrôlées. En outre, leurs résultats font apparaître des anomalies récurrentes et ne reflètent qu'une partie de celles relevées par les URSSAF.

S'agissant des organismes d'outre-mer, les actions pour redresser le contrôle interne se poursuivent, mais les résultats reflètent toujours des faiblesses structurelles affectant de manière trop importante 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, d'autre part, de la fraude en se fondant sur les résultats de contrôles sur pièces ou sur place et d'actions de lutte contre le travail dissimulé des

[8] Articles D. 114-4-6 et suivants du code de la sécurité sociale.

URSSAF[9]. Malgré des progrès, ces mesures ne reposent toujours pas en 2025 sur des données suffisamment complètes ou récentes, ce qui tend à sous-évaluer leur montant et limite les possibilités d'appréciation de l'efficacité du contrôle interne. Leur périmètre exclut en particulier une partie importante des travailleurs indépendants. Par ailleurs, l'imprécision des hypothèses de calcul de ces mesures conduit à fragiliser leur résultat. 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 3,3 Md€[10] (estimé, pour les employeurs de salariés du secteur privé, à 1,76 Md€ net des restitutions, contre 1,37 Md€ en 2024 et, pour les micro-entrepreneurs, à 1,57 Md€ contre 1,50 Md€ en 2024). La fraude, quant à elle, est estimée à 5,3 Md€ sur le seul champ des employeurs du secteur privé (4,2 Md€ en 2024)[11]. S'agissant du risque lié aux activités totalement dissimulées[12], l'ACOSS a procédé à une première analyse. Toutefois, le résultat qui en découle n'a pas été retenu dans l'évaluation de la fraude, en raison de trop fortes limites et incertitudes entourant les hypothèses sur lesquelles il repose.

S'agissant des opérations internes des URSSAF, le risque financier résiduel lié à l'activité de recouvrement des créances sur les cotisants n'est toujours pas pleinement mesuré.

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

Certaines activités sont réalisées directement par l'ACOSS, en tant qu'établissement public national, notamment la gestion de la trésorerie du régime général de sécurité sociale et celle de ses propres produits et charges. En 2025, le plan de contrôle unifié de l'ordonnateur et du comptable, prévu par la réglementation depuis 2013, n'était pas encore formalisé pour certaines activités de l'ACOSS.

[9] Contrairement aux branches du régime général versant des prestations, ces mesures ne sont pas déterminées à partir du contrôle par l'ACOSS d'un échantillon représentatif de dossiers qui pourrait être audité par la Cour.
[10] Montant provisoire en raison du niveau partiel des résultats retenus pour son calcul (70 % en nombre) dont la remontée s'achève au 30 juin suivant l'exercice considéré.
[11] Selon l'ACOSS, la hausse de cette estimation s'explique principalement par la prise en compte de certaines données plus récentes, non disponibles l'exercice précédent.
[12] Emploi de personnes et activité indépendante non connus des URSSAF.

Surtout, l'ACOSS 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. En particulier, les montants de produits notifiés par les directions des ministères économiques et financiers (111,1 Md€ en 2025) 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 imparfaitement satisfaites, malgré des avancées en la matière. Par ailleurs, le plan de secours informatique qui permet à l'activité de recouvrement d'exercer 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'information[13] conserve des limites qui peuvent leur faire perdre en efficacité ou en fonctionnalités. Il ne dispose d'ailleurs pas de tous les indicateurs permettant de mesurer son efficacité. Malgré de nouveaux progrès, l'outil de traçabilité des consultations de données personnelles par les agents dans le cadre de leurs fonctions (*Empreintes*) ne couvre toujours qu'une partie des applications utilisées dans les URSSAF. En outre, le suivi des droits d'accès, aux applications notamment, reste imparfaitement assuré.

Enfin, la conséquence financière des incidents informatiques liés à l'interruption ou au dysfonctionnement d'un système d'information n'est toujours pas systématiquement évaluée[14]. Le suivi des incidents en question, dont beaucoup restent à traiter, est toujours, pour une part, dépourvu d'indicateurs mesurant l'efficacité de ce traitement.

e) La couverture du risque de fraude

Les situations de fraudes détectées par les URSSAF, ainsi que par d'autres organismes de protection sociale et acteurs publics, peuvent avoir des incidences sur les cotisations à collecter ou les prestations à verser. Le dispositif national de prévention et de détection de ces situations par les URSSAF s'est développé en 2025 avec de nouveaux partenariats dont la

[13] Tels que les centres de données et les applications informatiques.
[14] Article D. 114-4-13 du code de la sécurité sociale.

mise en œuvre n'est pas encore engagée. Dans ce contexte, les fraudes détectées ne sont encore que peu partagées entre ces organismes, ce qui limite la mise en place d'actions visant à les circonscrire. En matière de fraude interne et externe par collusion, les moyens dont disposent les URSSAF et l'ACOSS se renforcent, mais n'offrent encore qu'une assurance partielle quant à leur prévention et détection. Enfin, l'évaluation financière des cas de fraudes n'est toujours pas systématique.

3 - 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 (12,3 millions[15] en 2025 dont 6,1 millions de travailleurs indépendants) reste assurée manuellement pour une part encore importante des opérations traitées (18 %, comme en 2024). Pour les employeurs de salariés, ces données alimentent encore 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, et validées par les autorités compétentes[16], avant transmission aux URSSAF. Cependant, certaines catégories de cotisants restent intégrées au registre national des entreprises sans validation préalable par une autorité compétente, exposant les URSSAF à des risques élevés d'affiliations erronées ou frauduleuses, en particulier. Les contrôles compensatoires des URSSAF mis en place en 2025 ont une portée limitée.

Enfin, la gestion des coordonnées bancaires des cotisants conserve des limites. En effet, les rapprochements automatisés de ces données avec celles du fichier des comptes bancaires (*Ficoba*) ne couvrent toujours pas l'ensemble des catégories de cotisants. En outre, leur généralisation sur les situations les plus à risque reste à mettre en place.

[15] Également 2,8 millions de particuliers employeurs.
[16] Telles que les greffes des tribunaux de commerce.

b) Les prélèvements sociaux sur revenus d'activité

Les prélèvements sociaux sur revenus d'activité (environ 414,2 Md€ de produits en 2025) déclarés par les employeurs de salariés *via* la déclaration sociale nominative (DSN) font l'objet de contrôles automatisés dès le dépôt de la DSN dans *Net entreprises*[17].

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, l'audit spécifique conduit par la Cour en 2025 a relevé des insuffisances en termes de couverture ou encore de traçabilité de ces contrôles. Par ailleurs, 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 substitution[18]. Lorsque le cotisant corrige trop tardivement sa DSN, les pénalités et majorations[19] ne sont toujours pas appliquées. L'incidence financière de ces insuffisances n'est toujours pas évaluée par l'ACOSS.

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 recouvrés par les URSSAF et, de façon résiduelle, par l'ACOSS (32,4 Md€ en 2025).

La fiabilité de ces prélèvements reste imparfaitement assurée en raison du périmètre incomplet des contrôles réalisés à ce titre lors de la déclaration de ces revenus *via* le dispositif *Pasrau* et de la correction partielle des erreurs détectées à cette occasion.

Par ailleurs, les erreurs portant sur les montants de 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 formulée par la Cour sur les comptes des branches maladie (cf. D-8 et D-9) et vieillesse (cf. C-3), en particulier.

---

[17] Portail pour les démarches sociales que doivent effectuer les employeurs de salariés.
[18] 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. La DSN corrigée devrait se substituer à celle effectuée par l'employeur au titre des données déclarées de l'exercice précédent (2025), sur le seul champ des cotisations d'assurance vieillesse (base plafonnée), dans un premier temps.
[19] Article R. 243-10 du code de la sécurité sociale.

d) Les allégements et exonérations de prélèvements sociaux

La réduction générale de cotisations patronales (37,6 Md€ en 2025) 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 toujours pas mesurée. Cela affecte *de facto* les compensations versées par l'ACOSS à l'Association générale des institutions de retraite des cadres-Association pour le régime de retraite complémentaire des salariés (AGIRC-ARRCO) pour 7,1 Md€ en 2025 et à l'UNEDIC pour 1,6 Md€ en 2025 au titre de cette réduction.

De même, les autres allègements généraux applicables aux cotisations maladie et famille (23,8 Md€ et 9,1 Md€ en 2025)[20] pour les employeurs de salariés dont la rémunération en 2025 est respectivement inférieure à 2,25 fois et 3,3 fois le SMIC demeurent insuffisamment fiabilisés, en l'absence de contrôles permettant de vérifier le respect des conditions d'éligibilité liées à la rémunération.

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.

Enfin, le dispositif de contrôle des exonérations de cotisations ciblées en faveur de certains cotisants, secteurs économiques ou territoires (6,6 Md€ pris en charge par l'État en 2025) se renforce mais ne permet toujours pas de couvrir de façon satisfaisante les risques de mauvaise déclaration ou d'erreur dans leur calcul. Par ailleurs, l'efficacité des contrôles automatisés déployés pour fiabiliser le montant de certaines de ces exonérations n'est toujours pas mesurée. Cela affecte la fiabilité des exonérations déclarées et compensées par le budget de l'État.

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 dissimulé. Les régularisations de prélèvements sociaux qui en découlent, souvent en

[20] Montants évalués par l'ACOSS, ces allégements n'apparaissant pas dans les DSN et n'étant pas retracés dans les comptes.

défaveur des cotisants, ont atteint 4,2 Md€[21] en 2025 (2,5 Md€ en 2024). Certaines catégories de cotisants, représentant 23,1 Md€ de prélèvements sociaux en 2025, restent exclues du périmètre des contrôles.

Les moyens des URSSAF pour prévenir les fraudes (comme la dissimulation d'activité) et détecter les situations à risque restent limités, mais l'exploitation des situations identifiées par la DGFiP se développe en 2025. Notamment, les modalités de collecte des cotisations des micro-entrepreneurs utilisateurs de plateformes numériques pour leur activité professionnelle ne permettent pas d'écarter le risque de sous-déclaration, dans l'attente de leur évolution[22]. En outre, les URSSAF ne disposent pas d'un accès d'ensemble au fichier national des interdits de gérer prononcés à l'égard de cotisants par les juridictions compétentes. Par ailleurs, elles n'ont pas accès aux comptes bancaires domiciliés à l'étranger des cotisants contrôlés, ce qui peut limiter l'étendue de leurs contrôles. Enfin, la démarche administrative encadrant la dissolution d'une société[23] visant à répondre aux situations où le cotisant peut organiser son insolvabilité n'est quant à elle pas encore exploitée dans la plupart des URSSAF.

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 dissimulé, ce qui peut affecter leur efficacité. En outre, le recouvrement de ces créances reste faible (6,0 % à fin 2025)[24], contrairement à celui des créances issues des contrôles sur pièces ou sur place (72,7 %).

Enfin, la transmission aux organismes de protection sociale et d'assurance chômage des données sociales rectifiées reste mal assurée, dans l'attente de l'émission de la DSN de substitution, et de son extension à l'ensemble de ces données et aux actions de lutte contre le travail dissimulé. Cette situation peut affecter la fiabilité des droits des assurés concernés et des prestations qui leurs sont versées par ces organismes.

[21] Dont 1,5 Md€ au titre de la lutte contre le travail dissimulé, comme en 2024, hors redressements exceptionnels (1,9 Md€ en 2025).
[22] L'article 6 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2024 a prévu un nouveau dispositif de déclaration et de paiement qui doit être mis en œuvre à compter de 2027.
[23] Décret n°2024-751 du 7 juillet 2024 entré en vigueur le 1er octobre 2024.
[24] Moyenne des taux de recouvrement à cinq ans des créances nées entre 2015 et 2021.

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

Le recouvrement des créances dues par les cotisants (26,7 Md€ à fin 2025[25], contre 25,6 Md€ en 2024) 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 par un commissaire de justice. Le défaut ou le retard de mise en place de ces procédures peut encore compromettre le recouvrement et conduire à une prescription. En effet, les procédures intégrées dans le système de production des URSSAF ne sont toujours pas suffisamment adaptées au secteur d'activité du cotisant et aux différents profils de débiteurs.

Les contrôles des URSSAF ne compensent qu'imparfaitement ces insuffisances, en particulier pour les créances nées avant la crise sanitaire (2,9 Md€ à fin 2025). Certains organismes du réseau affichent d'ailleurs des montants de créances restant à recouvrer particulièrement élevés (2,8 Md€ pour ceux d'outre-mer). En outre, le risque spécifique de non-recouvrement des créances sur des cotisants travailleurs indépendants, gérants de société et entrepreneurs individuels, n'est qu'imparfaitement couvert et évalué par les URSSAF.

Par ailleurs, la prévention de la prescription des créances et la correcte identification de celles prescrites restent imparfaitement maîtrisées, en raison d'un niveau de couverture des contrôles et d'un suivi de ces créances encore perfectibles au sein des URSSAF.

S'agissant des créances pouvant être frappées de prescription en 2025, le plan d'action annuel ne comprend toujours qu'une partie des créances à risque identifiées par l'ACOSS (0,3 Md€, après 0,4 Md€ en 2024). Au total, les créances non sécurisées par une procédure de recouvrement ont atteint un montant contenu de 0,1 Md€, comme en 2024, ce qui porte le montant des créances prescrites à 1,9 Md€[26] à fin 2025, après l'admission en non-valeur de certaines d'entre elles en 2025, comme exposé ci-après.

En application d'un décret de juin 2025[27], les URSSAF ont pu, de façon exceptionnelle[28], admettre en non-valeur des créances prescrites avant le 1er janvier 2020 pour un montant total de 5,7 Md€[29] en 2025 (dont

[25] Dont 7,0 Md€ sur le champ des travailleurs indépendants, et hors celles prescrites.
[26] Dont 1,1 Md€ sur le champ des travailleurs indépendants.
[27] Décret n°2025-578 du 25 juin 2025 relatif aux règles d'admission en non-valeur et au relèvement des seuils de mise en recouvrement.
[28] Par dérogation à l'article D. 243-2 du code de la sécurité sociale.
[29] Dont 2,4 Md€ pour la part incombant aux organismes d'outre-mer.

environ 4 Md€ pour les travailleurs indépendants). Cette opération n'a pas fait l'objet de contrôles permettant de garantir, de manière pleinement satisfaisante, que ces créances étaient effectivement toutes prescrites avant 2020. L'audit réalisé par la Cour n'a pas relevé d'anomalies significatives, mais il ne peut se substituer aux contrôles qui auraient dû être réalisés. Ces créances étaient *de facto* déjà dépréciées en totalité, avant leur comptabilisation en perte.

Enfin, compte tenu de leurs modalités de détection, il n'est toujours pas assuré que l'ensemble des créances susceptibles d'être admises en non-valeur soient effectivement identifiées comme telles, 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 entre les différents organismes attributaires les produits de prélèvements sociaux (519,6 Md€ en 2025) pour financer leurs missions, ainsi que les charges et les encaissements (et ce faisant les créances). Cette répartition entre les organismes est réalisée par le biais d'un traitement informatique, dont l'audit n'a pas conduit à détecter d'anomalies significatives sur le champ testé mais relève encore des fragilités susceptibles d'affecter son correct fonctionnement.

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.

4 - 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 des revenus de l'année précédente (2024) le solde des cotisations dues par ces cotisants (3,1 Md€ à fin 2025) ou celui en leur faveur (1,7 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 (DGFiP). En revanche, la correction par les cotisants des erreurs probables, détectées et

signalées à l'occasion de ces contrôles n'est toujours pas systématique et ses effets ne restent 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 2025, les appels de prélèvements sociaux en taxation d'office augmentent pour atteindre 1,2 Md€ (après 1,0 Md€ en 2024).

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 (0,4 Md€ en 2025, contre 0,3 Md€ en 2024), dans le cadre d'un plan de radiation des comptes de cotisants identifiés par l'ACOSS, les créances non régularisées atteignaient encore un montant d'au moins 2 Md€[30] à fin 2025 (3,3 Md€ à fin 2024)[31]. Depuis 2025, la part des créances portant sur plusieurs exercices ne peut plus être identifiée (0,4 Md€ à fin 2024) en raison d'un changement de base de données, ce qui induit une limitation à l'audit.

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

Les praticiens et auxiliaires médicaux relevant du secteur 1[32] 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 2025), proportionnelle à la part d'actes conventionnés qu'ils réalisent. Malgré de nouvelles évolutions favorables en 2025, la fiabilité des données administratives de cette catégorie de cotisants intégrées au système d'information des URSSAF n'est toujours pas totalement garantie en raison d'une cohérence insuffisante avec celles détenues par l'assurance maladie.

---

[30] Soit, comme en 2024, un quart du montant total des créances sur les travailleurs indépendants (8,0 Md€), dont celles prescrites.

[31] La baisse entre 2024 et 2025 s'explique largement par l'admission exceptionnelle en non-valeur de créances prescrites constituées de taxation d'office pour 0,9 Md€ (voir ci-avant).

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

5 - 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 (2,9 Md€ de prélèvements sociaux en 2025) et l'offre de service *Pajemploi* (3,9 Md€ en 2025) 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[33] des assistants maternels reposent sur des données dont la fiabilité s'améliore, mais ne couvrent pas encore suffisamment le risque de versement à tort du complément de libre choix du mode de garde finançant une partie des dépenses liées à la garde d'enfant.

Malgré de nouveaux progrès, le dispositif de lutte contre la fraude des deux centres gérant ces dispositifs conserve des limites, dans l'attente de développements informatiques. En outre, le travail d'évaluation de la fraude potentielle n'a, quant à lui, toujours pas été engagé, y compris sur le champ du dispositif d'avance immédiate de crédit d'impôt (AICI)[34] géré par le centre national CESU.

[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'ACOSS

A - Opinion de la Cour

En application des dispositions de l'article LO. 132-2-1 du code des juridictions financières, la Cour a effectué l'audit des comptes de l'ACOSS pour l'exercice clos le 31 décembre 2025, arrêtés le 7 avril 2026 par le directeur et la directrice comptable et financière.

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

B - Fondements de l'opinion de la Cour

Il est renvoyé à l'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) 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-2) ;
- des insuffisances du contrôle interne des activités des URSSAF liées au recouvrement des prélèvements sociaux (D-3) ;
- une insuffisante couverture de risques propres aux prélèvements sociaux des travailleurs indépendants (D-4).

Opinion de la Cour sur les comptes de la branche maladie de l'exercice 2025

La branche maladie assure le service des prestations d'assurance maladie, maternité, paternité[35], invalidité et décès dont bénéficient 65 millions d'assurés du régime général[36] ainsi que les 8,5 millions d'assurés des autres régimes obligatoires de base financièrement intégrés[37].

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), et 8 centres de traitement informatique (CTI)[38]. 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 quatre 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 par la branche maladie pour le compte de la branche famille et financées par cette dernière (2,1 Md€).

[36] Selon les données au 1er janvier 2025 du répertoire national inter-régimes des bénéficiaires de l'assurance maladie (RNIAM).

[37] Principalement, la Mutualité sociale agricole (MSA), la Mutuelle générale de l'éducation nationale (MGEN), la Caisse nationale militaire de sécurité sociale (CNMSS), la Caisse de prévoyance et de retraite du personnel ferroviaire (CPRPF), la Caisse de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaires (CRPCEN), la Régie autonome des transports parisiens (RATP) et sa Caisse de retraites du personnel de la RATP (CRP-RATP), la Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines (CANSSM), la Caisse d'assurance vieillesse, invalidité et maladie des cultes (CAVIMAC) et l'Établissement national des invalides de la Marine (ENIM).

[38] Les 16 directions du service médical ont été intégrées aux CPAM à compter du 1er octobre 2025.

Au total, les charges de la branche maladie pour l'exercice 2025 ont atteint 262,7 Md€, soit près de la moitié des charges du régime général, contre 251 Md€ en 2024. En 2025, la branche maladie a notamment comptabilisé 224 Md€ de charges de prestations légales et a dégagé un résultat déficitaire de 15,9 Md€, après un déficit de 13,8 Md€ en 2024.

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 2025, arrêtés le 7 avril 2026 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 de l'anomalie significative et des insuffisances d'éléments probants décrites ci-après dans la section « Fondements de l'opinion de la Cour », les comptes de la 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 2025, appréciés et évalués en fonction des règles de droit en vigueur à cette date[39].

B - Fondements de l'opinion de la Cour

La Cour constate que les comptes de la branche maladie de l'exercice 2025 sont affectés par une anomalie significative.

Dans neuf autres cas, elle ne dispose pas d'éléments probants suffisants qui permettraient d'écarter le risque d'anomalies significatives dans les comptes. Compte tenu du caractère significatif des écarts entre les opérations effectuées et par conséquent comptabilisées et celles qui auraient dû l'être si les règles de droit propres à ces opérations avaient été appliquées

[39] 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 (provisions pour charges) à ce même titre.

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 - Anomalie significative

Une anomalie significative porte sur les conditions de rattachement à l'exercice de produits et de charges.

a) Enregistrement en droits constatés des impôts et taxes affectés

Une part des impôts et taxes affectés (0,6 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'ACOSS 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 (C).

b) Séjours hospitaliers en cours à la clôture de l'exercice

Les hôpitaux comptabilisent en produits à recevoir les séjours non terminés à la clôture de l'exercice. En revanche, l'assurance maladie, à tort, ne comptabilise pas de passifs à ce titre.

c) Enregistrements des produits de recours contre tiers

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 2025 au titre des recours contre tiers[40] (0,9 Md€) ne présentent pas toujours ce caractère. La CNAM estime en effet à 234 M€ les produits inscrits à fin 2025 qui sont susceptibles d'être corrigés au cours des exercices suivants.

[40] 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.

D - Insuffisances d'éléments probants

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

Certaines écritures comptables ne sont pas accompagnées de pièces justificatives. Cette absence s'explique, en partie, par une faiblesse du contrôle interne au sein des CPAM sur la qualité et la conformité des pièces justificatives dont elles disposent, notamment lorsque le professionnel qui réalise la prestation n'exerce pas dans le ressort de la caisse de rattachement de l'assuré.

Les diligences menées par la Cour sur l'exercice 2025 permettent d'estimer à 720 M€[41] le montant de prestations dont la pièce justificative n'a pas été obtenue par la CNAM plus de six mois après la facturation[42] contre 1,6 Md€ en 2024. Cette faiblesse du contrôle interne expose la branche à une prise en charge indue de dépenses non justifiées et à l'absence de notification des indus subséquents.

2 - Les estimations et justifications comptables

a) 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 (719 M€) présente un écart non expliqué de 226 M€ qui, à défaut de disponibilité de la caisse de sécurité sociale de Mayotte pour des opérations de vérification, n'a pu être analysé[43].

[41] Extrapolation selon la méthode de calcul de l'indicateur de risque financier résiduel des prestations en nature.
[42] Dans le cadre des contrôles croisés entre CPAM réalisés sur un échantillon de 47 828 dossiers, 6,3 % des pièces justificatives relatives à la prise en charge des prestations en nature ont fait défaut en 2025, après 6 % en 2024.
[43] 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 (381 M€ en 2025).

b) L'évaluation des charges à payer et des provisions pour charges hospitalières

Les charges à payer et provisions au titre du financement des établissements publics et privés non lucratifs sont estimées à 11,9 Md€ à fin 2025 (dont 11,7 Md€ de charges à payer et 0,2 Md€ de provisions) sur la base des données produites par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH). Les contrôles opérés par la CNAM sur ces données restent perfectibles, en particulier sur les dotations et forfaits, ce qui ne permet pas de garantir de façon pleinement satisfaisante les montants comptabilisés à ce titre.

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

L'exhaustivité des produits relatifs aux recours contre tiers (0,9 Md€ en 2025) 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 (1,4 Md€) font l'objet d'un fort taux de dépréciation (0,7 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). Celle reconduite en 2025 rencontre les mêmes limites.

d) L'évaluation des actifs et 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 résultat des demandes de confirmation de dettes (0,8 Md€) et créances (1,1 Md€) auprès des organismes étrangers n'apporte qu'une assurance partielle sur l'exercice. En outre, lorsque les organismes étrangers de protection sociale acceptent les contestations des facturations de soins, celles-ci sont enregistrées en produits et non en atténuation de charges, avec pour effet de majorer à tort les dépenses de l'assurance maladie.

Le pilotage de l'activité, rendu complexe par la multiplicité des accords bilatéraux et européens, pâtit du maintien en parallèle de deux applicatifs distincts *Oversi* et *Metis*. Lorsqu'un pays tiers conteste à juste titre une facturation émise par le centre national des soins à l'étranger

(CNSE) et provenant d'un établissement hospitalier français, le processus de recouvrement de ces indus par les CPAM auprès des hôpitaux concernés n'est que partiellement sécurisé.

L'analyse du dénouement des provisions (1,3 Md€) et charges à payer (135 M€) au titre de l'exercice 2024 est peu probante, en raison du caractère souvent tardif et irrégulier de présentation des factures de soins d'assurés français par les organismes de liaison étrangers. Compte tenu des limites inhérentes à la méthode d'estimation actuelle, l'analyse sur plusieurs exercices pour une année de soins donnée est peu concluante.

3 - La constatation et le recouvrement des indus sur prestations

Les soldes des opérations relatives aux créances sont affectés d'incertitudes.

Les contrôles portant sur les droits ou sur la liquidation des prestations demeurent imparfaitement assurés, ce qui affecte la fiabilité du solde des créances enregistrées à la fin de l'exercice. Par ailleurs, 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.

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 espèces et par trois ans pour les prestations en nature. De surcroît, l'absence de notification systématique de ces indus par le réseau, au motif qu'une plainte est en cours, accroît le risque de prescription de ces créances.

Le montant des provisions pour dépréciation des créances douteuses est affecté d'incertitudes, compte tenu des insuffisances constatées dans les révisions annuelles de créances, mais aussi des bases de calcul pour 2025.

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 règlementaires.

4 - Les faiblesses du cadre général du contrôle interne

a) Le dispositif national de contrôle interne

Le dispositif de contrôle interne de la CNAM intègre en 2025 le plan de contrôle unique en décrivant les interactions entre les cinq plans de contrôle préexistants. La gouvernance de ce plan de contrôle devrait

permettre à l'organisme de piloter la qualité de ses opérations en cohérence avec les exigences du décret n° 2022-1283 du 30 septembre 2022.

En revanche, l'analyse des plans d'action menés comme celle des résultats ne sont pas intégrées dans la construction des plans de contrôle de l'année N+1. La temporalité des revues de performance en mars N+1, qui évaluent et modifient le plan de contrôle au mieux au cours de l'année, voire l'année suivante, ne permet pas aux organismes locaux d'intégrer les évolutions nécessaires, notamment *via* le plan de formation qui est validé annuellement. La pertinence et le ciblage de certains contrôles apparaissent insuffisants au regard de leur efficacité. Leur traçabilité reste incomplètement assurée du fait notamment des limites des outils mis à disposition des caisses, particulièrement sur le volet médical.

Enfin, bien que des indicateurs de suivi du contrôle interne aient été communiqués à la Cour, le tableau de bord du contrôle interne au 30 juin, transmis le 23 octobre 2025, reste perfectible et ne présente pas les résultats des actions mises en œuvre pour lutter contre les risques majeurs et les conséquences sur le risque résiduel.

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

Le nombre d'attaques informatiques visant la CNAM reste élevé en 2025. Les exigences réglementaires en matière de protection des données ou encore de sécurité des systèmes d'information ne sont pas encore pleinement satisfaites, malgré les avancées en la matière au cours de l'exercice.

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 en l'absence persistante d'indicateurs de performance.

Malgré le renforcement de ses procédures, la CNAM éprouve des difficultés à recenser et qualifier les incidents, et n'en évalue pas l'incidence financière. Des indicateurs de pilotage restent à déployer sur le processus de gestion des problèmes[44]. 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 conduire. La

[44] Selon le référentiel *ITIL*, un « incident » est une perturbation d'un service ou d'une application vis-à-vis de son fonctionnement normal, tandis qu'un « problème » est la source d'un incident d'origine inconnue ou de plusieurs incidents récurrents sur une même thématique.

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

c) La portée de la lutte contre les fraudes

Le résultat de la lutte contre la fraude progresse de 15 % par rapport à 2024 à la même date, atteignant 723 M€ pour un montant de fraude annuelle estimé par la CNAM dans une fourchette de 1,8 Md€ à 2,4 Md€ par an. Ce résultat inclut une part de préjudices évités ou estimés (286 M€), calculés selon des consignes nationales, tandis que le préjudice subi, qui seul peut donner lieu à notifications d'indus, augmente de 20 % et s'établit à 437 M€. Ce résultat dépasse l'objectif national, fixé à 550 M€ pour l'année 2025. La fraude détectée représente ainsi 0,3 % du montant des prestations versées et 30 % de la fraude estimée[45]. Par ailleurs, les catégories de prestations évaluées excluent certaines dépenses de la branche[46] et le montant des indus frauduleux recouvrés progresse à 522 M€ en 2025.

5 - Les anomalies affectant la gestion des bénéficiaires

a) La gestion des bénéficiaires

La protection maladie universelle garantit la prise en charge des soins pour toute personne résidant de façon régulière et stable sur le territoire[47]. En 2025, la CNAM a poursuivi les travaux de fiabilisation de ses bases[48]. Elle a également transmis à la Cour une étude visant à actualiser l'écart entre le nombre de personnes bénéficiant de droits ouverts au répertoire national interrégimes des bénéficiaires de l'assurance maladie

[45] Ce taux doit toutefois être considéré avec prudence dans la mesure où le numérateur comprend des montants pour partie pluriannuels et le dénominateur uniquement des montants annuels. Pour une bonne interprétation de la donnée, il faut regarder la tendance sur plusieurs années.

[46] Le champ d'évaluation ne couvre pas les centres de santé dentaires ou d'audioprothèses, les consommations de soins d'assurés bénéficiaires de la protection universelle maladie (PUMa), la chirurgie plastique et réparatrice, les orthoptistes, les orthophonistes, les pédicures podologues, les sages-femmes, les séjours hospitaliers tarifiés 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.

[47] Plus de six mois par an, depuis au moins trois mois.

[48] Selon la CNAM, un outil de synchronisation des fermetures de droit entre le répertoire national interrégimes des bénéficiaires de l'assurance maladie et les bases départementales a été développé ; des rattachements obsolètes ont été supprimés ; des campagnes de fiabilisation des droits des personnes de plus de 75 ans ont été conduites.

(RNIAM) et le nombre de résidents recensés par l'INSEE. Cet écart[49] est désormais estimé par l'assurance maladie à près de 400 000 personnes. Outre le fait que cette étude a été transmise à la Cour trop tardivement pour pouvoir être auditée, les écarts identifiés doivent faire l'objet de travaux complémentaires au titre des différentes catégories d'assurés concernés.

La fréquence des contrôles réalisés par la CNAM, tous les deux ans, est insuffisante au regard de la condition légale de présence de plus de six mois sur le territoire pour bénéficier des prestations. Par ailleurs les pièces justificatives demandées pour les prestations à critère de résidence ne permettent pas de garantir la présence effective sur le territoire. En l'absence d'un indicateur de risque résiduel concernant le processus de gestion des bénéficiaires et l'évaluation de la fraude à la résidence, le risque d'ouverture indue de droits demeure non maîtrisé.

En outre, malgré une refonte qui s'est poursuivie en 2025, le système d'information de la CNAM reste organisé sur des bases départementales, la gestion des droits des assurés ne reposant pas encore sur un référentiel national. De surcroît, les bases actuellement utilisées ne sont pas adéquatement synchronisées avec les flux des partenaires externes (CNAV, CNAF, DGFiP ou encore France Travail) ou ne disposent pas de clé unique permettant d'indexer les personnes physiques, ce qui laisse subsister des situations d'irrégularité non détectées.

Les indus comptabilisés au titre de la protection universelle maladie (PUMa) s'élèvent à 5 M€[50] en 2025 après 1,0 M€ en 2024. Ce montant apparaît encore sous-estimé au regard du nombre (environ 150 000 en 2025, contre 100 000 en 2024) des fermetures de droits de bénéficiaires « consommants » à la suite des contrôles. Il en résulte un défaut d'exhaustivité des créances comptabilisées dans les comptes 2025[51].

b) Les affections de longue durée

Les assurés reconnus en affection de longue durée (ALD) concentrent à eux seuls plus des deux tiers des dépenses de l'assurance maladie, soit 135 Md€. Cette reconnaissance ouvre droit à une exonération du ticket modérateur pour un montant total de 15 Md€ pour les dépenses liées à l'affection reconnue.

---

[49] Écart précédemment estimé à 2,4 millions de personnes, cf. *Rapport de certification des comptes du régime général de sécurité sociale de 2024*, p. 40.
[50] Dont 0,4 M€ au titre de la résidence, 4,2 M€ au titre de l'irrégularité et 0,3 M€ au titre de la non-certification identitaire des numéros d'attente.
[51] 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.

Par ailleurs, de nombreux assurés sont reconnus en ALD sans limitation de durée (440 500) ou pour plus de dix ans (48 000)[52]. L'estimation des charges en résultant n'a pas été chiffrée. Dans l'attente d'évolutions informatiques et de la mise en œuvre d'un plan d'action par la CNAM, de nombreuses données portant sur la justification des droits restent incohérentes dans les CPAM entre les applications informatiques des services administratifs et celles relevant de la direction médicale.

c) La complémentaire santé solidaire (CSS)

Afin de sécuriser ce droit exposé à la fraude (estimée par la CNAM à 8 %), le contrôle du respect des conditions de ressources prévues pour l'attribution de la complémentaire santé solidaire (CSS) s'appuie sur les données du dispositif relatif aux ressources mensuelles (DRM), utilisées pour préremplir la demande dématérialisée ou contrôler les demandes faites hors ligne (38 %). Le contrôle interne de l'attribution de la CSS doit encore s'appuyer sur une multiplicité de sources, les données du DRM étant incomplètes, malgré l'exclusion de catégories de ressources à prendre en compte pour l'accès à ce droit depuis le 1er juillet 2025[53].

d) L'aide médicale de l'État (AME)

Le montant facturé par l'assurance maladie à l'État au titre de l'aide médicale de l'État (1,3 Md€) est affecté d'incertitudes. La vérification de la situation déclarée par les demandeurs progresse sur certains points mais n'exploite pas la totalité des informations dont disposent les administrations, qu'il s'agisse du contrôle de l'identité, de la régularité 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, dans l'attente d'un planning de réalimentation. Alors qu'elle permettrait d'y remédier, la consultation par les consulats des visas délivrés dans l'espace Schengen n'a pas été organisée.

Les erreurs d'attribution n'ont pas donné lieu au cours de l'exercice à notification ni à fermeture du droit. En cas d'incidence financière, aucun indu n'a été notifié en 2025. 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 toujours pas contrôlé.

---

[52] Chiffres à fin août 2024. Ces données n'ont pas été actualisées pour 2025.
[53] Décret n° 2025-588 du 28 juin 2025.

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

Les frais de santé facturés directement à l'assurance maladie (111,3 Md€[54]) correspondent, pour l'essentiel, aux soins réalisés par les professionnels libéraux de santé conventionnés et par une partie des établissements de santé[55].

a) Les contrôles des facturations de frais de santé

Sur l'exercice 2025, 23 % des prestations sont remboursées sans la présentation conjointe de la carte Vitale de l'assuré et de la carte du professionnel de santé. Ces flux dits dégradés doivent être suivis par la transmission d'une feuille de soins signée par l'assuré et le professionnel de santé, à l'exception de certains cas expressément prévus, mais la majorité d'entre elles sont cochées en impossibilité de signer du fait notamment des limites des outils informatiques utilisés par les professionnels de santé. Ces prestations intègrent les actes de télésanté dont le montant remboursé est de 302,1 M€ en 2025 et dont le contrôle sur les conditions de prise en charge est insuffisant. Enfin, la facturation en ligne peut contribuer à la fiabilisation des frais facturés en raison de l'intégration de contrôles *a priori* au sein du poste du professionnel de santé, mais elle n'a représenté que 1 % des flux en 2025 dans la mesure où elle n'est proposée à ce jour qu'aux transporteurs sanitaires.

Les contrôles automatisés ne prémunissent qu'en partie contre les prises en charge indues résultant des surconsommations médicales ou du non-respect des règles. Par ailleurs, l'allègement des contrôles, mis en place avec la garantie de paiement des professionnels pratiquant le tiers payant, peut entraîner des indus, partiellement notifiés auprès des assurés.

La fréquence des erreurs résiduelles atteint 6,19 % des facturations en 2025 (contre 7,18 % en 2024). Cependant, les contrôles *a posteriori* demeurent peu nombreux et représentent 0,1 % des liquidations en 2025.

[54] Y compris la mutuelle générale de l'éducation nationale – MGEN (4,5 Md€).
[55] Les établissements de santé privés à caractère lucratif pour les séjours et actes externes ; les établissements publics et privés non lucratifs pour les médicaments rétrocédés par leurs pharmacies internes, pour les actes externes et, pour ceux participant à l'expérimentation d'une facturation directe, pour les séjours.

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

Le recouvrement des créances de participations forfaitaires et de franchises (1,7 Md€ à fin décembre 2025) en cas de règlement des frais de santé en tiers payant, qui avait été suspendu en mars 2020 par la CNAM en raison de la crise sanitaire, a repris le 1er septembre 2023.

Une part des créances, estimée à 1 Md€ par la CNAM en 2025, a été exclue du dispositif d'envoi des avis de sommes à payer utilisés dans ce cadre. Elles concernent les dettes de participations forfaitaires et franchises inférieures à un seuil de 50 € et la fraction de ces dettes supérieure à 200 €. La CNAM a abaissé le seuil à 40 € à compter du 17 décembre 2025. Ces seuils fixés par la CNAM n'ont aucun fondement réglementaire. Pour les personnes âgées de plus de 80 ans, la CNAM n'a pas appelé ces contributions jusqu'en décembre 2025. Le montant non recouvré à ce titre au cours de l'exercice 2025 reste à estimer ainsi que les créances non prescrites dues au titre des exercices antérieurs.

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

La dématérialisation des prescriptions constitue un prérequis nécessaire à la mise en œuvre des contrôles *a priori* de la conformité des facturations aux prescriptions automatisées 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 limité en dépit de la généralisation de la prescription dématérialisée à l'ensemble des professionnels de santé au plus tard le 31 décembre 2024[56]. 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 du médicament *princeps* et de facturation de ce dernier lorsque le médecin n'a pas motivé l'impossibilité de le remplacer par un médicament générique est partiellement couvert par les contrôles automatisés *a priori* et ne fait pas l'objet d'un contrôle spécifique *a posteriori*. Une vérification est effectuée lors des contrôles ciblés réalisés tous les deux ans sur les pharmacies et sur un échantillon restreint.

[56] Ordonnance du 18 novembre 2020 et décret n°2023-1222 du 20 décembre 2023.

Les facturations de prestations soumises à une demande d'accord préalable et pour lesquelles cet accord n'a pas été formulé par l'assuré, ainsi que les facturations correspondant à des demandes refusées ou qui dépassent les plafonds de prise en charge, ne sont pas bloquées par des contrôles *a priori*. Ainsi, le nombre d'accords tacites demeure important du fait de l'exclusion d'un grand nombre de prestations du contrôle réalisé par la direction médicale. Enfin, le contrôle administratif *a posteriori* des facturations de taxis sur la transmission des données kilométriques n'est pas suffisamment assuré[57]. Ainsi, l'assurance maladie peut être amenée à 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 à l'issue du dispositif de contrôle interne. Cette analyse est réalisée sur un échantillon de 2 824 dossiers liquidés par les organismes.

Les prestations concernées par cet indicateur s'élèvent à 106,7 Md€[58] en 2025 ; en sont exclus les séjours en hôpitaux publics (54,7 Md€). La CNAM ne rapporte pas les résultats de l'indicateur à l'assiette des charges comptabilisées. Enfin, l'indicateur ne permet pas de distinguer le risque lié aux prestations de la branche maladie et celui lié à la branche AT-MP alors même que les risques ne sont pas les mêmes. Les résultats 2025 reflètent une fréquence des erreurs résiduelles en légère baisse (6,19 %[59] contre 7,18 %[60] en 2024). Leur portée financière est estimée par la CNAM à 3,4 Md€[61] (3,10 % du montant total des dépenses) contre 3,3 Md€[62] en 2024 (3,05 % de ce montant).

---

[57] Un arrêté du 29 juillet 2025 a approuvé la convention-cadre nationale relative à l'établissement d'une convention-type entre les entreprises de taxi et les CPAM.

[58] L'assiette de l'indicateur (110,3 Md€ en 2025 contre 106,5 Md€ en 2024) ne coïncide pas avec les charges de prestations comptabilisées pour l'année (106,7 Md€ en 2025 tous risques confondus, après 101,5 Md€ en 2024). Le décalage de la période de mesure (du 1er juillet N-1 au 30 juin N pour l'indicateur associé aux comptes 2025), en avance de 6 mois sur l'année civile 2025, n'explique pas cet écart.

[59] Compte tenu de la taille de l'échantillon, cette fréquence est comprise, avec une probabilité de 95 %, entre 5,08 % et 7,39 %.

[60] Fréquence comprise, avec une probabilité de 95 %, entre 5,73 % et 8,74 %.

[61] Taux d'incidence financière compris, avec une probabilité de 95 %, entre 2,10 % et 4,30 % du montant des prestations versées, soit respectivement 2,3 Md€ et 4,7 Md€.

[62] Taux d'incidence financière compris, avec une probabilité de 95 %, entre 1,96 % et 4,15 % du montant des prestations versées, soit respectivement 2,1 Md€ et 4,4 Md€.

Ces anomalies concernent principalement des surfacturations kilométriques, l'absence de signature du prescripteur, des délivrances de médicaments non renseignées sur la prescription médicale ou encore des erreurs dans les taux de prise en charge. Enfin, le résultat de l'indicateur reste minoré par l'absence de mesure des risques relevant de l'activité du contrôle médical[63]. Ce résultat ne prend pas en compte les dossiers dépourvus de pièces justificatives, dont la Cour estime l'incidence à 720 M€. Ils correspondent à des indus non notifiés. Les résultats observés en 2025 demeurent encore fragiles. Le taux de requalification avec incidence financière, dans l'échantillon que la Cour examine elle-même après la réitération des contrôles, s'établit à 12,5 % contre 9 % en 2024.

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

Pour l'exercice 2025, le montant des prises en charge des frais de santé liquidées par la mutuelle générale de l'éducation nationale (MGEN)[64] pour le compte du régime général d'assurance maladie s'établit à 4,6 Md€ et à 1,2 Md€ pour les prestations liquidées par le régime général pour les bénéficiaires affiliés aux mutuelles (MGP, INTERIALE, CAMIEG)[65].

Les résultats 2025 montrent que le risque financier résiduel estimé par la mutuelle délégataire (MGEN) pour les prestations qu'elle liquide à partir d'un échantillon de 1 241 dossiers se dégrade et que l'incidence financière des erreurs atteint 10,3 % des règlements, soit 548 M€ (contre 6,9 %, soit 354 M€ en 2024). Cette estimation ne prend pas en compte les anomalies pour absence de pièces justificatives qui atteignent 4,1 % des règlements. La fiabilité de l'indicateur est également affectée en raison de la requalification ou de la revalorisation d'un quart des dossiers auxquelles procède la CNAM sur l'échantillon qu'elle contrôle.

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

Les séjours dans les établissements de santé publics et privés non lucratifs (54,4 Md€ en 2025) sont financés par l'assurance maladie sur le fondement d'arrêtés pris par les agences régionales de santé (ARS) au vu de l'activité valorisée que déclarent ces établissements à l'Agence

[63] Le respect de la demande d'accord préalable ou du bilan diagnostic kinésithérapique.
[64] Depuis 2024, la mutuelle des affaires étrangères et européennes a cédé la gestion de ses bénéficiaires à la MGEN.
[65] Seules MGP et INTERIALE font l'objet d'un audit, réalisé tous les deux ans.

technique de l'information sur l'hospitalisation. Les contrôles effectués par ces agences et pour partie par les établissements[66] sur cette valorisation restent insuffisants pour prévenir le risque d'erreur de portée significative.

Les contrôles relatifs à la correcte application de la réglementation sur la facturation directe des établissements de santé (18,6 Md€ en 2025)[67] comportent toujours, malgré des progrès, des fragilités du fait de risques insuffisamment couverts et d'un nombre insuffisant de factures contrôlées. Cette situation expose l'assurance maladie à des prises en charge indues. Par ailleurs, les contrôles *a posteriori* effectués par la direction médicale sur la régularité et la sincérité des séjours qui lui sont facturés ne compensent ces faiblesses que dans une mesure limitée. En effet, ces contrôles comportent toujours des limites qui tiennent notamment à leur périmètre incomplet (estimé à 12,3 Md€, excluant notamment les séjours en ambulatoire) et à leur représentativité insuffisante (environ 29 000 séjours contrôlés, soit une part inférieure à 1 % du total des séjours).

Les établissements de santé perçoivent également des financements sous forme de dotations et de forfaits attribués sur le fondement d'arrêtés pris par les agences régionales de santé, encore transmis manuellement pour paiement aux CPAM, ce qui engendre un risque d'erreur lors de la comptabilisation des charges (33,3 Md€ en 2025), accentué par les limites des outils utilisés, en particulier par les établissements de santé privés lucratifs, pour le traitement adéquat de certaines opérations.

Des avances ont été consenties, sans base légale, à certains établissements de santé privés (0,7 Md€ en 2025) confrontés à des difficultés financières, leur facturation ayant été suspendue à la suite de la publication tardive des nouveaux tarifs hospitaliers. Faute d'utilisation d'outils adaptés, la gestion de ces avances entraîne des risques d'erreurs.

[66] En 2024, environ 4 % des états financiers des établissements de santé publics certifiés par un commissaire aux comptes ont fait l'objet d'une réserve portant sur le cycle des recettes liées notamment aux facturations de séjours.

[67] Dont 14,9 Md€ de séjours et actes facturés par les établissements privés lucratifs et 3,7 Md€ d'actes et consultations externes par les établissements publics et privés non lucratifs.

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

a) L'attribution des indemnités journalières (12,8 Md€68)

La part des arrêts de travail signalés *via* la déclaration sociale nominative (DSN)[69] a encore peu évolué en 2025 (71,7 %, soit + 1,6 point de pourcentage par rapport à 2024). Plus d'un quart 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*.

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 indue. En outre, l'utilisation du *Cerfa* sécurisé par les professionnels de santé n'a été pleinement rendu obligatoire qu'au courant du mois d'octobre 2025, soit trois mois après le délai règlementaire. 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. Il en résulte une majoration des dépenses de l'assurance maladie.

Le contrôle interne du traitement des arrêts de travail est encore insuffisant. Les consignes relatives à l'ampleur des contrôles *a posteriori* sont partiellement mises en œuvre dans le réseau, ce qui rend ces contrôles insuffisants. Leurs résultats font encore ressortir des anomalies liées à la liquidation automatisée des indemnités journalières (paiements multiples, outil *Arpège-ts*[70], etc.). Ces anomalies ne sont pas analysées à l'échelle nationale, ce qui ne permet pas d'apprécier leur portée.

---

[68] Dont 11,6 Md€ au titre des arrêts maladie et 1,2 Md€ pour les congés maternité prénataux. Le financement des congés maternité postnataux et d'adoption (2,0 Md€) a été transféré en 2023 à la branche famille.

[69] La DSN 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.

[70] 14,1 M€ d'indus pour les paiements multiples et 1,8 M€ d'indus en lien avec le paiement automatisé *via Arpège-ts*, détectés dans le cadre des contrôles mis en place.

b) Le financement des indemnités journalières des indépendants

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 (309 M€ au 31 décembre 2025 soit + 28 % par rapport à 2024) a fait l'objet de l'ouverture d'un compte spécifique en 2025. Toutefois, le cadre légal actuel ne permet pas l'affectation de ce résultat constaté dans une gestion *ad hoc* au sein des comptes de la branche maladie.

c) Les contrôles de la direction médicale[71]

Face à une hausse continue des arrêts de travail, une nouvelle campagne nationale a été lancée afin de mettre en œuvre la procédure permettant de fixer un objectif de réduction des prescriptions aux médecins ayant prescrit un nombre d'arrêts de travail anormalement élevé. Compte tenu de sa mise en application par le réseau au quatrième trimestre, l'audit de la mise en œuvre de cette procédure et de ses résultats n'a pu être réalisé au titre de l'exercice 2025.

Par ailleurs, les activités de la direction médicale couvrent imparfaitement les risques de versement injustifié et de suspension trop tardive des indemnités. En effet, malgré une campagne de contrôle spécifique réalisée au dernier trimestre 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, notamment pour les arrêts de longue durée. De surcroît, les arrêts de travail courts itératifs ne font pas l'objet d'un dispositif de contrôle spécifique, mais d'une campagne de sensibilisation des assurés.

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'accidents

[71] Le décret n° 2025-599 du 30 juin 2025 a modifié l'organisation du service du contrôle médical de l'assurance maladie du régime général en prévoyant notamment que le contrôle médical relevant des échelons locaux et des échelons régionaux est exercé à partir du 1er octobre 2025 au sein des CPAM avec la création d'une direction médicale.

du travail – maladies professionnelles, en réitérant les opérations de contrôle d'un échantillon de dossiers liquidés.

L'assiette de l'indicateur (24, 3 Md€ tous risques confondus, contre 23,1 Md€ en 2024) ne coïncide pas avec les charges de prestations comptabilisées pour l'année (20,9 Md€ en 2025 après 19,9 Md€ en 2024). Or, pour estimer les montants, la CNAM ne rapporte pas les résultats de l'indicateur à l'assiette des charges comptabilisées sur la même période[72].

En 2025, sur l'ensemble des risques (dont les travailleurs indépendants), la fréquence des erreurs se stabilise, à 6,6 %[73] des dossiers (contre 6,5 % en 2024). Le montant des erreurs se stabilise également, à 400 M€ en 2025, soit 1,7 % du montant total. Pour la branche maladie (hors travailleurs indépendants), le montant des erreurs atteint 231 M€, soit 1,3 % des prestations (contre 1,5 % en 2024).

La maîtrise de la réglementation par les agents demeure insuffisante. En effet, dans l'échantillon que la Cour examine elle-même après la réitération des contrôles, près d'un tiers des dossiers sont encore requalifiés à sa demande, contre un quart en 2024. La CNAM a progressé dans la documentation des erreurs en 2025 ; celles portant sur l'incohérence de la période d'indemnisation avec la prescription et le calcul inexact du salaire de référence demeurent les plus fréquentes. Dans les trois quarts des cas, elles sont en défaveur de l'assuré.

Les résultats de l'indicateur sont 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 30 % de dossiers dépourvus de pièces justificatives parmi les dossiers en anomalie de l'échantillon. Par ailleurs, la CNAM ne calcule pas un indicateur spécifique à la liquidation des indemnités journalières relatives au congé maternité postnatal et adoption, dont le financement a été transféré à la branche famille en 2023.

9 - Les erreurs affectant les pensions d'invalidité

Malgré des risques significatifs, l'efficacité du contrôle des pensions d'invalidité (8,3 Md€ en 2025) n'est toujours pas mesurée par un indicateur de risque financier résiduel. Bien que les premiers résultats de

[72] Le décalage de la période de mesure (du 1er juillet N-1 au 30 juin N pour l'indicateur associé aux comptes 2025), en avance de 6 mois sur l'année civile 2025, n'explique pas cet écart.

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

l'expérimentation de mesure du risque manquent de fiabilité, ils démontrent la nécessité d'harmoniser les pratiques de liquidation et de contrôle. Le calcul des pensions d'invalidité dépend de la fiabilité des données de salaires fournies par la caisse nationale d'assurance vieillesse dans l'attente d'un conventionnement sur le sujet. Les données du dispositif relatif aux ressources mensuelles ne sont pas encore utilisées, alors qu'elles permettraient de fiabiliser le montant des pensions en fonction de l'évolution des revenus.

Malgré l'impact positif de campagnes ponctuelles de sécurisation, 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 2025

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[74], par la caisse régionale d'assurance maladie d'Île-de-France (CRAMIF), 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 quatre caisses générales de sécurité sociale (CGSS) en outre-mer, 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 2025, la branche AT-MP a comptabilisé 11,2 Md€ de charges de prestations légales et dégagé un résultat déficitaire de 0,2 Md€ (contre un résultat excédentaire de 0,7 Md€ en 2024).

[74] Les 16 directions régionales du service médical (DRSM) ont été intégrées au réseau des CPAM à compter du 1er octobre 2025.

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 2025, arrêtés le 7 avril 2026 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 de l'anomalie significative et des insuffisances d'éléments probants décrites ci-après dans la section « Fondements de l'opinion de la Cour », les comptes de la 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 2025, 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 2025 sont affectés par une anomalie significative.

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

Compte tenu du caractère significatif des écarts entre les opérations effectuées et par conséquent comptabilisées et celles qui auraient dû l'être si les règles de droit propres à ces opérations avaient été appliquées dans tous les cas, le contrôle interne a un caractère insuffisamment probant pour la maîtrise des risques de portée financière ayant une incidence sur les comptes de la branche AT-MP. Faute d'intégrer les actifs et passifs qui auraient résulté d'un contrôle interne efficace, les comptes de la branche AT-MP reflètent imparfaitement ses droits et obligations à l'égard des assurés (cas des charges liées aux indemnités journalières et aux rentes, voir partie D *infra*, points 7 et 8).

C - Anomalie significative

Une anomalie significative porte sur les conditions de l'application du principe des droits constatés à certaines opérations, renvoyant aux fondements de l'opinion sur les comptes de la branche maladie (C).

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.

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 171 M€ inscrits en créances en 2025, contre 113 M€ l'exercice précédent.

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 (0,6 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) Les créances et dépréciations liées aux recours contre tiers

Des incertitudes affectent l'exhaustivité des flux de créances (0,7 Md€) et de produits comptabilisés (0,5 Md€) et l'estimation des dépréciations de créances (0,5 Md€) au titre des recours contre tiers.

En outre, environ 81 000 dossiers n'ont pas été enregistrés dans l'outil de gestion de ces recours[75], 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. Les opérations de rattrapage de ces dossiers se poursuivent en 2026. Il est renvoyé aux fondements de l'opinion de la Cour sur les comptes de la branche maladie (D-2).

b) Les provisions pour charges de soins

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-4).

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 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 papier. De plus, le risque de non-détection par les services

[75] Certains dossiers, dont le nombre reste indéterminé par la CNAM, ont cependant pu être récupérés à la suite d'actions spécifiques des CPAM.

de l'ordonnateur de nouvelles lésions reste insuffisamment couvert du fait de l'absence de transmission des certificats par les médecins traitants.

En outre, le dispositif de contrôle interne couvre imparfaitement le risque d'absence de régularisation financière, entre les branches AT-MP et maladie, des prestations réglées sur le risque maladie avant la date de déclaration de la maladie professionnelle. La portée financière de ce risque 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 (1,6 Md€ en 2025, contre 1,2 Md€ en 2024) [76].

6 - Les erreurs affectant la détermination des taux de cotisation

Les produits de cotisations sociales affectées à la branche ont atteint en 2025 15,0 Md€, contre 14,6 Md€ en 2024. Les modalités de détermination des taux de cotisation varient en fonction des effectifs des entreprises. Une fois arrêtés, ces taux sont notifiés aux employeurs par les CARSAT 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 qui les calculent et des URSSAF qui assurent le recouvrement des cotisations correspondantes 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 des URSSAF, ce qui compromet l'exactitude des taux de cotisation.

[76] 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 Md€, en forte augmentation par rapport à l'estimation précédente de 2021.

7 - Les erreurs affectant les indemnités journalières d'arrêt pour accident du travail ou maladie professionnelle[77]

Il est renvoyé aux fondements de l'opinion de la Cour sur les comptes de la branche maladie (D-8), notamment en ce qui concerne les modalités de la mesure des erreurs résiduelles par un indicateur.

Pour la branche AT-MP, la fréquence des erreurs mesurée par cet indicateur diminue de nouveau en 2025 et s'établit à 9,59 %[78] contre 9,89 % en 2024. Le montant des erreurs progresse pour atteindre 140 M€ (contre 118 M€ en 2024 et 128 M€ en 2023), soit 2,67 % des prestations pour les AT-MP (contre 2,46 % en 2024 et 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 (4,8 Md€ contre 4,7 Md€ en 2024) n'est toujours pas mesurée par un indicateur de risque financier résiduel. Par ailleurs, le calcul des rentes dépend de la fiabilité, parfois incertaine, des données déclarées, sans rapprochement avec le dispositif de ressources mensuelles ni avec les informations détenues par les autres administrations.

Des pratiques hétérogènes sont observées sur le territoire par les CPAM spécifiquement pour la détermination du coefficient professionnel. Le décret d'application devrait résoudre cette problématique.

Le dispositif de contrôle interne de la direction médicale couvre imparfaitement le risque de détermination et de maintien à tort du taux d'incapacité permanente, ce qui peut affecter la fiabilité du montant des prestations versées.

[77] Ces indemnités ont représenté 5,4 Md€ de prestations servies en 2025 contre 4,9 Md€ en 2024.
[78] La CNAM n'a pas calculé l'intervalle de confiance de cet indicateur.

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 2025, arrêtés le 7 avril 2026 par le directeur général et le directeur comptable et financier

La Cour certifie que, sous réserve des incidences de l'anomalie significative et des insuffisances d'éléments probants décrites ci-après dans la section « Fondements de l'opinion de la Cour », les comptes de la 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 à l'anomalie significative constatée par la Cour sur les comptes des branches maladie et AT-MP relative aux conditions de rattachement à l'exercice (C-1).

Dans neuf 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 et de la branche AT-MP :

- de nombreuses écritures comptables non étayées par une pièce justificative (D-1);
- des incertitudes affectant les estimations et justifications comptables (D-2) ;
- des faiblesses dans la constatation et le recouvrement des indus sur prestations (D-3) ;
- des faiblesses du cadre général du contrôle interne (D-4) ;
- des anomalies affectant la gestion des bénéficiaires (D-5) ;
- des erreurs affectant les remboursements de frais de santé facturés directement à l'assurance maladie (D-6) ;
- des erreurs affectant les remboursements d'actes et de séjours facturés par les établissements de santé (D-7) ;
- des erreurs affectant les indemnités journalières d'arrêt de travail et de congé maternité (D-8) 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-9) 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 2025

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 2025, la branche famille a comptabilisé 89,3 Md€ de charges de prestations légales, tous financeurs compris[79], et 7,2 Md€ de charges de prestations extralégales d'action sociale, propres à la branche[80]. Elle a dégagé un résultat excédentaire de 1,2 Md€, contre 1,1 Md€ au titre de l'exercice 2024.

[79] Elles comprennent, notamment, les prestations familiales (34,1 Md€, dont 13,8 Md€ d'allocations familiales et 11,5 Md€ pour la prestation d'accueil du jeune enfant), l'allocation aux adultes handicapés (14,5 Md€), la prime d'activité (10,4 Md€), les aides au logement (16,1 Md€), financées par l'État, le revenu de solidarité active versé pour le compte des conseils départementaux (10,5 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.

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 2025, arrêtés le 7 avril 2026 par le directeur et le directeur comptable et financier de la CNAF, audit dont un résumé est annexé au présent rapport.

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 2025 de la branche famille sont, au regard des normes comptables applicables aux organismes de sécurité sociale, réguliers et sincères et donnent, dans l'ensemble de 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 avait refusé de certifier les comptes de la branche famille de 2022 en constatant que, au regard du niveau auquel se situaient les indicateurs et de l'absence d'évolution du dispositif de contrôle interne, elle ne disposait pas de perspectives d'amélioration des constats réitérés en matière d'incidence financière résiduelle après contrôle interne. Malgré des évolutions favorables, la Cour avait été dans l'impossibilité de certifier les comptes de 2023 et 2024.

Pour 2025, la branche a bénéficié de la généralisation, à partir de mars, du dispositif relatif aux ressources mensuelles (DRM), qui sécurise les déclarations de ressources des allocataires de la prime d'activité et du revenu de solidarité active.

À la demande de la Cour, formulée le 22 mai 2025 à l'issue des travaux de certification des comptes de 2024, la CNAF a mené des études pour réviser ses indicateurs et identifier le montant de l'effet du DRM dans les comptes 2025. Il en ressort, selon les estimations de la CNAF, que l'indicateur 2025 du risque résiduel sur les données entrantes après contrôle interne réalisé sur 24 mois baisserait toutes prestations confondues de 2,1 points pour s'établir à 6,8 % (au lieu de 8,9 % sans effet du DRM), engendrant une économie estimée par la CNAF en année pleine de 0,9 Md€ sur la prime d'activité et 0,2 Md€ sur le revenu de solidarité active (RSA), soit une économie globale de 1,1 Md€.

Ces estimations permettent de retenir un effet important de diminution du risque lié aux données relatives aux ressources avant contrôle interne. La Cour considère que cet impact sur le niveau des erreurs enregistrées en 2025 devra être confirmé par les indicateurs calculés au titre du prochain exercice.

Toutefois, ces nouvelles estimations ne doivent pas masquer la dégradation de l'indicateur de risque résiduel après contrôle interne à 24 mois qui, selon les données recalculées par la CNAF prenant en compte l'effet du DRM, serait en 2025 supérieur de 1 point par rapport à son niveau de 2023, recalculé avec la même méthode. Pour sa part, l'indicateur mesurant les erreurs affectant les prestations légales ayant une origine interne aux caisses reste à un niveau élevé.

Cette absence d'amélioration des indicateurs tient principalement à la chute du nombre de contrôles sur place, pourtant les plus efficaces pour vérifier les situations personnelles et professionnelles. Ces derniers diminuent de 9 % par rapport à 2024 après avoir baissé de 46 % entre 2019 et 2024. Cette tendance limite la détection des indus qui ne seront jamais récupérés.

En conséquence, un effort renouvelé d'adaptation du contrôle interne, prenant en compte les effets du DRM, est nécessaire pour réduire rapidement les erreurs résiduelles après contrôle interne.

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

C - Insuffisances d'éléments probants

1 - Les faiblesses du cadre général du contrôle interne

a) Conception et déploiement du dispositif national

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 des risques a été décalée au premier trimestre 2026.

L'outil de pilotage de la performance et de l'amélioration continue, désormais pleinement déployé dans le cadre de la démarche qualité intégrée rénovée, renforce le pilotage du contrôle interne.

En réponse au refus de certification des comptes de 2022, la branche a lancé en 2023 un plan d'action de qualité transverse (PAQT), visant à améliorer la liquidation des prestations par les CAF. Ce plan, structuré en 35 actions autour de quatre axes (gouvernance, moyens, processus métier et système d'information), s'étend sur toute la période de la convention d'objectifs et de gestion conclue avec l'État pour 2023-2027. Son exécution est globalement satisfaisante, avec un taux d'avancement de 89 % à fin 2025 ; toutefois, ses effets restent encore faibles sur la qualité effective des liquidations.

Au titre des missions confiées aux CAF dans le cadre du recouvrement et de l'intermédiation des pensions alimentaires à travers l'agence créée à cet effet (ARIPA[81]), la dispersion du système d'information sur trois applicatifs, non connectés, expose les CAF à des risques d'erreurs de liquidation. La répartition des compétences entre l'ARIPA et le réseau des CAF n'est pas homogène et engendre une gestion complexe concernant les trois catégories[82] d'allocations de soutien familial. L'absence de contrôles embarqués et les limites du module de vérification dans l'application de gestion *Gaia*, ainsi que les erreurs constatées dans les processus « métier » de l'ARIPA ne garantissent pas une sécurisation suffisante des risques relatifs au contrôle interne.

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 2025, le nombre de contrôles réalisés sur la liquidation des prestations est en légère baisse (- 0,5 %) tandis que celui sur les données déclarées est en net recul par rapport à 2024 (- 7 %). Les objectifs de contrôles sur les données déclarées inscrits au plan de contrôle interne 2025 sont en augmentation (+ 5,9 % en montant), mais une partie d'entre eux[83]

[81] Ce service a pour objet de recouvrer la pension alimentaire auprès du parent débiteur ou de tiers et de la reverser au parent créancier, afin de prévenir le risque de pensions impayées. Cf. Cour des comptes, *rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale 2025*, chapitre XII, mai 2025.

[82] L'allocation de soutien familial recouvrable (ASFR), l'allocation de soutien familial non recouvrable (ASFNR) et l'allocation de soutien familial complémentaire (ASFC).

[83] Pour illustration, l'objectif chiffré des contrôles sur place reste inférieur de 10 % au montant réalisé en 2024.

restent trop peu ambitieux, en s'inscrivant à des niveaux bien inférieurs aux résultats de l'exercice précédent (- 10,4 %).

En dépit d'une meilleure efficacité des contrôles, leur réduction a une incidence sur les indus et rappels détectés par les contrôles sur pièces et sur place, les plus structurants, engendrant ainsi des risques d'erreurs définitives affectant les montants de prestations versés. Malgré le DRM, le dispositif de contrôle persiste à exposer la branche à un risque croissant d'erreurs déclaratives non détectées[84] mesurées par l'indicateur de risque financier résiduel.

Par ailleurs, malgré le mécanisme d'entraide destiné aux caisses en difficulté, les objectifs de contrôle ne sont pas toujours atteints et les résultats demeurent hétérogènes. Enfin, les taux de rejets, résultats des contrôles effectués par les directions comptables et financières dans chaque CAF, confirment l'insuffisance des dispositifs d'accompagnement des agents. Si la mise en œuvre du nouveau dispositif de supervision constitue une avancée notable en 2025, son efficacité devra être démontrée.

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

Malgré un renforcement de la gouvernance de la sécurité des systèmes d'information qui s'est poursuivi en 2025 et la mise en œuvre de nombreuses avancées significatives, les exigences réglementaires en la matière ne sont toujours que partiellement mises en œuvre, exposant la branche à des risques importants, dans un contexte d'accroissement du nombre d'attaques informatiques.

Le dispositif relatif aux tests de reprise d'activité a progressé en 2025 mais sur un périmètre encore trop limité. 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.

Le dispositif de gestion des évolutions et des projets informatiques, en cours de refonte, ne couvre toujours pas l'ensemble des méthodes de développement et les risques induits par les évolutions informatiques sont insuffisamment formalisés. Le dispositif d'automatisation des tests a encore progressé en 2025 avec un meilleur ciblage et la couverture de davantage de fonctions. Cependant, des améliorations sont encore nécessaires pour vérifier que les nouveaux développements n'ont pas affecté les fonctionnalités précédemment testées.

[84] Le DRM ne sécurise que les données liées aux ressources, et non celles relatives à la situation personnelle et professionnelle.

Les faiblesses récurrentes concernant la gestion des habilitations perdurent (dans l'attente d'une refonte de cette gestion toujours en cours de développement) et ne sont que partiellement compensées par les contrôles *a posteriori*.

En dépit de progrès constatés en 2025, certains indicateurs relatifs à la gestion des incidents, pourtant prévus dans les procédures, font toujours défaut ou ne sont pas correctement mesurés, ce qui ne permet pas d'apprécier l'atteinte des objectifs définis à ce titre. Le nombre d'incidents majeurs non résolus fin 2025 est stable par rapport à fin 2024. Leur incidence financière, concernant principalement le complément de libre choix du mode de garde, est estimée à 6,8 M€.

d) La portée de la lutte contre les fraudes

En dépit de l'intérêt qu'elle présente, l'opération « paiement à bon droit et fraude » est réalisée de façon biennale et n'a pas eu lieu en 2025 (au titre de 2024), alors que l'estimation de la fraude s'établissait dans la dernière enquête à un niveau élevé (de 3,8 à 4,7 Md€).

Bien que les efforts de la branche, en matière de prévention et de détection des fraudes, produisent des rendements en hausse (509 M€ en 2025 contre 449 M€ en 2024[85], soit + 13 %), ces résultats représentent moins de 10 % des indus frauduleux estimés. 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 qualification, de sanctions, et de délais de traitement. Toutefois, en 2025, la branche a renforcé les travaux visant à développer les partenariats en matière de lutte contre la fraude. Si les résultats demeurent contrastés, ces collaborations constituent un levier essentiel pour l'accès à des données indispensables.

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 des fraudes sont, de ce fait, sous-évalués.

[85] L'objectif pour 2025 fixé par la convention d'objectifs et de gestion conclue avec l'État est de 430 M€ contre 374 M€ pour 2024.

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 13,6 millions de foyers, ainsi que 5,9 millions de personnes physiques ou morales tierces aux allocataires.

Malgré des progrès au cours de l'exercice et dans l'attente d'un référentiel unique national des tiers, la méthode de référencement actuelle des 5,9 millions de tiers demeure perfectible, compte tenu de l'existence de 101 bases locales de référencement.

Si la gestion des bénéficiaires certifiés est maîtrisée, la sécurisation de l'identification des personnes ne disposant pas d'un identifiant (le « numéro de sécurité sociale ») certifié, pour lesquelles un numéro d'identification d'attente (NIA) est attribué, présente des faiblesses.

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

En 2025, 87,3 % des informations transmises par les allocataires aux CAF l'ont été de manière dématérialisée (81,8 % en 2024)[86]. Les télédéclarations des demandes de prestations et des ressources progressent sensiblement.

La numérisation des échanges concernant l'allocation aux adultes handicapés (AAH) progresse, tant en termes de télédéclaration que de liquidation automatique. Elle s'appuie sur la dématérialisation des flux d'information relatifs aux maintiens de droits, et sur celle des décisions d'attribution entre les CAF et les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH). La branche reste toutefois dépendante 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 dont disposent les CAF ou de

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

l'absence de déclaration fiscale, reste élevé (1,9 million d'allocataires, soit 8,7 %, contre 8,8 % en 2024). Cette situation réduit l'étendue possible des vérifications et corrections des déclarations pour les allocataires disposant de revenus imposables ne figurant pas dans le dispositif relatif aux ressources mensuelles (DRM).

Hors chantier DRM, les échanges de données informatisés entre la CNAF et l'État ou les autres branches de sécurité sociale progressent. Des évolutions restent toutefois attendues[87].

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

L'objectif financier des contrôles relatifs aux données entrantes fixé à 937 M€, soit +5,9 % par rapport à celui de 2024, est en retrait de 10 % par rapport aux résultats financiers de l'année 2024 (1 034 M€). Sur les trois dernières années, ces objectifs ont augmenté de 7 % pendant que le montant des prestations versées progressait de 9 %.

Hors contrôles issus des échanges automatiques, les résultats des contrôles sur pièces et sur place des données entrantes montrent une baisse significative des volumes de contrôle (- 33 % pour les contrôles sur pièces et - 9 % pour les contrôles sur place) et une diminution globale des impacts financiers de 6,6 %.

L'impact du DRM sur la fiabilité des données entrantes s'est traduit par une diminution du volume des contrôles trimestriels et annuels de cohérence entre ressources et activité, et par une augmentation du rendement moyen par contrôle.

Si la stratégie visant à privilégier la performance des contrôles unitaires par un meilleur ciblage a permis une augmentation importante du rendement unitaire moyen des contrôles, la sécurisation des données prises en compte pour verser les prestations aux allocataires demeure perfectible, compte tenu de la diminution du volume des contrôles et de l'augmentation du montant des prestations versées, qui n'a pas été totalement intégré dans l'évolution des objectifs financiers. L'indicateur de risque résiduel relatif aux données prises en compte pour verser les prestations légales à 24 mois connu à ce jour et traduisant les effets de la politique de contrôle, demeure à un niveau élevé.

[87] 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.

Le montant des impacts financiers est réduit par une évaluation des indus non conforme aux règles de prescription[88], des insuffisances du système d'information et une programmation fondée sur un modèle d'exploitation des données qui n'a pas évolué depuis 2018.

La supervision et la vérification des liquidations des contrôles sur pièces et sur place ne sécurisent que partiellement la qualité de traitement de ces contrôles au regard du nombre de supervisions réalisées et du taux de conformité observé. Les effets de la supervision sur la qualité de traitement des contrôles sur pièces ne sont pas documentés. La qualification de la suspicion de fraude dans le cadre des contrôles sur place constitue un acte à enjeux peu sécurisé. Les règles de suspension des droits, en cas de défaut total ou partiel de réponse aux demandes d'informations et de pièces justificatives adressées aux allocataires dans le cadre des contrôles, ne sont pas en cohérence avec les délais de réponses accordés et entraînent des inégalités de traitement entre les allocataires.

Le contrôle des données issues du DRM et modifiées par l'allocataire dans le cadre des déclarations trimestrielles est à la charge d'une cellule spécifique pilotée par la CNAV[89]. Seulement 20 % de ces données modifiées sont effectivement contrôlées par cette cellule. L'impact de la prise en compte de toutes les modifications, contrôlées ou non, sur le montant des droits versés est faible (25 M€).

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

L'indicateur de risque résiduel relatif aux données entrantes[90] mesure la proportion des erreurs financières non détectées par les caisses, 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 ». Il rapporte aux montants des prestations versées les montants agrégés d'indus et de rappels non détectés au bout de 9 ou 24 mois en moyenne.

---

[88] La CNAF limite l'assiette des indus frauduleux aux paiements effectués dans les trois ans précédant la notification de l'indu, du fait des limites du système d'information. Or, le calcul de l'indu lui-même doit porter sur l'ensemble des prestations versées à tort, sur une période de 20 ans précédant la connaissance de la fraude.

[89] Le dispositif de ressources mensuelles (DRM) agrège les données de salaires issues de la déclaration sociale nominative contrôlée par le réseau des URSSAF et les informations relatives aux revenus de remplacement. La CNAV opérateur est chargée de ce dispositif et du contrôle des déclarations à travers une cellule experte mutualisée qui comprend également des agents des URSSAF.

[90] L'ensemble des informations administratives, financières et familiales utilisées par la CAF pour déterminer l'éligibilité et le montant des prestations.

Plusieurs prestations ou prises en charge de cotisations ne sont pas intégrées au champ des deux indicateurs[91], 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 16,8 Md€, soit 16 % des 101,9 Md€ de prestations légales ou cotisations[92] versées par la branche en 2025.

En 2025, la caisse a engagé d'importants travaux visant à renforcer la fiabilité des indicateurs existants. Par ailleurs, la temporalité de l'indicateur ne permettant pas d'apprécier les effets du déploiement du DRM sur la qualité de la donnée entrante[93], des travaux complémentaires ont été engagés afin de concevoir un indicateur additionnel destiné à en mesurer les effets.

L'incidence financière à neuf mois des erreurs sur les données entrantes se situe hors DRM, en 2025, entre 10,5 % et 12,9 %, soit entre 8,9 Md€ et 11 Md€. En 2024, il était compris entre 9,9 % et 12,1 %, soit entre 8,3 Md€ et 10,1 Md€. Les prestations les plus risquées, sans variation significative en 2025, demeurent la prime d'activité, le RSA et les aides au logement. Dans l'ensemble, le risque financier résiduel demeure à un niveau élevé, traduisant les difficultés du réseau à contenir hors DRM l'augmentation du risque brut.

L'indicateur de risque résiduel 2024 à 24 mois, hors DRM, se stabilise, après une dégradation l'année précédente. Le taux des erreurs financières s'établit à 8,8 % en valeur centrale[94], soit un montant compris entre 6,2 Md€ et 8 Md€[95]. Cette incidence financière, qui demeure concentrée sur les comptes de tiers (prestations État et départements) ne pourra pas être corrigée par les diverses actions de contrôle interne, du fait des règles de la prescription.

L'indicateur complémentaire 2024 à 24 mois, permettant d'évaluer l'effet du DRM s'il avait été mis en place pendant cette année, aurait

[91] C'est le cas par exemple de l'allocation de rentrée scolaire (2,2 Md€ en 2025) pour des raisons techniques.
[92] Cotisations pour l'assurance vieillesse des parents au foyer et pour la majoration de la pension de retraite à partir du troisième enfant.
[93] L'utilisation du DRM a été généralisée en mars 2025 pour la prime d'activité et le revenu de solidarité active (RSA), tandis que l'indicateur le plus récent porte sur un échantillon de liquidations de la période d'octobre 2024 à mars 2025.
[94] Compte tenu de la taille de l'échantillon, le taux d'incidence financière des anomalies est compris, avec une probabilité de 95 %, entre 7,4 et 9,6 % du montant des prestations versées, soit respectivement 2,3 Md€ et 4,7 Md€.
[95] Au titre de 2023, le taux se situait entre 7 % et 9,2 % soit entre 5,6 Md€ et 7,4 Md€.

ramené le taux d'erreurs résiduelles, en valeur centrale[96], à 6,4 % au lieu de 8,8 % avec des incidences principalement observées sur la prime d'activité[97]. Sur la base d'un retraitement des données de l'indicateur à 9 mois au titre de 2025, la CNAF a projeté l'indicateur 2025 à 24 mois. Elle évalue le taux d'erreurs résiduelles à 6,8 %, ce qui resterait à un niveau élevé. Ces résultats sont corroborés par une analyse menée sur les cinq caisses ayant déployé le DRM de façon anticipée fin 2024, mettant en évidence une baisse de 8,9 points de ce taux sur les indus liés à la prime d'activité.

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

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

Les liquidations automatiques issues des téléprocédures ne sont pas systématiquement contrôlées par les CAF. Lorsqu'il est mis en œuvre, ce contrôle n'est que partiellement maîtrisé. Son pilotage dans le cadre de la maîtrise des risques des données entrantes est perfectible.

En outre, le projet de refonte du poste de travail (projet *Athéna*) visant à faciliter et sécuriser la gestion des prestations par les agents est toujours en cours de construction et d'expérimentation.

b) Les processus de liquidation des prestations

Dans certains cas, la gestion des prestations s'écarte des règles juridiques qui leur sont applicables.

Les contrôles du défaut ou de retard de déclaration d'impayés de loyers par les bailleurs bénéficiant des aides au logement en lieu et place des locataires, contrôles qui s'inscrivent dans un cadre juridique spécifique dont l'application doit être précisée, sont insuffisants.

[96] La taille réduite de l'échantillon engendre un grand intervalle de confiance, les données sont donc à interpréter avec précaution.
[97] La baisse du taux d'erreurs résiduelles en 2024 serait de 16,4 points sur cette prestation.

Une anomalie du système d'information fragilise le suivi des consignations des allocations logement en cas de logement qualifié d'indécent. Le contrôle *a posteriori*, par liste, de ces anomalies ne sécurise que partiellement le risque.

Si la maîtrise du processus s'améliore, la prise en compte des ressources et des informations nécessaires au calcul des droits au logement engendre des erreurs sur un nombre significatif d'actes de gestion.

En 2025, la CNAF a poursuivi, dans le cadre des contrôles, l'application de règles de calcul simplifiées du montant de la prime d'activité, non conformes aux dispositions juridiques.

Le dispositif de contrôle interne applicable au revenu de solidarité active (RSA) et à la prime d'activité (respectivement 12,1 Md€ et 10,4 Md€ de versements en 2025) demeure insuffisant au regard du risque de prise en compte de données erronées. Les contrôles de ces liquidations révèlent encore des taux de rejets élevés. L'information des allocataires du RSA susceptibles de bénéficier d'autres prestations, notamment des droits à la retraite, demeure défaillant.

Le dispositif de maîtrise des risques encadrant la gestion de l'allocation aux adultes handicapés (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. Les interprétations, hétérogènes selon les CAF, de consignes pourtant 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.

Le retard dans le déploiement des échanges dématérialisés avec la CNAV ne permet pas la mise en œuvre complète de l'automatisation du passage en retraite des bénéficiaires d'AAH de plus de 62 ans[98] et engendre des indus à l'égard des allocataires. Le montant des prestations au titre de l'AAH, pour les bénéficiaires de plus de 62 ans, avec un taux d'incapacité inférieur à 80 % et dont les droits sont arrivés à échéance, est estimé à 24 M€ sur une année pleine.

Concernant le complément de libre choix du mode de garde de la prestation d'accueil du jeune enfant (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-5).

[98] La substitution automatique ne s'applique que pour les pensions de retraite de base.

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

Les contrôles des versements de la prime d'activité et du RSA portent sur des périmètres réduits de liquidations.

Concernant la PAJE, les contrôles du directeur comptable et financier ne ciblent pas suffisamment les composantes les plus risquées (complément de mode de garde et prestation partagée d'éducation de l'enfant).

Bien que les contrôles réalisés par les directions comptables et financières permettent de cibler les erreurs affectant les liquidations porteuses des risques les plus élevés (taux de rejet de 35,9 % au titre des contrôles orientés au moyen de l'exploration des données métier), le volume global de ces contrôles reste faible (6,9 % en 2025) 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 interne[99]

La CNAF calcule annuellement 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 ne sont pas intégrées au champ de l'indicateur[100], alors que le risque qu'elles représentent devrait être analysé distinctement ou ajouté à l'indicateur existant. Hors action sociale, l'ensemble de ces exclusions représentent 20,8 Md€, soit 20 % des 101,9 Md€ de prestations légales ou cotisations versées par la branche en 2025.

En 2025, l'indicateur « métier » se stabilise après une dégradation en 2024. Il se situe entre 1,5 % et 2,2 %, représentant un montant d'erreurs compris entre 1,2 Md€ et 1,8 Md€. En 2024, le risque était compris entre 1,7 % et 2,4 %, soit un montant d'erreurs compris entre 1,3 Md€ et

[99] 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.
[100] C'est le cas, par exemple, de l'assurance vieillesse du parent au foyer (5,4 Md€ en 2025) pour des raisons techniques.

1,9 Md€. Ces erreurs résiduelles[101] concernent principalement le revenu de solidarité active, la prime d'activité et les aides au logement, prestations les plus exposées aux actualisations trimestrielles et à la complexité de la réglementation (71 % des erreurs résiduelles, soit 1 Md€ en 2025 contre 66 % en 2024) alors qu'elles ne représentent que 47 % des versements de la branche. La couverture du risque métier est stable par rapport à 2024 mais demeure insuffisante par rapport au niveau élevé des erreurs.

Afin de compléter l'analyse de l'évolution de la qualité de la liquidation interne, deux autres indicateurs sont produits par la branche : l'IQL0 mesure la fréquence des erreurs commises par les caisses en sortie de liquidation, avant contrôle ; l'IQL6 détermine les erreurs « métier » restantes non détectées au bout de 6 mois, donc après contrôle interne.

Après trois années successives de dégradation et une amélioration, en 2024 (+0,3 point), le niveau des indicateurs de qualité de la liquidation (IQL) se stabilise en 2025. La fréquence des erreurs financières en sortie de liquidation (IQL0) reste stable et celle de l'IQL6 s'améliore (+ 0,2 point). Cette amélioration pourrait traduire les premiers effets des actions menées sur le contrôle interne par les caisses.

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 depuis 2024. Toutefois, le traitement manuel des données utilisées par les services ordonnateurs et la direction comptable et financière, et destinées à la complétude des instructions réseau données aux CAF, restent perfectibles.

Le nombre de contrôles augmente de 5 % en 2025 et retrouve son niveau de 2023. La masse financière contrôlée évolue également à la hausse (+9,6 %), notamment par les extensions de contrôles à d'autres exercices, de même que les impacts financiers, en hausse de 13,6 %. La nature juridique du bénéficiaire subventionné (association, collectivité territoriale, entreprise privée) joue dans les résultats du contrôle un rôle déterminant que le dispositif de maîtrise des risques ne suffit pas à couvrir.

[101] Composées à 51 % d'indus et 49 % de rappels.

La couverture du risque global financier s'améliore par le renforcement du dispositif de contrôle interne de l'action sociale. Pour les risques spécifiques, l'objectif de contrôles sur place en masse financière est complété par un objectif en nombre de structures pour pallier l'absence de contrôle des petites structures partenaires.

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

Le périmètre de 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, s'élargit mais présente toujours des limites méthodologiques. À périmètre constant, il s'améliore en 2025, les erreurs affectant les aides versées au titre de 2023 s'établissant désormais à 3,7 % des charges de prestations, soit 140°M€[102]. Le risque résiduel propre aux opérations internes aux CAF n'est toujours pas évalué.

6 - Le recouvrement des indus sur prestations

Le transfert des créances, entre CAF et entre celles-ci et les caisses de la mutualité sociale agricole (MSA), repose sur un mode opératoire qui, ajouté aux défauts de suivi du système d'information, ne permet pas des délais de traitement satisfaisants. Le recouvrement de la créance étant suspendu au cours de cette opération de transfert, ces délais nuisent à l'efficacité du recouvrement et à la maîtrise des risques de prescription.

Le recouvrement des créances d'origine frauduleuse concernant des faits délictueux objets de poursuites pénales nécessite un suivi renforcé.

Enfin, la maîtrise des risques liés au recouvrement des impayés de pensions alimentaires 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.

[102] Compte tenu de la taille de l'échantillon, le taux est compris, avec une probabilité de 95 %, entre 3,2 % et 4,3 % du montant des prestations versées, soit respectivement 118,8 M€ et 161,1 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 2025, arrêtés le 7 avril 2026 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 2025 de la CNAF sont, au regard des normes comptables applicables aux organismes de sécurité sociale, réguliers et sincères et donnent, dans l'ensemble de leurs aspects significatifs, une image fidèle du résultat des opérations de l'exercice écoulé, ainsi que de la situation financière et du patrimoine de cette activité à la clôture de l'exercice.

B - Fondements de l'opinion de la Cour

Dans six cas, la Cour ne dispose pas d'éléments probants suffisants pour permettre d'écarter le risque d'anomalies significatives dans les comptes (cf. opinion portant sur les comptes de la branche famille) : cela concerne 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) et le recouvrement des indus sur prestations (C-6).

Opinion de la Cour sur les comptes

de la branche vieillesse

La branche vieillesse assure le service des prestations de retraite de droit propre et de droit dérivé à 15,6 millions d'assurés du régime général en 2025, contre 15,4 millions en 2024. 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) outre-mer 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 2025, la branche vieillesse a comptabilisé 167,3 Md€ de charges de prestations légales (159,5 Md€ pour les comptes des travailleurs salariés et des travailleurs indépendants dont les dossiers sont liquidés dans *l'Outil retraite* et 7,8 Md€ pour d'autres comptes de travailleurs indépendants dont les dossiers sont encore liquidés dans *Asur*)[103]. Elle a dégagé un résultat déficitaire de 6,6 Md€ selon les comptes définitifs, contre un déficit de 3,6 Md€ au titre de l'exercice 2024.

[103] Le financement de la branche vieillesse du régime général a évolué en 2025 car la CNAV assure désormais l'équilibre des régimes spéciaux fermés en application de la loi rectificative de financement de la sécurité sociale du 14 avril 2023 (le régime de la caisse de retraites du personnel de la régie autonome des transports parisiens ; le régime des agents de la Banque de France ; le régime de la caisse de retraite et de prévoyance des clairs et employés de notaires ; le régime de la caisse nationale des industries électrique et gazières ; et le régime du Conseil économique, social et environnemental), mais aussi l'équilibre des régimes fermés antérieurement, dont le régime de la caisse de prévoyance et de retraite du personnel ferroviaire.

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 2025, arrêtés le 7 avril 2026 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 vieillesse[104] ne mentionne pas les engagements pluriannuels à l'égard des titulaires d'une pension de retraite au 31 décembre 2025 et de leurs ayants droit[105], appréciés et évalués en fonction des règles de droit en vigueur à cette date. 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 cinq cas, elle ne dispose pas d'éléments probants suffisants permettant d'écarter le risque d'anomalies significatives dans les comptes 2025 de la branche vieillesse.

[104] 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.
[105] Ces titulaires comprennent à compter de 2025 les assurés des régimes spéciaux fermés. Le besoin de financement de ces derniers disparaît de l'annexe au compte général de l'État sans figurer à celle des comptes de la branche.

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. Faute d'intégrer les actifs et passifs qui auraient résulté d'un contrôle interne plus 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, des incertitudes affectant le calcul du financement par le Fonds de solidarité vieillesse des trimestres supplémentaires attribués à titre exceptionnel pendant les années 2020 et 2021 du fait de la Covid, et des charges de prestations de retraite, voir parties C-2 à C-4).

C - Insuffisances d'éléments probants

1 - Les faiblesses du cadre général du contrôle interne

a) Conception et déploiement du dispositif national

La branche vieillesse a poursuivi en 2025 la rénovation de son dispositif de contrôle interne en renforçant son ampleur, mais n'a toujours pas procédé à une évaluation de la criticité nette des risques de l'ensemble de ses domaines d'activités, en raison du déploiement encore partiel du système de management intégré[106].

Par ailleurs, le dispositif de pilotage de ce système comporte des fragilités qui portent notamment sur la décorrélation entre les échéances de mise en œuvre des actions de performance et la périodicité des revues de pilotage, et sur l'absence de définition d'actions de performance par certaines caisses du réseau. Ces fragilités conduisent à une mise en œuvre, suivant un rythme variable selon les caisses, des moyens de maîtrise des risques, dont l'efficacité ne peut être que partiellement appréciée.

Le tableau de bord national des résultats du contrôle interne arrêtés au 30 juin 2025, prévu par le décret du 30 septembre 2022, n'a été transmis à la Cour qu'à la fin de l'exercice, ce qui limite *de facto* sa portée pour 2025. En outre, le délai de production des résultats consolidés du contrôle

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

interne des services de l'ordonnateur et du contrôle comptable limite l'audit réalisé par la Cour.

La conception inachevée du dispositif de maîtrise des risques et la non exhaustivité des résultats des actions du contrôle interne ne permettent toujours pas d'avoir une vision complète des risques qui affectent les dossiers des travailleurs indépendants instruits dans l'outil *Asur*.

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

Le référentiel de performance relatif aux systèmes d'information, déployé tardivement au niveau régional en 2025, couvre insuffisamment les risques locaux et présente des fragilités dans sa mise en œuvre et dans la réalisation des revues de performance. Le dispositif d'auto-évaluation de la politique de sécurité du système d'information, insuffisamment supervisé par la CNAV, et les contrôles limités de la direction de la validation des comptes ne permettent pas de compenser ces faiblesses.

Dans l'attente de la mise en œuvre progressive du nouvel outil de gestion des habilitations, prévue à partir de 2026, les faiblesses relatives aux droits d'accès aux applications perdurent, en raison principalement d'absence de profils métiers nationaux. Les revues locales d'habilitations présentent des faiblesses récurrentes, notamment en ne ciblant pas les profils métier les plus sensibles.

La gestion des incidents fonctionnels est affectée par des faiblesses récurrentes. Les incidents sont désormais regroupés dans un outil unique depuis mai 2025 mais 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 14 % en 2025, et le stock d'incidents non résolus fin 2025, en diminution de 18 %, reste à un niveau élevé. Pour sa part, le processus de gestion des problèmes présente encore des faiblesses concernant les incidents fonctionnels.

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

La campagne 2025 d'évaluation de la fraude, au titre des prestations versées en 2024 (échantillon de 3 500 dossiers), était en cours lors de la rédaction du présent rapport. Celle de 2024 portait sur un échantillon de 5 000 dossiers de prestations versées en 2023. Les résultats de cette

campagne ont permis de constater que les fraudes[107] ou les fautes concernent 1,6 % des retraités, représentant un préjudice financier estimé à 337 M€ (dont 76 M€ pour la fraude). Toutefois, l'analyse des résultats de chaque campagne depuis 2021 montre une tendance à la hausse de la fraude.

Le dispositif de prévention et de lutte contre la fraude externe poursuit sa progression, notamment en termes de détection (hausse en nombre[108] et en montant[109] des fraudes qualifiées). En revanche, certaines pratiques hétérogènes persistent au sein du réseau et les ressources disponibles pour le périmètre des travailleurs indépendants obèrent les capacités de détection.

Au 31 décembre 2025, près de 1,1 million de retraités bénéficiaires du régime général résidaient à l'étranger, percevant au total 3,9 Md€ de prestations d'assurance vieillesse. Le risque de poursuite du versement d'une prestation malgré le décès de son titulaire étant plus élevé à l'étranger qu'en France, le contrôle de l'existence de ces assurés repose d'abord sur l'échange informatisé de données avec des organismes de protection sociale étrangers. Cependant, malgré des progrès, les accords d'échanges de données ne couvrent qu'un peu moins de la moitié des assurés résidant à l'étranger en 2025[110]. La CNAV s'appuie alors, en second lieu, sur l'envoi de certificats d'existence par les assurés et sur des contrôles sur place renforcés. Ces derniers ont permis de détecter des taux importants de non-conformité. Le contrôle biométrique, mis en place en juin 2024 et bien plus fiable que le certificat d'existence sous format papier, ne couvre pas encore un nombre suffisant d'assurés.

La CNAV n'a toujours pas mis en œuvre, depuis 2021[111], le dispositif réglementaire de signalement des numéros d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques (NIR) certifiés frauduleux. Bien que le risque d'identification de paiements indus soit traité dans le cadre des situations d'usurpation d'identité, les actions de prévention de fraude s'en trouvent affectées. De plus, la CNAV n'apporte pas d'éléments pour apprécier l'ampleur des situations de fraudes documentaires et asseoir leur éventuel caractère marginal.

---

[107] La fraude se distingue de la faute par le fait qu'elle est intentionnelle (ou, en pratique, que son caractère intentionnel peut être prouvé).
[108] 1 089 fraudes qualifiées en 2025 contre 910 en 2024, soit +19,7 %.
[109] Fraude constatée : 20 M€ en 2025 contre 17,3 M€ en 2024, soit +15,6 %. Fraude évitée : 100,8 M€ en 2025 contre 75,5 M€ en 2024, soit +25,1 %.
[110] 46,5 % selon la CNAV.
[111] Article 87 de la loi n°2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021.

Bien qu'aucune fraude interne n'ait été détectée par le réseau en 2024 et en 2025, le dispositif de lutte correspondant doit encore être renforcé ou faire l'objet d'une actualisation sur certains champs (collusion entre instructeur et contrôleur dans l'application de gestion des régularisations de carrières *Syrca*, cumul d'habilitations, etc.). En outre, il ne couvre pas suffisamment le périmètre des travailleurs indépendants traité dans l'outil *Asur*.

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 présente encore des faiblesses ; les limites fonctionnelles des outils de sélection et de traçage des contrôles perdurent. L'absence d'outil intégré de contrôle des données de paiement des titulaires de prestations gérées dans *Asur* réduit l'efficacité des contrôles ainsi que leur suivi par la CNAV en vue de l'analyse de leurs résultats.

Les opérations de paiement et de comptabilisation des charges sont affectées par les limites fonctionnelles des outils relatifs aux arrêts de paiements dans les applications bancaires, et le suivi des suppressions et des réaffectations de paiements reste encore manuel.

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 à retraite 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 (11,2 milliards à fin 2025) sont alimentées par les déclarations sociales des employeurs de salariés et des travailleurs indépendants auprès de l'activité de recouvrement par des données relatives à des « périodes assimilées » à des périodes d'assurance adressées par France Travail et l'assurance maladie, par 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'exactitude et l'exhaustivité des données de carrière transmises par les organismes sociaux partenaires et intégrées au RGCU. Le contenu des conventions d'échange de données entre les organismes contribuant à ce répertoire demeure insuffisamment contraignant, en particulier pour les organismes qui ne sont pas passés au nouveau mode d'alimentation de ce répertoire. Les contrôles de corroboration sur les données mis en place au cours de l'exercice par la CNAV apportent de nouveaux éléments d'assurance, mais ne concernent pas encore l'ensemble des flux de données adressés par les partenaires.

Malgré les actions engagées, le nombre croissant de données de carrière et d'anomalies détectées sur celles-ci en attente d'identification, d'intégration ou correction est à l'origine d'un défaut de fiabilité et d'exhaustivité des données reportées aux comptes des assurés. Il provient notamment d'un manque de fiabilité des données d'identification des assurés provenant de la déclaration sociale nominative (DSN).

Les données de cotisations sociales des travailleurs indépendants, en provenance de l'activité de recouvrement, sont reportées dans le RGCU pour calculer leurs droits à retraite de base et complémentaire. Le niveau encore élevé et croissant d'éléments de carrière en attente d'identification en provenance de l'activité de recouvrement, non reportés aux comptes de ces assurés, affecte de manière indéterminée leurs droits à retraite. La CNAV et l'ACOSS ont renforcé les dispositifs visant à garantir la fiabilité et l'exhaustivité de ces données par la mise en place d'un rapprochement à grande échelle. Cependant, le périmètre de rapprochement retenu au titre des cotisations versées en 2023 et 2024 ne couvre pas l'exhaustivité des versements réalisés sur la période. La traçabilité entre les contrôles réalisés et les résultats des rapprochements présentés est insuffisamment assurée. En revanche, les résultats de la corroboration des données précitées sur une partie des flux améliorent le degré d'assurance sur la fiabilité de ces données.

Enfin, l'incertitude pesant sur la fiabilité des revenus déclarés et versés par les travailleurs indépendants est toujours susceptible d'affecter l'exactitude des cotisations retenues pour ce calcul. Celle pesant sur les données de pensions d'invalidité intégrées au RGCU expose à des risques d'erreur pour le calcul des droits à prestation.

b) Les régularisations de carrière

Les régularisations de carrière (1,8 million en 2025) ont pour objet la sécurisation des données reportées aux comptes de carrière des assurés sociaux, en amont de la liquidation de leurs droits à retraite. Elles

constituent une étape obligatoire dans le processus de liquidation puis de paiement à bon droit des prestations. Or, plus de la moitié des erreurs définitives après contrôle interne affectant les prestations mises en paiement continue de provenir de données de carrière absentes ou erronées.

Un an après le déploiement de l'application de régularisation de carrière *Syrca*, des défauts de signalements automatiques d'anomalies potentielles à traiter dans les carrières sont constatés, tant pour les régularisations réalisées sur la base du paramétrage théorique de l'outil que celles effectuées à l'aide des consignes d'instruction sur les carrières. L'absence de consignes et de contrôles adaptés à ces situations exposent à un risque non mesuré d'erreurs sur les données de carrières, susceptibles d'affecter la liquidation des droits des assurés.

Sur le périmètre des travailleurs indépendants, l'homogénéité et la traçabilité du traitement et le contrôle des carrières demeurent mal assurés en dépit des avancées apportées par le dispositif déployé par la CNAV sur l'exercice.

Enfin, les actions de contrôle interne portant sur les régularisations de carrière sont encore insuffisamment évaluées par la CNAV et exposent à un risque accru de non fiabilité et de non-exhaustivité des données de carrière reportées aux comptes des assurés. Les résultats font apparaître des disparités entre les caisses.

c) Les incertitudes affectant le calcul du financement des trimestres « Covid » par le Fonds de solidarité vieillesse

En l'absence de l'attribution et de la comptabilisation par la CNAV à titre exceptionnel de l'exhaustivité des trimestres correspondant aux périodes de Covid de 2020 et 2021 dans les comptes de carrière des travailleurs indépendants, le Fonds de solidarité vieillesse (FSV) n'a pu notifier à la CNAV qu'une part faible de la dépense correspondante au titre de l'exercice 2025, reposant uniquement sur les trimestres saisis manuellement dans le répertoire de gestion des carrières unique (RGCU). En effet, la CNAV demeure dans l'attente d'une évolution informatique permettant le rattrapage automatique de ces périodes pour l'ensemble des personnes éligibles. Elle a réalisé une étude d'impact en 2022 qui estimait la charge à porter par le FSV à 81 M€, montant non actualisé depuis. Les travaux de fiabilisation ont débuté sur l'exercice 2024 et devaient aboutir en 2025 – ce qui n'a pas pu être le cas - à une comptabilisation et notification de la charge au FSV et donc en parallèle en produit pour la CNAV.

Dès lors, les comptes de la branche et de la CNAV pourraient se trouver affectés, dans une mesure indéterminée, par une sous-évaluation des produits.

3 - Les erreurs affectant les attributions de prestations

En 2025, les charges de prestations légales vieillesse progressent de 6,4 Md€[112] pour atteindre 167,3 Md€. Elles correspondent à près de 956 280 prestations[113] attribuées sur cet exercice, dont près de 917 500 au moyen de l'*Outil retraite* (+10 % par rapport à 2024).

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 retraite[114] 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.

Sous réserve de ces limites, près d'une prestation légale sur neuf liquidées comporterait une erreur de portée financière sur le nouveau périmètre retenu par la CNAV (contre une sur dix en 2024). Ainsi, la fréquence des erreurs de portée financière atteint 11,1 % (contre 10,5 % en 2024)[115]. La majorité de ces erreurs, qui ont toujours une cause contemporaine, augmente lors de la liquidation provisoire[116] des droits propres.

---

[112] Dont 4,7 Md€ au titre des nouvelles attributions de l'exercice (hors allocation de solidarité aux personnes âgées - ASPA) en 2025 contre 7,2 Md€ en 2024.
[113] 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.
[114] Droits de base (principal et dérivé), droits non contributifs (ASPA notamment), avantages complémentaires (majoration enfant, majoration tierce personne, etc.).
[115] Compte tenu de la taille de l'échantillon, ce résultat donne une assurance à 95 % que la valeur de l'indicateur est comprise entre 10,5 % et 11,7 %.
[116] La liquidation provisoire est un mécanisme qui permet de calculer une prestation de retraite sans détenir l'ensemble des pièces justificatives.

En outre, le taux d'incidence financière des erreurs résiduelles s'établit à 1,08 %[117] du montant des prestations liquidées en 2025 (contre 0,99 % en 2024). Sur la durée moyenne de service des prestations, ce taux s'établit à 0,7 %, comme en 2024. Ainsi, les attributions et révisions de droit intervenues en 2025 auraient une incidence financière en valeur de 1,1 Md€ sur toute la durée de versement des prestations, contre 0,9 Md€ en 2024. De surcroît, l'incidence des erreurs résiduelles de 2025 et des exercices antérieurs sur l'intégralité des charges de prestations légales de droits propres afférentes s'établit à 0,76 % (0,72 % en 2024), soit une incidence financière évaluée à 0,8 Md€, comme en 2024.

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 détriment[118].

Les indicateurs ne mesurent pas l'incidence financière des erreurs liées aux droits personnels du régime de base des travailleurs indépendants qui sont pour l'essentiel attribués *via* l'*Outil retraite*, aux prestations liquidées par les caisses d'outre-mer, à certaines typologies de dossiers, ainsi qu'aux prélèvements sociaux. La CNAV n'évalue que partiellement l'impact de ces exclusions sur la fréquence et le montant des erreurs résiduelles mesurées. Par ailleurs, le mode de valorisation du taux d'incidence financière traduit insuffisamment l'estimation des anomalies, décelées par le contrôle *a posteriori*, affectant les comptes de la branche.

La CNAV a fait évoluer en 2025 la procédure de mesure du risque financier résiduel des dossiers liquidés dans *Asur*, afin de la faire converger vers celle applicable aux dossiers liquidés dans l'*Outil retraite*. L'incidence de ces changements majeurs sur les indicateurs n'a été que partiellement évaluée par la CNAV, ce qui limite la comparabilité des résultats de la qualité financière du processus retraite de la branche et des caisses. En outre, la procédure de contrôle *a posteriori* présente encore des fragilités en raison notamment d'une diminution des points de contrôle et de l'utilisation de multiples outils qui expose à des risques d'erreurs.

---

[117] Compte tenu de la taille de l'échantillon, ce résultat donne une assurance à 95 % que la valeur de l'indicateur est comprise entre 0,9 % et 1,2 %.

[118] 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.

Sous réserve de ces limites, la prise en compte de la neutralisation des erreurs inférieures à un euro mensuel diminue la fréquence des erreurs de portée financière relatives aux droits à la retraite de base des travailleurs indépendants qui s'établit à 5,7 %, au lieu de 8,8 % en utilisant la méthode prévalant en 2024 (2,3 % en 2024). En conséquence, le taux d'incidence financière de ces erreurs augmente fortement (2,0 % contre 0,3 % en 2024).

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

Les délais d'instruction et la qualité de la liquidation des droits à la retraite se dégradent en 2025[119]. En outre, la mise en œuvre du plan de supervision par l'ordonnateur et de contrôle par le directeur comptable et financier reste encore hétérogène dans le réseau, ce qui ne permet pas d'avoir une vision exhaustive des risques qui affectent les droits attribués.

Le délai de production des résultats consolidés des contrôles de l'ordonnateur limite l'appréciation du résultat des actions menées dans les caisses sur la qualité des comptes, en particulier pour les prestations à fort enjeux comme l'allocation de solidarité aux personnes âgées.

Les dispositifs de contrôle des droits liquidés au sein de la branche reposent sur une sélection des dossiers *via* un modèle centré sur les risques et la généralisation d'un contrôle comptable *a posteriori*. Le bilan de ce contrôle au 30 juin 2025 montre des modalités d'application hétérogènes du dispositif au sein de la branche, ainsi que la remontée non exhaustive par les caisses des résultats de contrôle *a posteriori* sur les dossiers porteurs de risques, alors que les contrôles *a priori* ont été allégés[120]. Selon la CNAV, le taux de détection des erreurs de liquidation par les directions comptables et financières se dégrade en 2025 et s'établit à 55,9 % (59,7 % en 2024). Les marges d'erreurs importantes qui encadrent cette estimation en limitent la portée.

[119] Le pourcentage de dossiers avec erreurs à incidence financière, à la suite d'un contrôle *a priori* réalisé au sein des CARSAT, est en hausse notamment pour les attributions de droits propres (10,9 % en 2025 contre 9,5 % en 2024), les attributions de droits dérivés (10,2 % en 2025 contre 9,7 % en 2024) et les révisions de droits propres (7,1 % en 2025 contre 6,9 % en 2024).

[120] La CNAV a accordé des dérogations aux taux minimums de contrôle *a priori* sur les droits afin de compenser l'augmentation du volume de régularisation de carrières *via* l'outil *Syrca*, et accompagner la montée en compétences des contrôleurs dans certaines caisses.

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 2025, les caisses de retraite ont effectué plus de 325 000 révisions de droit (soit +4,1 % par rapport à 2024).

Les contrôles de la direction comptable et financière font apparaître des taux relativement importants d'erreurs avec impact financier, notamment sur les révisions de droit dérivé (11,5 %), d'allocation de solidarité aux personnes âgées (9,9%), et de droit propre (7,1 %).

Le stock national de révision de droit à la suite d'une liquidation provisoire est important à la clôture de l'exercice 2025 (77 110 dossiers en cours, soit 72 % du stock total de révisions de droit). De plus, le stock de révisions de droit à la suite de la liquidation provisoire dépassant 360 jours reste relativement élevé dans certaines caisses.

Il n'est toujours pas possible d'apprécier les taux de contrôle et le délai de traitement des dossiers suivi dans *Asur*.

Le nombre de majorations en attente de calcul, pour les travailleurs salariés et les travailleurs indépendants, au titre de la pension de réversion (1,5 million à fin novembre 2025) et au titre du minimum contributif (0,7 million à la même date) est stable mais demeure élevé. En l'absence d'automatisation, les majorations concernant les travailleurs indépendants enregistrent toujours un retard important (92 % des majorations de pension de réversion et 40 % des majorations du minimum contributif en stock ne sont pas calculées à fin novembre 2025).

Enfin, près d'une révision de droit personnel sur sept effectuée dans l'*Outil retraite* comporterait une erreur de portée financière en faveur ou au détriment des assurés (14,8 % en 2025, contre 13,3 % en 2024)[121], avec un taux d'incidence financière de 0,97 % (0,88 % en 2024).

b) Les révisions de service

Les révisions de service résultant d'une évolution de la situation de l'assuré peuvent conduire à modifier la prestation due. En 2025, les caisses de retraite ont ainsi effectué près de 180 000 révisions de service (soit + 5 % par rapport à 2024).

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

Les taux élevés de non-conformité de la supervision ordonnateur (18,1 %[122] au 30 juin 2025) et d'anomalie de portée financière des contrôles du directeur comptable et financier (18,9 % en 2025 contre 19,7 % en 2024) ne permettent pas d'avoir une assurance raisonnable sur les montants rectifiés en révision de service. À cela s'ajoutent les difficultés de la branche à maîtriser le flux des révisions de service (79 943 dossiers en stock au 31 décembre 2025 contre 64 633 dossiers en 2024).

Les limites de l'application *Asur* ne permettent pas de distinguer les révisions de service des autres opérations, et donc de procéder à leur décompte fiable ni d'apprécier la qualité des traitements effectués.

La fréquence des erreurs résiduelles de portée financière relatives aux révisions de service se dégrade en 2025 (6,4 % contre 4,5 % en 2024) avec un taux d'incidence financière de 0,72 % (contre 0,58 % en 2024).

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

Les prestations légales de retraite[123] 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 (1,2 Md€ au 31 décembre 2025 comme en 2024). La méthode d'évaluation diffère suivant la catégorie d'assurés.

La correcte évaluation de la part des provisions concernant les travailleurs salariés (1,03 Md€ à fin 2025) n'est toujours pas garantie : le taux d'apurement de cette provision est toujours faible (12 %) sur le champ du dispositif d'échanges inter-régime de retraites (EIRR), principalement en raison d'échanges encore insuffisamment fiabilisés et stabilisés. S'agissant des travailleurs indépendants (0,12 Md€ au total, contre 0,13 Md€ en 2024), le changement des modalités d'estimation réalisé en 2024 pour les provisions EIRR n'est toujours que partiellement justifié. En outre, les données sous-tendant l'estimation de cette provision sont en partie incomplètes. Enfin, les limites du système d'information ne permettent pas d'analyser le dénouement de la provision.

[122] Taux de non-conformité correspondant à 1 736 dossiers supervisés au 30 juin 2025. Les données au 31 décembre 2025 n'ont pas été fournies par la CNAV. En 2024, on observait un taux de 16,07 % de non-conformité pour 3 482 dossiers supervisés.

[123] Comprenant les droits propres, droits dérivés, ASPA et révisions de droit et services pour la partie ne relevant pas du dispositif d'échanges inter-régime de retraites (EIRR) ainsi que les majorations pour pensions de réversion ou encore de minimum contributif pour la partie EIRR.

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 2025, arrêtés le 7 avril 2026 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

Dans cinq cas, la Cour ne dispose pas d'éléments probants suffisants permettant d'écarter le risque d'anomalies significatives dans les comptes, à l'instar de l'opinion portant sur les comptes de la branche vieillesse : 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) et les incertitudes affectant les provisions pour rappel de prestations légales en attente de calcul (C-5).

Opinion de la Cour sur les comptes

de la branche autonomie

de l'exercice 2025

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 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 2025, la branche autonomie a comptabilisé 42,4 Md€ de charges et dégagé un résultat excédentaire de 0,1 Md€ (après un excédent de 1,3 Md€ en 2024).

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 2025, arrêtés le 7 avril 2026 par le directeur et le directeur comptable et financier de la CNSA, dont un résumé est annexé au présent rapport.

La Cour certifie que, sous réserve des incidences de l'anomalie significative et des insuffisances d'éléments probants décrites ci-après dans la section « Fondements de l'opinion de la Cour », les comptes de la 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.

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

La note 13 de l'annexe aux comptes de la branche autonomie fait état d'une correction apportée à la demande de la Cour sur les comptes 2025 pour tenir compte d'écritures enregistrées après que les comptes 2024 ont été arrêtés, sans que cette information ait à l'époque été portée à la connaissance du certificateur au sein de la lettre d'affirmation[124] de la direction portant sur les comptes 2024, ni du conseil de la CNSA en charge de l'approbation des comptes et de l'affectation du résultat. Quel que soit le montant en cause, en l'occurrence dans ce cas peu significatif, une telle pratique contrevient au respect des normes applicables.

Par ailleurs, l'annexe ne mentionne pas d'engagement à l'égard des titulaires de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé au 31 décembre 2025, appréciés et évalués en fonction des règles de droit en vigueur à cette date. Ces engagements peuvent pourtant être évalués de manière fiable[125].

[124] Sur la notion de lettre d'affirmation, cf. deuxième partie du présent rapport, IV – B.
[125] 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.

B - Fondements de l'opinion de la Cour

La Cour constate que les comptes de la branche autonomie de l'exercice 2025 sont affectés par une anomalie significative.

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

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

Une anomalie significative porte sur le défaut de rattachement de produits à l'exercice.

Une part des impôts et taxes affectés (47 M€), des dépréciations correspondantes (21 M€) ainsi que des provisions pour risques (12 M€), ne peut être ni comptabilisée ni notifiée par l'ACOSS 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).

D - Insuffisances d'éléments probants

1 - L'organisation comptable et financière

a) Les procédures de contrôle de la direction comptable et financière

Le périmètre et le contenu des contrôles de la direction comptable et financière (laquelle a seulement été mise en place au cours de l'exercice), restent insuffisamment structurés et à compléter, du fait du périmètre de cette nouvelle direction.

Malgré des progrès, l'estimation des charges à payer relatives au financement des établissements sociaux et médico-sociaux réalisée par la CNSA repose pour une part sur des données insuffisamment fiabilisées, ce qui a pour effet d'en surévaluer le montant. De plus, un reliquat de charges à payer de 36 M€ relatifs à des exercices antérieurs reste maintenu à tort dans les comptes.

Les provisions estimées à ce titre (69 M€) correspondent, en partie, à des charges dont l'échéance et le montant ont un caractère certain à la date d'arrêté des comptes. Elles auraient dû être comptabilisées en charges à payer.

L'outil comptable présente toujours d'importantes limites : il ne permet pas de produire les états financiers et 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).

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

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, en pleine montée en charge, ne couvre pas l'ensemble des opérations effectuées par la branche. Les articles D. 114-4-6 et suivants du code de la sécurité sociale sur 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 du dispositif. En particulier, le plan de contrôle unique diffusé en 2025 n'est pas décliné par processus. Le plan de lutte contre la fraude n'intègre pas d'actions relatives aux partenaires territoriaux.

La carte des processus et des risques, en cours de refonte en 2025, couvre la caisse nationale mais toujours 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). La structure de la carte des processus en vigueur ne permet pas d'identifier les principales activités de la branche. 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 formalisées, 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 programmé des audits territoriaux dans huit MDPH. Les départements n'ont pas encore été intégrés à ce périmètre, notamment en l'absence de décret d'application de l'article 7 de la loi du 8 avril 2024[126]. Par ailleurs, le référentiel de contrôle interne reste à déployer.

Le programme d'audit interne 2024-2025 n'a pas été mené à son terme. À fin décembre, un seul audit a été finalisé au titre de 2025.

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 2025, les résultats transmis par la CNAM concernent uniquement les trois premiers trimestres de l'exercice. La convention signée fin 2025 entre la CNAF, la direction générale de la cohésion sociale et la CNSA ne sera déployée qu'à compter de 2026.

b) Un dispositif de contrôle interne en cours de déploiement pour les activités des MDPH

Les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) instruisent les demandes de prestations formulées par les personnes en situation de handicap, telles l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé – AEEH - (1,6 Md€ de charges en 2025) et la prestation de compensation du handicap (3,3 Md€ versés par les départements en 2025 dont une partie

[126] Loi n° 2024-317 du 8 avril 2024 portant mesures pour bâtir la société du bien vieillir et de l'autonomie.

est financée par la branche autonomie). Malgré l'appartenance des MDPH au réseau « fonctionnel » de la CNSA, cette dernière ne participe pas à leur gouvernance.

Dans un contexte de pratiques fortement disparates, et malgré la mise en place d'outils visant à garantir l'équité et la qualité de traitement, l'absence de référentiel national de contrôle interne juridiquement opposable 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.

En 2025, le retard du déploiement du cadre de coopération entre les conseils départementaux, les ARS et la CNSA limite la portée effective des feuilles de routes territorialisées portant sur les années 2025-2028.

La CNSA est chargée de la conception et de la mise en œuvre d'un système d'information commun des MDPH[127], interopérable avec ceux des départements et des CAF. Son architecture actuelle repose sur une pluralité de systèmes d'information, ce qui limite l'action de la CNSA notamment en matière de pilotage, d'équité de traitement et de gestion du risque. Ce chantier ancien reste inabouti, le décret portant création du système d'information commun n'étant intervenu que le 10 décembre 2025.

En dépit des efforts engagés pour améliorer la collecte et la qualité des informations, les données harmonisées dont dispose la CNSA demeurent incomplètes et ne couvrent pas l'exercice en cours pour l'ensemble du réseau. En 2025, elles ne sont pas utilisées à des fins de contrôle.

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 (5,8 Md€ de charges en 2025), selon une auto-évaluation, 62 % des départements (soit 42 des 68 répondants) n'ont pas conduit de travaux d'identification des risques liés au traitement de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA). L'absence de référentiel de contrôle interne ne permet pas d'assurer un traitement homogène et fiable des dossiers d'APA sur le territoire. En 2025, aucun

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

travail de même nature n'avait été engagé en ce sens par la CNSA sur la prestation de compensation du handicap (PCH).

La branche autonomie ne dispose pas de données récentes sur les processus relatifs aux personnes âgées, lesquels reposent sur les systèmes d'information hétérogènes des conseils départementaux. Le système d'information de gestion de l'APA, dont la CNSA porte le projet, ne sera déployé qu'à compter de 2026 et pendant cinq années.

d) Les effets des faiblesses des dispositifs de contrôle interne des partenaires

Les dispositifs de contrôle interne des branches maladie et famille couvrent insuffisamment les risques financiers auxquels est exposée la branche autonomie. Aucune information sur leur contenu et leurs résultats n'est disponible sur les contrôles des agences régionales de santé et des départements, ce qui affecte la fiabilité et l'exactitude des opérations enregistrées dans les comptes.

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

La cartographie des risques recense toujours des risques majeurs relatifs à la gestion des projets informatiques, notamment sur le projet *Sidoba*[128]. Le plan de contrôle interne relatif à la gestion du système d'information est encore partiel, ne couvrant notamment pas l'ensemble des risques liés à la continuité d'activité[129] et au pilotage de la production informatique. La revue annuelle des habilitations a mis en exergue comme les années précédentes un nombre important de comptes à supprimer.

L'arrivée de la responsable de la sécurité des systèmes d'information en août 2024 a permis de lancer de nombreux chantiers, dont la mise à jour structurante de la politique de sécurité du système d'information. Toutefois, la plupart de ces chantiers sont toujours en cours de mise en œuvre, ce qui expose la CNSA à des risques importants en matière de sécurité informatique. Les actions visant à assurer l'application du règlement général de la protection des données (RGPD) se sont poursuivies mais la CNSA reste exposée à des risques de non-conformité.

[128] Système d'information de l'offre de la branche autonomie.
[129] Toutefois, la CNSA a signalé que des actions avaient été lancées dans ce domaine.

f) La portée de la lutte contre les fraudes

La CNSA applique partiellement les dispositions de l'article L. 114-9 du code de la sécurité sociale qui prévoient la mise en œuvre d'un programme de lutte contre la fraude et l'établissement d'une synthèse des opérations réalisées dans ce cadre et de leurs résultats. Si l'ébauche d'un tel plan a été communiquée en 2025, il couvre la CNSA et non le périmètre de la branche autonomie.

Les CAF ne contrôlent que le respect des conditions administratives de l'AEEH, à l'exclusion de ses conditions médicales. Le contrôle de ces dernières incombe aux MDPH mais ces organismes n'ont, pour la plupart, pas engagé de démarche de détection des erreurs et des fraudes. S'agissant des prestations directement attribuées par les départements, la CNSA n'a pas connaissance des contrôles mis en œuvre.

En matière de 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 demeurent insuffisantes. Le même constat s'applique au dispositif prévu pour les membres du conseil de la caisse et du conseil scientifique : en 2025, seules 31 des 75 déclarations d'intérêt attendues ont été enregistrées.

g) Les indicateurs de risque financier résiduel

La CNSA n'a pas mis en place de mesure du risque financier résiduel affectant l'exactitude des dotations et forfaits versés (32,5 Md€ en 2025). 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 (0,5 Md€ en 2025), reste limité (61 dossiers contre 37 en 2024).

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'AEEH. En 2025, l'indicateur « données déclaratives » relatif aux prestations du risque

autonomie (agrégeant aussi l'AAH) s'établit à 5,5 %[130] en valeur centrale (3,6 %[131] en 2024). L'indicateur attribuable à des erreurs internes s'établit quant à lui à 1,4 %[132] (1,52 % en 2024).

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

Les établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS) sont principalement financés par la CNSA par la voie de dotations et de forfaits (32,5 Md€)[133] attribués sur le fondement d'arrêtés pris par les agences régionales de santé (ARS), dont les pratiques de répartition des financements aux établissements ne sont pas entièrement harmonisées entre les régions, dans l'attente des évolutions prévues par les réformes tarifaires en cours.

Le défaut de transfert automatisé aux CPAM de ces arrêtés induit un risque d'erreur lors de la comptabilisation des charges dans l'exercice, dans l'attente d'évolutions informatiques. De plus, les contrôles opérés ne permettent pas de vérifier l'exactitude des calculs des ARS au regard notamment de l'activité, déclarée et réelle, des établissements. Ce risque est accentué pour certaines opérations (notamment le versement de crédits exceptionnels) nécessitant des ajustements manuels.

Le calcul des forfaits soins des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) repose sur l'évaluation de la perte d'autonomie et les besoins en soins de ces personnes. Alors que cela est prévu par la règlementation, les ARS et les départements n'actualisent toujours pas régulièrement les données, ce qui induit un risque de décorrélation de leur financement par rapport à l'état réel de santé et du niveau de dépendance des résidents.

Par ailleurs, les données d'activité déclarées par les services de soins infirmiers à domicile qui servent, en partie, à déterminer leur financement au titre du forfait soins (2,4 Md€ en 2025) sont insuffisamment contrôlées, ce qui expose la CNSA a des financements indus.

---

[130] Compte tenu de la taille de l'échantillon, le taux est compris, avec une probabilité de 95 %, entre 2,5 % et 8,6 % du montant des prestations versées, soit respectivement 382 M€ et 1 322 M€.

[131] En 2025, la CNAF a affiné la méthode de calcul de cet indicateur. Au titre de 2024, cela conduit à abaisser le taux précédemment calculé de 3,9 % à 3,6 %.

[132] Compte tenu de la taille de l'échantillon, le taux est compris, avec une probabilité de 95 %, entre 0,8 % et 2,1 % du montant des prestations versées, soit respectivement 123 M€ et 335 M€.

[133] Les prix de journée facturés directement à l'assurance maladie (0,5 Md€ en 2025) ont désormais un caractère minoritaire.

Le pilotage des ESMS s'appuie sur plusieurs bases de données administrées par différents acteurs dont certaines reposent sur des données incomplètes. Cette situation limite notamment le recensement des financements versées au profit des personnes affiliées à un régime étranger de sécurité sociale (45 M€ en 2025), la correcte orientation des personnes en situation de handicap et la portée des contrôles relatifs aux versements à tort de prestations de soins de ville déjà incluses dans les forfaits de soins.

De plus, le périmètre de ces contrôles reste incomplet (excluant les dotations versées aux établissements accueillant des personnes en situation de handicap).

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

a) Les concours aux conseils départementaux

En 2025, cinq[134] des douze concours de la CNSA aux départements ont été fusionnés en deux principaux consacrés aux personnes âgées (3,6 Md€) et handicapées (1,2 Md€). Les modalités de calcul, notamment l'indexation jusqu'en 2024 de leur montant sur les ressources de la branche, ont été modifiées.

La méthode d'estimation du solde restant dû, comptabilisé en provision pour charges techniques à fin 2025, présente des limites. Le calcul s'appuie notamment sur des données qui émanent des départements eux-mêmes[135], sans possibilité de correction par la CNSA et qui font régulièrement l'objet de rectifications.

Par ailleurs, dans la mesure où le concours prévisionnel 2025, ayant fondé le versement des acomptes, a été établi à partir des données N-2, une partie de la provision aurait dû être reclassée en charges à payer.

[134] Trois concours au titre de l'APA et de la PCH ainsi que les concours relatifs au tarif plancher applicable aux heures d'aide à domicile et aux revalorisations salariales des services d'aide et d'accompagnement à domicile.

[135] Notamment, dépenses d'allocation personnalisée d'autonomie pour le concours « personnes âgées », dépenses de prestations de compensation du handicap et nombre de bénéficiaires de cette prestation pour le concours « personnes handicapées ».

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

La CNSA finance des plans d'aide à l'investissement visant à moderniser, adapter et développer l'offre des établissements et services médico-sociaux. L'évaluation des plans en cours restant à verser, provisionnés à hauteur de 1,1 Md€ à fin 2025, présente un fort degré d'incertitude, en raison d'une analyse incomplète de leur ancienneté et de leur dénouement. Malgré des progrès, les contrôles effectués sur la conformité des aides versées restent limités, ce qui expose la CNSA à des risques de financements indus.

c) Les dépenses d'intervention

Le montant restant à verser au titre des subventions d'intervention[136] (0,1 Md€ à fin 2025) est classé dans une catégorie qui ne correspond pas à leur nature.

De plus, malgré des améliorations dans le suivi des dossiers concernés, les contrôles 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.

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

L'attribution de cette allocation (1,6 Md€ de charges en 2025) est subordonnée à des conditions médicales devant être appréciées par les MDPH et à des conditions administratives vérifiées par les CAF.

a) Les données en provenance des MDPH et des autres partenaires

La transmission complète des informations requises pour la demande d'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) n'est pas assurée par l'ensemble des MDPH. Par ailleurs, les CAF ne demandent pas systématiquement ces informations, ce qui entraîne des erreurs ou omissions.

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

La dématérialisation des échanges de données entre les MDPH et les CAF progresse (82 % à fin décembre 2025 contre 72 % fin 2024) mais son périmètre incomplet rend nécessaire une transmission manuelle de certaines informations par les MDPH, inégalement assurée selon les territoires. Un incident informatique national survenu en mars 2025 a par ailleurs conduit certaines MDPH à remettre ponctuellement en place un envoi papier.

Par ailleurs, l'absence d'échanges de données avec certains partenaires (Éducation nationale, CNAM, CNSA, 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 (+45 % en cinq ans), et en dépit de l'instauration de nouveaux contrôles, certains risques liés à l'AEEH demeurent insuffisamment maîtrisés.

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 mais partiellement mis en œuvre et sans reprise des dossiers antérieurs, des versements pour 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 d'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 baisse 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 aux CAF par les MDPH de l'attribution de la PCH et de l'option pour cette prestation par les familles, un versement à tort de compléments d'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 responsabilité[137]. 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).

[137] 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 tout[138] ou partie[139] 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 ;

[138] 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.

[139] 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 connex*es », 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 2023[140].

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 1er janvier 2025) que si des mesures législatives et réglementaires l'exigent. Le plan comptable en vigueur a été fixé par un arrêté interministériel du 1er 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 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

[140] 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 (revenu de solidarité active), de l'État (prime d'activité, aides au logement, allocation aux adultes handicapés) et de la CNSA (allocation d'éducation de l'enfant handicapé), 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 organismes[141] 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 2025).

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 1er janvier 2019, la Cour est par ailleurs rendue destinataire d'une attestation des commissaires aux comptes de l'AGIRC-ARRCO.

[141] 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* »[142].

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 %.

[142] 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'information[143] ne sont que partiellement satisfaites. Le retard important pris en la matière expose les branches à des risques significatifs, notamment au titre du traitement et de la protection des données. En cas d'incident affectant leurs sites de production, les dispositifs de secours informatique mis en œuvre par les branches font par ailleurs apparaître des marges de progrès.

La Cour a, par ailleurs, confié à des prestataires de service, agissant pour son compte et placés sous sa responsabilité, la conduite d'audits informatiques :

- pour l'activité de recouvrement, un audit a porté sur les contrôles automatisés dès le dépôt de la DSN dans *Net entreprises*[144] ;
- pour les branches maladie et AT-MP, un audit a porté sur les outils des créances (*GERECRE*, *DETTES* et *SUCRE*);
- pour la branche famille, un audit a porté sur la procédure de liquidation automatique des prestations versées ;
- pour la branche autonomie, un audit a porté sur le volet tarification de l'outil *Sidoba*.

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

[143] 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.
[144] Portail pour les démarches sociales que doivent effectuer les employeurs de salariés.

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.

En application d'un décret de juin 2025[145], les URSSAF ont pu, de façon exceptionnelle, admettre en non-valeur des créances prescrites avant le 1er janvier 2020 pour un montant total de 5,7 Md€ en 2025.

L'audit réalisé par la Cour a consisté à apprécier le respect par les URSSAF et par l'ACOSS des dispositions fixées dans ce décret. Il a également porté sur les effets de cette opération sur les comptes des branches du régime général de sécurité sociale (maladie, accidents du travail – maladies professionnelles, vieillesse, famille et autonomie), sachant que ces créances étaient *de facto* dépréciées en totalité, avant leur comptabilisation en perte. Cette opération a également eu des effets sur les comptes d'attributaires extérieurs au régime général (FSV, CADES, etc.).

Ont également été audités les enregistrements comptables qui résultent d'une estimation, notamment les dépréciations de créances sur les cotisants, 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 et intégrations financières aux branches du régime général notamment).

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 d'une cour d'appel[146] statuant sur la révision du calcul de l'AAH différentielle pourrait faire jurisprudence en contraignant la

[145] Décret n°2025-578 du 25 juin 2025 relatif aux règles d'admission en non-valeur et au relèvement des seuils de mise en recouvrement.

[146] L'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.

caisse à recalculer à la hausse le montant de l'AAH pour plus de 268 000 bénéficiaires. Dans l'attente des résultats du pourvoi en cassation, il n'en a été tiré aucune conséquence sur les comptes de 2025.

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, notamment ceux liés à la situation au Moyen-Orient, intervenus entre le 31 décembre 2025 et le 12 mai 2026, 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 des estimations comptables de l'activité de recouvrement concernent l'ensemble des attributaires, l'effet des méthodes utilisées pour chaque attributaire ne pouvant être précisé, faute de production par l'ACOSS de données détaillées par attributaire.

C - Suivi des constats formulés par la Cour au titre de l'exercice 2024

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

La Cour avait certifié les comptes de **l'activité de recouvrement** de l'exercice 2024 en assortissant son opinion d'une réserve fondée sur le constat d'une anomalie significative et de six insuffisances d'éléments probants.

L'anomalie significative portant sur le défaut persistant de rattachement de produits à l'exercice (C du rapport de certification des comptes de 2024) est maintenue, mais son intensité a baissé en 2025 en raison de la correcte prise en compte de produits de redressements de prélèvements constatés à l'occasion du contrôle des cotisants (0,2 Md€).

Par ailleurs, le caractère dorénavant moins incertain de l'estimation d'une partie des provisions pour risques liés à des litiges avec les cotisants (D-1 du rapport de certification des comptes de 2024) justifie, d'une part,

la levée du constat sur ce point et, d'autre part, le repositionnement des autres constats au niveau de l'insuffisance d'éléments probants portant sur des estimations comptables (D-2), portant *in fine* leur nombre à cinq pour l'exercice 2025. Les constats relatifs aux produits à recevoir de remises sur les prix des médicaments et des dispositifs médicaux sont également levés pour la même raison. Enfin, plusieurs constats ont été allégés (D-2, D-3 et D-4) au regard de progrès sur les estimations comptables et le contrôle interne. De nouveaux points d'audit ont été introduits au titre des insuffisances du contrôle interne des activités des URSSAF (D-4), notamment sur les prélèvements sociaux sur revenus d'activité et le recouvrement des créances sur les cotisants.

La Cour avait certifié les comptes de la **branche maladie** en assortissant son opinion d'une réserve fondée sur le constat de trois anomalies significatives et de 11 insuffisances d'éléments probants.

L'anomalie significative relative au maintien dans les comptes de dettes prescrites (C-1) est levée, du fait du décret du 28 décembre 2025 qui rend cette dette exigible. Les deux autres anomalies significatives (C-2 et C-3) portant sur des situations de non-respect des principes comptables ont été regroupées pour cette raison.

Les incertitudes affectant les estimations comptables (D-2) sont levées pour la même raison que celle indiquée pour l'activité de recouvrement (D-1 ci-avant). Deux autres insuffisances portant sur la justification des comptes (D-3 et D-4) sont regroupées, portant *in fine* leur nombre à 9 en 2025. La diminution du montant des écritures comptables non étayées par une pièce justificative atténue d'autant l'intensité de l'insuffisance s'y rattachant (D-1). Par ailleurs, les constats relatifs aux faiblesses du cadre général du contrôle interne (D-6) sont allégés, du fait de la mise en place du plan de contrôle unique et de l'amélioration des actions de lutte contre la fraude. Ceux portant sur la gestion des bénéficiaires (D-7) le sont également. Les autres sont maintenus.

La Cour avait certifié les comptes de la **branche accidents du travail – maladies professionnelles** en assortissant son opinion d'une réserve fondée sur le constat d'une anomalie significative et de huit insuffisances d'éléments probants, qui sont reconduits en 2025.

La Cour était dans l'impossibilité de certifier les comptes de la **branche famille** de l'exercice 2024**,** s'appuyant pour fonder son opinion sur six insuffisances d'éléments probants relatives au cadre général du contrôle interne (C-1), aux erreurs affectant les prestations légales du fait d'une fiabilité insuffisante des données déclaratives (C-2), aux erreurs résiduelles imputables à des données déclaratives non corrigées après

contrôle interne (C-3), aux erreurs affectant les prestations légales ayant une origine interne aux CAF (C-4), à celles affectant les prestations extra-légales d'action sociale (C-5), et au recouvrement des indus sur prestations (C-6).

Ces six insuffisances d'éléments probants demeurent, dans un contexte marqué par l'extension de l'utilisation du dispositif relatif aux ressources mensuelles (DRM). La branche famille a continué le déploiement du plan d'actions en vue d'améliorer la qualité de la liquidation des prestations mais ses premiers effets demeurent faibles. Les fragilités du dispositif de contrôle interne perdurent et les mesures de couverture du risque financier restent dégradées en 2025. Les estimations des effets du DRM mettent en évidence une diminution du risque inhérent aux données prises en compte pour le calcul de la prime d'activité et du RSA et une amélioration de la détection des indus. Les données complémentaires aux indicateurs de risque financier résiduel, estimées par la CNAF à la demande de la Cour, ont conduit la Cour à certifier les comptes de 2025 avec réserve, tout en relevant le besoin d'une adaptation du dispositif de contrôle interne, notamment en matière de contrôles.

La Cour avait certifié les comptes de la **branche vieillesse** de l'exercice 2024 en assortissant son opinion d'une réserve fondée sur six insuffisances d'éléments probants.

L'insuffisance d'éléments probants portant sur les faiblesses de la maitrise des risques affectant les prestations extra-légales d'action sociale (C-6) a été fusionnée avec celle portant sur les faiblesses du cadre général du contrôle interne (C-1), s'agissant d'éléments de constats communs au déploiement du dispositif national du contrôle interne. Les autres incertitudes demeurent. Un nouveau constat, portant sur le calcul du financement par le Fonds de solidarité vieillesse des trimestres « Covid », renforce l'insuffisance portant sur les risques affectant les données de carrière à l'origine des droits à retraite des assurés (C-2). Au total, le nombre d'insuffisances d'éléments probants passe de six à cinq.

La Cour avait certifié les comptes de la **branche autonomie** de l'exercice 2024 en assortissant son opinion d'une réserve fondée sur le constat de deux anomalies significatives et de cinq insuffisances d'éléments probants.

La première anomalie significative, relative aux défaillances de l'outil comptable (C-1) a pu être levée en 2025. La seconde anomalie (C-2), qui renvoie à celle constatée pour l'activité de recouvrement, est maintenue.

Les cinq insuffisances d'éléments probants sont maintenues. Une partie des constats relatifs aux insuffisances de la justification des états financiers (D-1) sont levés du fait de la création d'une direction comptable et financière, mais d'autres constats sont apparus.

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 pièces[147]. 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)[148], 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

[147] Pour l'activité de recouvrement, les URSSAF d'Île-de-France, de Bretagne, 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 du Val d'Oise, de la Moselle, du Morbihan, de l'Eure et Loir, de la Mayenne, de la Nièvre de la Savoie et la Carsat Nord Est. Pour la branche famille, les CAF des Alpes-Maritimes et du Val d'Oise. Pour la branche vieillesse, la CNAV en Île-de-France, et la CARSAT d'Aquitaine. Au titre de la branche autonomie, les CPAM du Val d'Oise, de la Moselle et du Morbihan, les Caf du Val d'Oise et des Alpes-Maritimes.

[148] MDPH de du Val d'Oise et des Alpes-Maritimes.

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 21 novembre 2025, 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. Elle 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 missions finales se sont déroulées de janvier à avril 2026. Après une période dite « pré-finale » consacrée à leur préparation et à la poursuite de vérifications intermédiaires en cours, les comptes ont été audités à partir de la transmission des versions provisoires des comptes de résultat et des bilans. Ces travaux ont été effectués dans les organismes nationaux et dans certains organismes locaux précités. En application de l'arrêté du 7 février 2024 fixant le calendrier d'établissement des comptes annuels des organismes de sécurité sociale, les comptes de résultat et bilans ont été communiquées à la Cour le 23 février en version provisoire et le 16 mars 2026 en version définitive.

La Cour a recueilli auprès de chacun des organismes nationaux, le 20 février 2026 pour la CNAV et le 23 février 2026 pour les autres, 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.

Sur les comptes du régime général de l'exercice 2025, 45 observations d'audit ont été adressées aux producteurs des comptes (contre 42 au titre des comptes de l'exercice 2024). Plusieurs de ces observations comportaient des demandes d'ajustements des comptes, pour les montants présentés ci-dessous.

Tableau n° 1 : Corrections demandées sur les comptes provisoires

Corrections demandées en M€	Nature des incidences sur les comptes	Correction prises en compte en M€
123,5	Baisse du résultat du régime général et des autres attributaires	-
-	Hausse du résultat du régime général et des autres attributaires	-
815,1	Reclassements sans incidence sur les résultats du régime général	815,1

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 2026[149].

En application de la norme ISA 580, les directeurs et les directeurs comptables et financiers des organismes nationaux ont transmis à la Cour le 13 avril 2026 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, la direction du budget, et la DGFiP pour les parties la concernant. Il a donné lieu les 13, 14 et 15 avril 2026 à l'audition, 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 du directeur du budget et de la directrice générale des finances publiques.

[149] 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 - Évolution des réserves de la Cour accompagnant la certification des comptes

Tableau de l'évolution, par rapport à l'exercice précédent, du nombre de réserves de la Cour accompagnant la certification des comptes du régime général de sécurité sociale

En 2025, la Cour prononce une certification avec réserves pour toutes les branches et l'activité de recouvrement ; en 2024, c'était également le cas, sauf pour la branche famille pour laquelle elle avait prononcé une impossibilité de certifier.

	2025		2024		Évolution	
	Anomalies significatives	Insuffisances d'éléments probants	Anomalies significatives	Insuffisances d'éléments probants	Anomalies significatives	Insuffisances d'éléments probants
Recouvrement	1	5	1	6	-	-1
Maladie	1	9	3	11	-2	-2
Accidents du travail-Maladies professionnelles	1	8	1	8	-	-
Vieillesse	0	5	0	6	-	-1
Famille	0	6	0	6	-	-
Autonomie	1	5	2	5	-1	-
TOTAL	**4**	**38**	**7**	**42**	**-3**	**-4**

B - Les états financiers de l'exercice 2025

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 leurs sites 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 attributaires extérieurs au champ des lois de financement de la sécurité sociale étant comptabilisés uniquement au bilan, en comptes de tiers (57,4 Md€ au total en 2025). 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 (55,2 Md€ au total en 2025). Enfin, les prestations versées par les CPAM pour le compte de tiers (principalement au titre de l'aide médicale de l'État) s'établissent à 1,5 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€)	2025			2024	Variation
	Brut	Amort. Dépréc.	Net	Net	
Immobilisations financières	11 159,5	0,0	11 159,4	9 494,2	17,5 %
Autres	1 933,1	1 193,7	739,3	704,5	4,9 %
ACTIF IMMOBILISÉ	**13 092,6**	**1 193,8**	**11 898,8**	**10 198,7**	**16,7 %**
Créances de cotisations, contributions sociales et d'impôts de sécurité sociale	84 816,7	21 641,6	63 175,1	60 326,4	4,7 %
Créances sur l'État et entités publiques	15 956,1	0,0	15 956,1	14 519,9	9,9 %
Créances sur les organismes et autres régimes de sécurité sociale	50 411,8	0,0	50 411,8	24 696,9	104,1 %
Autres actifs (dont notamment débiteurs divers et comptes transitoires ou d'attente)	740,3	306,0	434,3	336,5	29,0 %
TOTAL DE L'ACTIF CIRCULANT	**151 924,9**	**21 947,6**	**129 977,3**	**99 879,3**	**30,1 %**
TRÉSORERIE ACTIVE	**19 108,0**	**0,0**	**19 108,0**	**27 021,3**	**-29,3 %**
TOTAL ACTIF	**184 125,4**	**23 141,4**	**160 984,0**	**137 099,9**	**17,4 %**

PASSIF (en M€)	2025	2024	Variation
Dotations, apports	47,0	47,0	0,0 %
Réserves	310,3	328,0	-5,4 %
Report à nouveau	120,4	187,4	-35,8 %
Résultat de l'exercice	-17,8	-17,8	
Autres	0,5	0,4	27,0 %
TOTAL DES FONDS PROPRES	**460,4**	**545,0**	**-15,5 %**
PROVISIONS	**3 896,1**	**4 382,6**	**-11,1 %**
DETTES FINANCIÈRES	**59 054,3**	**39 905,9**	**48,0 %**
Dettes à l'égard des cotisants	4 990,5	4 613,9	8,2 %
Dettes liées aux prestations sociales	17,7	11,2	58,5 %
Dettes à l'égard de l'État et entités publiques	2 610,1	2 554,1	2,2 %
Dettes à l'égard d'organismes et autres régimes de sécurité sociale	82 199,8	77 766,8	5,7 %
Autres dettes (dont notamment compte de suivi financier, créditeurs divers et comptes transitoires ou d'attente)	7 612,1	7 050,2	8,0 %
TOTAL DES DETTES NON FINANCIÈRES	**97 430,2**	**91 996,2**	**5,9 %**
TRÉSORERIE PASSIVE	**143,0**	**270,2**	**-47,1 %**
TOTAL PASSIF	**160 984,0**	**137 099,9**	**17,4 %**

Compte de résultat résumé - Activité de recouvrement

PRODUITS (en M€)	2025	2024	Variation
Cotisations, impôts et produits affectés	**559 905,7**	**545 041,4**	**2,7 %**
Cotisations sociales	266 232,9	256 728,1	**3,7 %**
Impôts : contribution sociale généralisée	157 237,9	153 831,9	**2,2 %**
Impôts et taxes affectés	116 873,2	115 483,9	**1,2 %**
Autres cotisations et contributions affectées	19 561,8	18 997,6	**3,0 %**
Produits techniques	**24 446,5**	**16 724,0**	**46,2 %**
Reprises sur provisions pour charges techniques et pour dépréciation	**4 787,3**	**1 420,9**	**236,9 %**
TOTAL PRODUITS DE GESTION TECHNIQUE	**589 139,5**	**563 186,4**	**4,6 %**
PRODUITS DE GESTION COURANTE	**1 842,1**	**1 711,0**	**7,7 %**
PRODUITS FINANCIERS	**1 621,6**	**1 677,5**	**-3,3 %**
TOTAL PRODUITS	**592 603,2**	**566 575,0**	**4,6 %**

CHARGES (en M€)	2025	2024	Variation
Transferts de produits	**569 499,4**	**548 775,6**	**3,8 %**
CNAM	247 387,0	237 452,4	4,2 %
CNAF	59 546,8	57 643,1	3,3 %
CNAV	142 285,4	136 960,5	3,9 %
CNSA	42 069,4	40 973,3	2,7 %
Autres attributaires	78 210,8	75 746,4	3,3 %
Pertes sur créances irrécouvrables	**9 430,5**	**3 077,5**	**206,4 %**
Compensation de la réduction générale (chômage, retraite complémentaire)	**8 781,3**	**9 538,9**	**-7,9 %**
Autres charges techniques (dont les dotations aux provisions et les dépréciations des actifs circulants)	**1 428,4**	**1 794,5**	**-20,4 %**
TOTAL CHARGES DE GESTION TECHNIQUE	**589 139,5**	**563 186,4**	**4,6 %**
CHARGES DE GESTION COURANTE	**1 849,0**	**1 715,9**	**7,8 %**
CHARGES FINANCIÈRES	**1 621,3**	**1 676,8**	**-3,3 %**
IMPOTS SUR LES BÉNÉFICES	**11,1**	**13,5**	-18,1 %
TOTAL DES CHARGES	**592 620,9**	**566 592,7**	**4,6 %**
RÉSULTAT NET DE L'EXERCICE	**- 17,8**	**- 17,8**	

Bilan résumé – Branche maladie

ACTIF (en M€)	2025			2024	Variation
	Brut	Amort. Dépréc.	Net	Net	
ACTIF IMMOBILISE	**7 307**	**4 426**	**2 881**	**2 841**	**1,4 %**
Créances de cotisations, contributions sociales et d'impôts de sécurité sociale	37 603	6 976	30 627	28 511	7,4 %
Créances de prestations	5 623	2 517	3 106	2 971	4,5 %
Créances sur l'État et entités publiques	10 056	0	10 056	8 563	17,4 %
Créances sur les organismes et autres régimes de sécurité sociale	9 345	0	9 345	8 650	8,0 %
Autres actifs (dont notamment gestion administrative, débiteurs divers, comptes transitoires ou d'attente, charges constatées d'avance)	2 857	242	2 615	2 317	12,8 %
TOTAL DE L'ACTIF CIRCULANT	**65 484**	**9 735**	**55 749**	**51 013**	**9,3 %**
TRESORERIE ACTIVE	**12**		**12**	**43**	**-72,8 %**
TOTAL ACTIF	**72 802**	**14 161**	**58 641**	**53 897**	**8,8 %**

PASSIF (en M€)	2025	2024	Variation
Dotations, apports	40	40	-1,1 %
Réserves	2 008	2 016	-0,4 %
Report à nouveau	-14 656	-923	1487,5 %
Résultat de l'exercice	-15 880	-13 823	
Autres	7 572	8 742	-13,4 %
TOTAL DES FONDS PROPRES	**-20 916**	**-3 948**	**429,8 %**
PROVISIONS	**7 947**	**8 134**	**-2,3 %**
DETTES FINANCIERES	**0**	**0**	**0 %**
Dettes à l'égard des cotisants	2 712	2 350	15,4 %
Dettes liées aux prestations sociales	961	953	0,8 %
Dettes à l'égard de l'État et entités publiques	1 351	1 375	-1,8 %
Dettes à l'égard d'organismes et autres régimes de sécurité sociale	43 190	23 625	82,8 %
Créditeurs divers (dont notamment charges à payer sur prestations)	17 554	15 884	10,5 %
Autres dettes (dont notamment gestion administrative, comptes transitoires ou d'attente et produits constatés d'avance)	5 411	4 823	12,2 %
TOTAL DES DETTES NON FINANCIERES	**71 178**	**49 011**	**45,2 %**
TRESORERIE PASSIVE	**431**	**700**	**-38,4 %**
TOTAL PASSIF	**58 641**	**53 897**	**8,8 %**

Compte de résultat résumé - Branche maladie

PRODUITS (en M€)	2025	2024	Variation
Cotisations, impôts et produits affectés	**218 615**	**212 500**	**2,9 %**
Cotisations sociales	87 877	83 167	5,7 %
Impôts : contribution sociale généralisée	54 506	53 188	2,5 %
Impôts et taxes affectés	70 493	70 777	-0,4 %
Autres cotisations et contributions affectées	1 079	899	20,0 %
Produits techniques	**3 992**	**4 763**	**-16,2 %**
Divers produits techniques et reprises sur provisions pour charges techniques et pour dépréciation	**23 595**	**19 194**	**22,9 %**
TOTAL PRODUITS DE GESTION TECHNIQUE	**246 202**	**236 457**	**4,1 %**
PRODUITS DE GESTION COURANTE	**564**	**557**	**1,2 %**
PRODUITS FINANCIERS	**82**	**141**	**-41,5 %**
TOTAL PRODUITS	**246 849**	**237 155**	**4,1 %**

CHARGES (en M€)	2025	2024	Variation
Prestations sociales	**224 933**	**216 316**	**4,0 %**
Prestations légales	223 951	215 141	4,1 %
Autres prestations (action sociale, prévention)	981	1 176	-16,5 %
Charges techniques, transferts, subventions et contributions	**20 305**	**20 144**	**0,8 %**
Autres charges techniques (dont notamment les dotations aux provisions et pour dépréciation des actifs circulants)	**10 734**	**8 060**	**33,2 %**
TOTAL CHARGES DE GESTION TECHNIQUE	**255 971**	**244 520**	**4,7 %**
CHARGES DE GESTION COURANTE	**6 131**	**5 945**	**3,1 %**
CHARGES FINANCIERES	**626**	**513**	**22,1 %**
IMPOTS SUR LES BENEFICES	**0**	**0**	**0,0 %**
TOTAL DES CHARGES	**262 729**	**250 978**	**4,7 %**
RESULTAT NET DE L'EXERCICE	**-15 880**	**-13 823**	

Bilan résumé - Branche AT-MP

ACTIF (en M€)	2025			2024	Variation
	Brut	Amort. Dépréc.	Net	Net	
ACTIF IMMOBILISE	**888**	**581**	**308**	**302**	**1,7 %**
Créances de cotisations, contributions sociales et d'impôts de sécurité soc.	3 157	1 275	1 883	1 901	-0,9 %
Créances de prestations	1 286	744	542	518	4,6 %
Créances sur l'État et entités publiques	19	0	19	18	6,0 %
Créances sur les organismes et autres régimes de sécurité sociale	8 357	0	8 357	8 622	-3,1 %
Autres actifs (dont notamment gestion administrative, débiteurs divers, comptes transitoires ou d'attente, charges constatées d'avance)	155	0	155	192	-19,5 %
TOTAL DE L'ACTIF CIRCULANT	**12 975**	**2 019**	**10 956**	**11 251**	**-2,6 %**
TRESORERIE ACTIVE	**3**		**3**	**0**	**1191,9 %**
TOTAL ACTIF	**13 866**	**2 599**	**11 267**	**11 554**	**-2,5 %**

PASSIF (en M€)	2025	2024	Variation
Dotations, apports	5	5	0,0 %
Réserves	110	110	0,1 %
Report à nouveau	8 132	7 477	8,8 %
Résultat de l'exercice	-182	687	
Autres	0	0	0 %
TOTAL DES FONDS PROPRES	**8 065**	**8 279**	**-2,6 %**
PROVISIONS	**1 319**	**1 421**	**-7,2 %**
DETTES FINANCIERES	**0**	**0**	**0 %**
Dettes à l'égard des cotisants	153	122	25,2 %
Dettes liées aux prestations sociales	75	35	115,1 %
Dettes à l'égard de l'État et entités publiques	291	237	22,8 %
Dettes à l'égard d'organismes et autres régimes de sécurité sociale	383	452	-15,2 %
Créditeurs divers (dont notamment charges à payer sur prestations)	751	762	-1,5 %
Autres dettes (dont notamment gestion administrative, créditeurs divers, comptes transitoires ou d'attente, produits constatés d'avance)	195	186	4,9 %
TOTAL DES DETTES NON FINANCIERES	**1 848**	**1 794**	**3,0 %**
TRESORERIE PASSIVE	**34**	**61**	**-44,4 %**
TOTAL PASSIF	**11 267**	**11 554**	**-2,5%**

Compte de résultat résumé - Branche AT-MP

PRODUITS (en M€)	2025	2024	Variation
Cotisations, impôts et produits affectés	**15 041**	**14 622**	**2,9 %**
Cotisations sociales	14 846	14 440	2,8 %
Autres cotisations et contributions affectées	196	182	7,5 %
Produits techniques	**13**	**17**	**-22,6 %**
Divers produits techniques et reprises sur provisions pour charges techniques et pour dépréciation	**1 330**	**1 256**	**5,9 %**
TOTAL PRODUITS DE GESTION TECHNIQUE	**16 385**	**15 895**	**3,1 %**
PRODUITS DE GESTION COURANTE	**47**	**48**	**-1,0 %**
PRODUITS FINANCIERS	**186**	**241**	**-22,9 %**
TOTAL PRODUITS	**16 618**	**16 183**	**2,7 %**

CHARGES (en M€)	2 025	2 024	Variation
Prestations sociales	**11 791**	**11 121**	**6,0 %**
Prestations légales	11 189	10 615	5,4 %
dont: prestations d'incapacité temporaire	6 397	5 918	8,1 %
dont : prestations d'incapacité permanente	4 792	4 696	2,0 %
Charges techniques, transferts, subventions et contributions	**1 110**	**1 101**	**0,8 %**
Autres charges techniques (dont notamment les dotations aux provisions et pour dépréciation des actifs circulants)	**2 890**	**2 312**	**25,0 %**
TOTAL CHARGES DE GESTION TECHNIQUE	**15 791**	**14 535**	**8,6 %**
CHARGES DE GESTION COURANTE	**1 004**	**957**	**4,9 %**
CHARGES FINANCIERES	**5**	**5**	**0 %**
IMPOTS SUR LES BENEFICES	**0**	**0**	0,0 %
TOTAL DES CHARGES	**16 800**	**15 497**	**8,4 %**
RESULTAT NET DE L'EXERCICE	**-182**	**687**	

Bilan résumé - Branche Famille

ACTIF (en M€)	2025			2024	Variation
	Brut	Amort. Dépréc.	Net	Net	
ACTIF IMMOBILISÉ	**2 934,3**	**1 734,8**	**1 199,5**	**1 231,6**	**-2,6 %**
Créances de cotisations, contributions sociales et d'impôts de sécurité sociale	8 773,9	2 470,3	6 303,5	6 157,7	2,4 %
Créances de prestations	2 596,3	293,3	2 303,0	2 089,8	10,2 %
Créances sur l'État et entités publiques	6 170,7	0,0	6 170,7	6 037,9	2,2 %
Créances sur les organismes et autres régimes de sécurité sociale	7 879,6	6,7	7 872,9	6 963,7	13,1 %
Autres actifs (dont gestion administrative, débiteurs divers, comptes transitoires ou d'attente, charges constatées d'avance)	4 956,8	423,3	4 533,5	4 220,2	7,4 %
TOTAL DE L'ACTIF CIRCULANT	**30 383,0**	**3 193,7**	**27 189,3**	**25 469,2**	**6,8 %**
TRÉSORERIE ACTIVE	**5,4**	**0,0**	**5,4**	**6,3**	**-15,3 %**
TOTAL ACTIF	**33 317,3**	**4 928,5**	**28 388,8**	**26 707,1**	**6,3 %**

PASSIF (en M€)	2025	2024	Variation
Dotations, apports	12,3	12,3	0,0 %
Réserves	442,7	466,3	-5,1 %
Report à nouveau	7 753,1	6 620,1	17,1 %
Résultat de l'exercice	1 170,7	1 094,9	
Autres	4,9	5,5	-10,8 %
TOTAL DES FONDS PROPRES	**9 383,6**	**8 199,1**	**14,4 %**
PROVISIONS	**2 368,7**	**2 438,3**	**-2,9 %**
DETTES FINANCIÈRES	**0,1**	**0,2**	**n.s.**
Dettes à l'égard des cotisants	1 039,6	928,0	12,0 %
Dettes liées aux prestations sociales	557,3	1 476,4	-62,3 %
Dettes à l'égard de l'État et entités publiques	316,0	402,9	-21,6 %
Dettes à l'égard d'organismes et autres régimes de sécurité sociale	2 499,9	2 248,8	11,2 %
Autres dettes (dont gestion administrative, créditeurs divers, comptes transitoires ou d'attente, produits constatés d'avance)	6 710,7	6 456,1	3,9 %
TOTAL DES DETTES NON FINANCIÈRES	**11 123,5**	**11 512,2**	**-3,4 %**
TRÉSORERIE PASSIVE	**5 512,8**	**4 557,4**	**21,0 %**
TOTAL PASSIF	**28 388,8**	**26 707,1**	**6,3 %**

Compte de résultat résumé - Branche Famille

PRODUITS (en M€)	2025	2024	Variation
Cotisations, impôts et produits affectés	**59 617,9**	**58 478,6**	**1,9 %**
Cotisations sociales	38 606,5	37 618,7	2,6 %
Impôts : contribution sociale généralisée	14 779,3	14 434,4	2,4 %
Autres impôts et taxes affectés	6 000,6	6 251,0	-4,0 %
Autres cotisations et contributions affectées	231,5	174,5	32,7 %
Produits techniques	**899,0**	**776,8**	**15,7 %**
Reprises sur provisions et sur dépréciations	**1 645,8**	**741,0**	**122,1 %**
TOTAL PRODUITS DE GESTION TECHNIQUE	**62 162,8**	**59 996,4**	**3,6 %**
PRODUITS DE GESTION COURANTE	**619,2**	**606,5**	**2,1 %**
PRODUITS FINANCIERS	**191,6**	**213,7**	**-10,3 %**
TOTAL PRODUITS	**62 973,6**	**60 816,6**	**3,5 %**

CHARGES (en M€)	2025	2024	Variation
Prestations sociales	**41 343,2**	**40 826,3**	**1,3 %**
Prestations légales	34 095,2	33 711,6	1,1 %
Prestations d'action sociale	7 169,0	7 036,2	1,9 %
Prestations spécifiques à certains régimes	79,0	78,4	0,7 %
Transferts, subventions et contributions	**14 642,2**	**14 227,1**	**2,9 %**
Diverses charges techniques (dont dotations aux provisions, dépréciations pour charges de gestion technique)	**2 599,1**	**1 568,6**	**65,7 %**
TOTAL CHARGES DE GESTION TECHNIQUE	**58 584,6**	**56 622,1**	**3,5 %**
CHARGES DE GESTION COURANTE	**3 200,4**	**3 079,3**	**3,9 %**
CHARGES FINANCIÈRES	**17,4**	**19,6**	**-11,2 %**
IMPOTS SUR LES BÉNÉFICES	**0,6**	**0,7**	**-14,3 %**
TOTAL DES CHARGES	**61 802,9**	**59 721,7**	**3,5 %**
RÉSULTAT NET DE L'EXERCICE	**1 170,7**	**1 094,9**	

Bilan résumé - Branche Vieillesse

ACTIF (en M€)	2025			2024	Variation
	Brut	Amort. Dépréc.	Net	Net	
ACTIF IMMOBILISE	**2 061,9**	**989,9**	**1 072,0**	**1 052,3**	**1,9%**
Créances de cotisations, contributions sociales et d'impôts de sécurité sociale	20 355,3	6 347,4	14 007,9	13 766,0	1,8%
Créances de prestations	502,9	230,1	272,8	275,2	-0,9%
Créances sur l'État et entités publiques	2 910,7		2 910,7	2 949,2	-1,3%
Créances sur les organismes et autres régimes de sécurité sociale	2 984,0		2 984,0	2 419,0	23,4%
Autres actifs (dont notamment gestion administrative, débiteurs divers, comptes transitoires ou d'attente, charges constatées d'avance)	696,6		696,5	667,0	4,4%
Trésorerie active	2,0		2,0	1,4	40,1%
TOTAL DE L'ACTIF CIRCULANT	**27 451,5**	**6 577,6**	**20 873,9**	**20 077,7**	**4,0%**
TOTAL ACTIF	**29 513,4**	**7 567,5**	**21 945,9**	**21 130,0**	**3,9%**

PASSIF (en M€)	2025	2024	Variation
Dotations, apports	77,5	77,5	0,0 %
Réserves	809,2	808,8	0,0 %
Report à nouveau	-4 068,5	-1 642,3	147,7 %
Résultat de l'exercice	-6 630,4	-3 647,8	
Autres	1,6	1,0	60,8 %
TOTAL DES FONDS PROPRES	**-9 810,6**	**-4 402,8**	**122,8 %**
PROVISIONS	**2 094,4**	**2 054,9**	**- 1,9%**
DETTES FINANCIÈRES	**0,2**	**0,1**	**64,4 %**
Dettes à l'égard des cotisants	1 514,9	1 280,4	18,3 %
Dettes liées aux prestations sociales	13 159,8	12 642,1	4,1 %
Dettes à l'égard de l'État et entités publiques	1 026,5	986,9	4,0 %
Dettes à l'égard d'organismes et autres régimes de sécurité sociale	12 899,6	7 528,2	71,4 %
Autres dettes (dont notamment gestion administrative, créditeurs divers, comptes transitoires ou d'attente, produits constatés d'avance)	476,9	475,7	0,3 %
TOTAL DES DETTES NON FINANCIÈRES	**29 077,7**	**22 913,4**	**26,9 %**
TRÉSORERIE PASSIVE	**584,3**	**564,4**	**3,5 %**
TOTAL PASSIF	**21 945,9**	**21 130,0**	**3,9 %**

Compte de résultat résumé - Branche Vieillesse

PRODUITS (en M€)	2025	2024	Variation
Cotisations, impôts et produits affectés	**142 144,6**	**137 114,2**	**3,7 %**
Cotisations sociales	113 952,1	111 016,3	2,6 %
Cotisations prises en charge par l'État	3 263,4	3 289,4	-0,8 %
Impôts et taxes affectés	24 261,9	22 294,1	8,8 %
Autres cotisations et contributions affectées	667,1	514,4	29,7 %
Produits techniques	**37 599,7**	**31 868,6**	**18,0 %**
Divers produits techniques et reprises sur provisions pour charges techniques et pour dépréciation	**2 703,5**	**1 991,7**	**35,7 %**
TOTAL PRODUITS DE GESTION TECHNIQUE	**182 447,8**	**170 974,5**	**6,7 %**
PRODUITS DE GESTION COURANTE	**188,0**	**177,4**	**6,0 %**
PRODUITS FINANCIERS	**0,1**	**9,6**	**-98,8 %**
TOTAL PRODUITS	**182 635,9**	**171 161,5**	**6,7 %**

CHARGES (en M€)	2025	2024	Variation
Prestations sociales	**167 748,7**	**161 315,2**	**4,0 %**
Prestations légales vieillesse	167 300,1	160 879,9	4,0 %
Prestations légales veuvage	39,5	46,6	-15,3 %
Prestations légales invalidité	3,5	4,4	-19,8 %
Prestations extra-légales : Action Sanitaire et Sociale	405,6	384,2	5,6 %
Transferts entre organismes de sécurité sociale et assimilés	**15 077,2**	**9 068,5**	**66,3 %**
Autres charges techniques (dont notamment les dotations aux provisions et pour dépréciation des actifs circulants)	**4 435,5**	**2 535,4**	**74,9 %**
TOTAL CHARGES DE GESTION TECHNIQUE	**187 261,5**	**172 919,1**	**8,3 %**
CHARGES DE GESTION COURANTE	**1 725,8**	**1 697,0**	**1,7 %**
CHARGES FINANCIÈRES	**279,0**	**193,2**	**44,4 %**
IMPOTS SUR LES BÉNÉFICES	**0,1**	**0,0**	n.s.
TOTAL DES CHARGES	**189 266,3**	**174 809,3**	**8,3 %**
RÉSULTAT NET DE L'EXERCICE	**- 6 630,4**	**- 3 647,8**	**-**

Bilan résumé - Branche Autonomie

ACTIF (en M€)	2025			2024	Variation
	Brut	Amort. Dépréc.	Net	Net	
ACTIF IMMOBILISE	**136**	**75**	**61**	**49**	**23,2%**
Créances de cotisations, contributions sociales et d'impôts de sécurité sociale	4 488	702	3 787	3 670	3,2%
Créances de prestations	15	4	11	19	-43,1%
Créances sur l'État et entités publiques	543	0	543	498	9,1%
Créances sur les organismes et autres régimes de sécurité sociale	698	0	698	647	7,7%
Autres actifs (dont notamment gestion administrative, débiteurs divers, comptes transitoires ou d'attente, charges constatées d'avance)	26	0	26	44	-41,0%
TOTAL DE L'ACTIF CIRCULANT	**5 770**	**706**	**5 064**	**4 879**	**3,8%**
TRESORERIE ACTIVE	**3**	**0**	**3**	**11**	**-70,1%**
TOTAL ACTIF	**5 909**	**781**	**5 128**	**4 939**	**3,8%**

PASSIF (en M€)	2025	2024	Variation
Réserves	1 251	39	3105,5%
Report à nouveau	12	-76	115,8%
Résultat de l'exercice	92	1 288	-92,9%
TOTAL DES FONDS PROPRES	**1 355**	**1 251**	**8,3%**
PROVISIONS	**1 890**	**1 444**	**30,9%**
DETTES FINANCIERES			
Dettes à l'égard des cotisants	662	563	17,5%
Dettes à l'égard de l'État et entités publiques	9	469	-98,1%
Dettes à l'égard d'organismes et autres régimes de sécurité sociale	586	714	-17,9%
Autres dettes (dont notamment gestion administrative, créditeurs divers, comptes transitoires ou d'attente, produits constatés d'avance)	625	497	25,8%
TOTAL DES DETTES NON FINANCIERES	**1 883**	**2 244**	**-16,1%**
TRESORERIE PASSIVE			
TOTAL PASSIF	**5 128**	**4 939**	**3,8%**

Compte de résultat résumé - Branche Autonomie

PRODUITS (en M€)	2025	2024	Variation
Cotisations, impôts et produits affectés	**42 056**	**40 971**	**2,6 %**
Cotisations prises en charge par l'État	37	39	-5,1 %
Impôts : contribution sociale généralisée	37 397	36 574	2,3 %
Impôts et taxes affectés	4 505	4 271	5,5 %
Autres cotisations et contributions affectées	117	88	33,2 %
Produits techniques	**57**	**362**	**-84,5 %**
Divers produits techniques et reprises sur provisions pour charges techniques et pour dépréciation	**361**	**684**	**-47,1 %**
TOTAL PRODUITS DE GESTION TECHNIQUE	**42 473**	**42 017**	**1,1 %**
PRODUITS DE GESTION COURANTE	**2**	**1**	**87,4 %**
PRODUITS FINANCIERS	**45**	**54**	**-16,4 %**
TOTAL PRODUITS	**42 520**	**42 072**	**1,1 %**

CHARGES (en M€)	2025	2024	Variation
Prestations sociales	**34 601**	**32 895**	**5,2 %**
Prestations légales	34 601	32 895	5,2 %
Charges techniques, transferts, subventions et contributions	**6 712**	**7 040**	**-4,7 %**
Autres charges techniques (dont notamment les dotations aux provisions et pour dépréciation des actifs circulants)	**897**	**632**	**41,9 %**
TOTAL CHARGES DE GESTION TECHNIQUE	**42 209**	**40 567**	**4 %**
CHARGES DE GESTION COURANTE	**208**	**203**	**2,3 %**
CHARGES FINANCIÈRES	**11**	**12**	**-12,3 %**
IMPOTS SUR LES BÉNÉFICES	**0**	**0**	**-**
TOTAL DES CHARGES	**42 428**	**40 783**	**4 %**
RÉSULTAT NET DE L'EXERCICE	**92**	**1 288**	**-**

C - Évolution des indicateurs de risque financier résiduel, après contrôle interne (2023 – 2025)

	Indicateur (par branche)	*Données 2023*	*Données 2024*	*Données 2025*	*Évolution 2025/2024*
Maladie et ATMP	Remboursements de frais de santé - Fréquence des erreurs (en %)	8,3	7,2	6,2	↘
	Remboursements de frais de santé – Incidence financière des erreurs (en Md€)	3,1	3,3	3,4	→
	Indemnités journalières - Fréquence des erreurs (en %)	7,7	6,5	6,6	→
	Indemnités journalières – Incidence financière des erreurs (en Md€)	0,45	0,4	0,4	→
Famille	Incidence financière des erreurs résiduelles « données déclarées » à 9 mois (en %)	10,9	11,7	12,0	↗
	Incidence financière des erreurs résiduelles « données déclarées » à 9 mois (en Md€)	8,6	9,4	10,0	↗
	Incidence financière des erreurs résiduelles « données déclarées » à 24 mois (en %)[1]	6,9	8,0	8,8	↗
	Incidence financière des erreurs résiduelles « données déclarées » à 24 mois (en Md€)[1]	5,5	6,3	7,4	↗
	Incidence financière des erreurs résiduelles internes aux CAF « métier » à 6 mois (en %)	1,7	2,0	1,9	↘
	Incidence financière des erreurs résiduelles pour l'action sociale collective (en %) [2]	3,8	4,1	3,7	↘
Vieillesse	Fréquence des erreurs résiduelles de liquidation de retraites dans l'Outil retraite (en %)[3]	16,3	12,3	12,3	→
	Incidence financière des erreurs (en %)	1,3	1,0	1,1	↗
	Incidence financière cumulative des erreurs sur la durée de service (en %)	0,7	0,7	0,7	→
	Fréquence des erreurs résiduelles de liquidation de retraites dans l'outil *Asur* (en %) [4]	5,6	4,9	9,2	↗
	Incidence financière des erreurs dans l'outil *Asur* (en %)	0,6	0,4	0,6	↗

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

1 Hors effet dispositif de ressources mensuelles (DRM).
2 En 2025, le périmètre de l'indicateur de risque financier résiduel (IRR) de l'action sociale a été étendu. Sur le même champ il s'établirait à 3 % en valeur centrale et s'améliorerait par rapport à 2024.
3 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.
4 La méthode retenue dans ce tableau est celle prévalant jusqu'en 2024 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 branche.

Liste des abréviations

AAH..... Allocation aux adultes handicapés
AEEH..... Allocation d'éducation de l'enfant handicapé
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
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
CESU ..... Chèque emploi service universel
CGSS ..... Caisse générale de sécurité sociale
CNAF..... Caisse nationale des allocations familiales
CNAM ..... Caisse nationale de l'assurance maladie
CNAV ..... Caisse nationale d'assurance vieillesse
CNAVPL .... Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales
CNMSS..... Caisse nationale militaire de sécurité sociale
CNSA..... Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
CPAM ..... Caisse primaire d'assurance maladie
CPRPF ..... Caisse de prévoyance et de retraite du personnel ferroviaire
CRPCEN..... Caisse de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaires
CSG..... Contribution sociale généralisée
CSSM..... Caisse de sécurité sociale de Mayotte
DGFiP ..... Direction générale des finances publiques
DRM ..... Dispositif relatif aux ressources mensuelles
DSN ..... Déclaration sociale nominative
EIRR ..... Échange inter-régimes de retraite
ENIM ..... Établissement national des invalides de la Marine
FSV ..... Fonds de solidarité vieillesse
IFAC ..... Fédération internationale des experts comptables
IQL..... Indicateur de la qualité de la liquidation

ISQC ..... *International Standards on Quality Control* (normes internationales de contrôle qualité)

LFSS ..... Loi de financement de la sécurité sociale

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

PAJE ..... Prestation d'accueil du jeune enfant

PCUOSS ..... Plan comptable unique des organismes de sécurité sociale

PUMA ..... Protection universelle maladie

RATP ..... Régie autonome des transports parisiens

REI ..... Référentiel des entreprises et des individus

RGCU ..... Répertoire de gestion des carrières unique

SSIAD..... Services de soins infirmiers à domicile

SYRCA ..... Système de régularisation de la carrière

La loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale du 2 août 2005 a confié à la Cour des comptes la mission de certifier les comptes de l'activité de recouvrement, des branches de prestations et des organismes nationaux du régime général de sécurité sociale, relatifs au dernier exercice clos. Depuis 2021, cette mission s'étend à la 5e branche autonomie, nouvellement créée.

En application de l'article LO. 132-2-1 du code des juridictions financières, la Cour établit un rapport présentant le compte rendu des vérifications qu'elle a opérées à cette fin.

Elle arrête dix opinions distinctes, qu'elle motive de manière détaillée : six portent sur les comptes de l'activité de recouvrement et de chacune des cinq branches – maladie, accidents du travail et maladies professionnelles, famille, vieillesse et autonomie – du régime général ; quatre concernent les comptes des organismes nationaux de ce même régime (ACOSS, CNAM, CNAF, CNAV), intégrés aux comptes de l'activité de recouvrement et des quatre premières branches.

Cour des comptes
13, rue Cambon
75100 Paris Cedex 01
Tél. : 01 42 98 95 00
www.ccomptes.fr