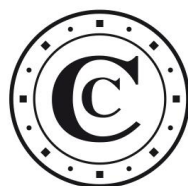


Cour des comptes



FINANCES ET COMPTES PUBLICS

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

Exercice 2020



# Sommaire

<b>Procédures et méthodes</b> .....	<b>5</b>
<b>Délibéré</b> .....	<b>7</b>
<b>Synthèse</b> .....	<b>9</b>
<b>Chapitre I Les positions de la Cour sur les comptes combinés du régime général de l'exercice 2020</b> .....	<b>31</b>
I - Les comptes combinés de l'activité de recouvrement .....	31
A - La position de la Cour .....	32
B - Les motivations détaillées de la position de la Cour .....	33
II - Les comptes combinés de la branche maladie .....	60
A - La position de la Cour sur les comptes .....	61
B - Les motivations détaillées de la position de la Cour .....	62
III - Les comptes combinés de la branche accidents du travail – maladies professionnelles (AT-MP) .....	94
A - La position de la Cour sur les comptes .....	94
B - Les motivations détaillées de la position de la Cour .....	95
IV - Les comptes combinés de la branche famille .....	101
A - La position de la Cour .....	101
B - Les motivations détaillées de la position de la Cour .....	102
V - Les comptes combinés de la branche vieillesse .....	120
A - La position de la Cour .....	120
B - Les motivations détaillées de la position de la Cour .....	122
<b>Chapitre II Les positions de la Cour sur les comptes des organismes nationaux du régime général de l'exercice 2020</b> .....	<b>139</b>
I - Les comptes de l'ACOSS .....	139
A - La position de la Cour sur les comptes .....	139
B - Les motivations détaillées de la position de la Cour .....	140
II - Les comptes de la CNAM .....	140
A - La position de la Cour sur les comptes .....	140
B - Les motivations détaillées de la position de la Cour .....	141
III - Les comptes de la CNAF .....	141
A - La position de la Cour sur les comptes .....	141
B - Les motivations détaillées de la position de la Cour .....	142
IV - Les comptes de la CNAV .....	143
A - La position de la Cour sur les comptes .....	143
B - Les motivations détaillées de la position de la Cour .....	144

<b>Chapitre III Le compte rendu des vérifications opérées par la Cour .....</b>	<b>145</b>
I - Le cadre et la démarche d'audit.....	145
II - Les vérifications intermédiaires .....	148
III - Les vérifications finales .....	150
<b>Annexes .....</b>	<b>153</b>
A - Les états financiers de l'exercice 2020 .....	153
B - Les positions de la Cour sur les comptes des exercices 2006 à 2020.....	164
C - Liste des abréviations .....	165

## Procédures et méthodes

### **La certification des comptes du régime général de sécurité sociale par la Cour des comptes**

#### **- Élaboration et publication -**

En application des dispositions de l'article LO.132-2-1 du code des juridictions financières, 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.111-3 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 principales entités constitutives du régime général de sécurité sociale sur leur résultat, leur situation financière et leur patrimoine.

La Cour conduit ses vérifications en se référant aux normes internationales d'audit (normes ISA) édictées par la Fédération internationale des experts comptables (IFAC), dans le respect des trois principes fondamentaux qui gouvernent l'organisation et l'activité de la Cour des comptes et 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.

L'audit de certification des comptes du régime général de sécurité sociale est réalisé par la sixième chambre de la Cour. Les vérifications sont confiées à des équipes de rapporteurs composées de magistrats de la Cour et d'experts. L'un des magistrats de cette chambre assure le rôle de contre-rapporteur et veille à la qualité 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. Morin, président de chambre, et composée de MM. Diricq et Viola, Mme Latare, MM. Rabaté, de la Guéronnière, Fulachier et Appia, Mme Hamayon, MM. Seiller, Burckel, Fourrier, conseillers maîtres et M. Guégano, conseiller maître en service extraordinaire.

Les travaux dont est issu le projet de rapport de certification ont été effectués par M. Fulachier, conseiller maître, rapporteur général de la certification des comptes du régime général de sécurité sociale, MM. Boisnaud et Kersauze, conseillers référendaires, M. Dorlhiac, auditeur Mmes Billard (à compter du 7 décembre 2020), Chabbert, Chibou (jusqu'au 31 octobre 2020), Figarol, Labidi-Farsi, Novikova, Perbal, Sikora (jusqu'au 31 octobre 2020), Vecchiatto, Veyrat-Lafont, MM. Azran, Bellosta, Bullier (à compter du 30 décembre 2020), Colin (à compter du 22 février 2021), Dardigna, Debroas, Delmas, Dupouy, Laïk (jusqu'au 3 mars 2021), Pinatel (jusqu'au 15 janvier 2021), Renié (à compter du 28 décembre 2020), Mc Shine, Sebbagh, experts et Mme Tan, vérificatrice. Le contre-rapporteur était M. Viola, conseiller maître.

Le projet de rapport de certification a été examiné et approuvé, le 4 mai 2021, par le comité du rapport public et des programmes de la Cour des comptes, composé de M. Moscovici, Premier président, Mme Camby, rapporteure générale du comité, MM. Morin, Andréani, Terrien, Mme Podeur, MM. Charpy, Gautier, présidents de chambre, et Mme Hirsch de Kersauson, procureure générale, entendue en ses avis.

\*

\*\*

Au cours de ses travaux, la Cour a pris en compte, dans l'exercice de sa mission de certification des comptes de l'exercice 2020, le contexte créé par la crise sanitaire et les contraintes qui en ont résulté pour les organismes et leurs administrations de tutelle (cf. encadré page 10).

\*

\*\*

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](http://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 2020.

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

Ont participé au délibéré : M. Moscovici, Premier président, MM. Morin, Andréani, Terrien, Mme Podeur, MM. Charpy, Gautier, Mme Camby, présidents de chambre, MM. Perrot, Bertucci, Tournier, Mme Darragon, MM. Courtois, Lefebvre, Ténier, Lair, Guibert, Guaino, Mme Carrère-Gée, MM. Guédon, Urgin, Antoine, Mousson, Feller, Mme Démier, MM. Clément, Le Mer, Rousselot, Laboureux, Mmes Latare, Dardayrol, MM. Rabaté, de la Guéronnière, Brunner, Albertini, Guillot, MM. Berthomier, Potton, Saudubray, Chatelain, Mmes Bouzanne des Mazery, Soussia, MM. Basset, Mmes Coudurier, Faugère, M. Appia, Mme Fontaine, MM. Strassel, Homé, Drouet, Chailland, Mmes Mattei, Toraille, M. Giannesini, Mme Hamayon, MM. Bouvard, Angermann, Mme Riou-Canals, M. Oseredczuk, Mme Pailot-Bonnetat, MM. Feltesse, Mme de Mazières, MM. Diringier, Sitbon, Montarnal, Groper, Boullanger, Seiller, Mmes Mercereau, Régis, MM. Champomier, Bonnaud, Thomas, Le Goff, Lion, Berger, Burckel, Fourier, Turenne, conseillers maîtres, MM. Collin, Guégano, Mme Prost, MM. Baert, Pelé, Brottes, Saint-Paul, conseillers maîtres en service extraordinaire.

Ont été entendus :

- en sa présentation, M. Morin, président de la chambre chargée des travaux sur lesquels le rapport est fondé et de la préparation du rapport ;
- en son rapport, Mme Camby, rapporteure générale, rapporteure du projet devant la chambre du conseil, assistée de M. Fulachier, conseiller maître, rapporteur général, MM. Boisnaud et Kersauze, conseillers référendaires, et M. Dorlhac, auditeur, rapporteurs devant la chambre chargée de le préparer et de M. Viola, conseiller maître, président de section, contre-rapporteur devant cette même formation ;
- en ses observations orales, sans avoir pris part au délibéré, Mme Hirsch, Procureure générale, accompagnée de M. Barichard, Premier avocat général et de M. Ferriol, avocat général.

M. Thornary, secrétaire général, assurait le secrétariat de la chambre du conseil.

Fait, le 12 mai 2021.



# Synthèse

## La mission confiée à la Cour

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

- les comptes combinés de la branche maladie, de la branche des accidents du travail-maladies professionnelles (AT-MP), de la branche famille et de la branche vieillesse, ainsi que les comptes combinés de l'activité de recouvrement du régime général de sécurité sociale ;
- les comptes annuels de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS), de la caisse nationale d'assurance maladie (CNAM), de la caisse nationale d'allocations familiales (CNAF) et de la caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV).

La Cour formule sur chacun de ces comptes une opinion écrite, motivée et indépendante, après avoir collecté les éléments procurant une assurance raisonnable sur la conformité des états financiers, dans tous leurs aspects significatifs, aux règles et principes comptables qui leur sont applicables. Pour exprimer son opinion, la Cour effectue des travaux d'audit, détaillés au chapitre III du présent rapport, se fonde sur son jugement professionnel et se conforme aux modalités de présentation généralement applicables en matière d'audit d'états financiers.

Elle a ainsi été conduite depuis 2006, premier exercice soumis à certification, à formuler une impossibilité à certifier, un refus de certifier ou une certification avec réserves, motivés par l'absence de résolution de difficultés significatives à l'issue de l'audit.

Ces difficultés peuvent traduire un désaccord avec le producteur des comptes portant, par exemple, sur le caractère approprié des méthodes comptables retenues, la pertinence de l'information fournie dans les états financiers ou la présence d'anomalies significatives dans les comptes au

regard des critères de l'audit d'états financiers<sup>1</sup>. Elles peuvent aussi prendre la forme d'une limitation à l'étendue des travaux d'audit, si le certificateur n'a pas été en mesure de recueillir les éléments probants qui lui permettent de conclure à l'absence d'anomalie significative sur des éléments dont dépend la fiabilité des états financiers.

### **Incidences de la situation sanitaire sur l'audit des comptes du régime général de sécurité sociale de 2020**

L'importance des mesures prises par les pouvoirs publics dans le cadre de la crise sanitaire, tant en matière de recouvrement des prélèvements sociaux, de droits aux prestations et de versement de ces dernières ou de continuité de l'exercice de leurs missions par les organismes de sécurité sociale, a conduit à faire évoluer les travaux réalisés au cours de l'audit.

Outre l'adaptation de certaines procédures d'échange avec les producteurs des comptes et la mise en œuvre de travaux d'audit à distance, le contexte de crise sanitaire et les mesures adoptées par les pouvoirs publics ont conduit à élargir le périmètre de plusieurs diligences et à constater l'aggravation de limitations aux travaux d'audit ou de nouvelles limitations.

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

Du point de vue de l'audit financier, le régime général se caractérise par le nombre considérable d'opérations effectuées par les organismes qui le composent en faveur de plus de 60 millions d'assurés ou d'allocataires ou en lien avec 9,8 millions de cotisants, ainsi que par l'importance des masses financières en jeu.

Prise individuellement, chaque opération effectuée ne représente qu'une part réduite, sinon infime, des montants comptabilisés dans les états financiers soumis à certification. Dans ces conditions, l'examen de l'efficacité du contrôle interne, entendu comme l'ensemble des dispositifs<sup>2</sup> qui concourent à prévenir ou bien à détecter et corriger les anomalies qui les affectent, est un élément clé pour l'appréciation de la fiabilité des comptes par la Cour.

---

<sup>1</sup> Réalité, exhaustivité, exactitude et correcte évaluation des opérations comptabilisées, rattachement à l'exercice comptable concerné, correcte imputation et non-compensation des produits et charges et des actifs et passifs.

<sup>2</sup> Dans la chaîne de réalisation des opérations, contrôles intégrés aux systèmes d'information, procédures de gestion, ainsi que supervisions internes aux services ordonnateurs et contrôles effectués par les directions comptables et financières.

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

### **Les indicateurs de risque financier résiduel**

Le décret n°2013-917 du 14 octobre 2013 relatif au contrôle interne des régimes obligatoires de base de sécurité sociale prévoit que les organismes nationaux établissent des indicateurs mesurant « *le risque financier résiduel après supervision de l'ordonnateur et contrôle de l'agent comptable* »<sup>3</sup>.

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 %.

La CNAF s'est dotée d'indicateurs portant d'une part sur les données déclaratives prises en compte par les CAF pour attribuer les prestations légales, et d'autre part sur les opérations qu'elles effectuent. La

---

<sup>3</sup> Article D. 114-4-7 résultant du décret n°2013-917 du 14 octobre 2013 relatif au contrôle interne de régimes obligatoires de base de sécurité sociale et des organismes concourant à leur financement.

CNAM dispose d'indicateurs relatifs aux prises en charge de frais de santé (mais hors séjours dans les établissements de santé publics et privés non lucratifs) et aux indemnités journalières. La CNAV suit des indicateurs relatifs aux prestations de retraite. L'activité de recouvrement ne dispose toujours pas d'indicateurs synthétiques comparables. Plusieurs de ces indicateurs ont évolué en 2020, dans leur conception, les conditions de leur établissement ou la mise à disposition de leurs résultats en vue de leur audit.

Les conventions d'objectifs et de gestion avec l'État fixent des objectifs d'amélioration du niveau des indicateurs en vigueur.

### Des enjeux financiers qui dépassent le seul régime général

#### *Les produits soumis à certification*

Le réseau des URSSAF recouvre les cotisations et contributions sociales, des impôts et taxes affectés et des produits divers pour le compte des branches du régime général (363,6 Md€ en 2020, contre 374,4 Md€ en 2019).

Pour le financement des charges liées à l'activité des branches du régime général, l'ACOSS reçoit par ailleurs des produits de l'État et des collectivités locales et des transferts internes à la sécurité sociale (126,8 Md€, contre 116,6 Md€ en 2019).

Enfin, le réseau des URSSAF agit pour le compte de plus de 800 attributaires relevant de la sécurité sociale – autres régimes de sécurité sociale, Fonds de solidarité vieillesse, Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) – ou non – Unédic, État et autorités organisatrices de la mobilité notamment (105,6 Md€ contre 109,2 Md€ en 2019).

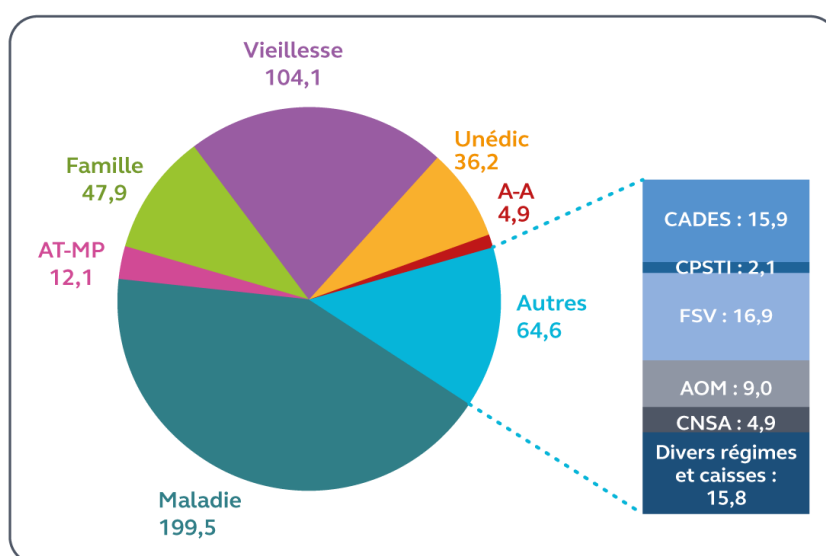
**Tableau n° 1 : produits et charges soumis à certification (2020)**

Produits soumis à la certification de la Cour	Md€	Charges soumises à la certification	Md€
Produits recouverts par le réseau des URSSAF pour les branches du régime général	363,6	Charges des branches du régime général	474,1
Produits apportés au régime général par l'État et des transferts internes à la sécurité sociale	74,2		
<i>Sous-total régime général</i>	<i>437,8</i>		<i>474,1</i>
Produits apportés par l'État et les collectivités territoriales (hors régime général)	52,6	Prestations versées pour le compte de l'État et des collectivités territoriales	52,6
Produits recouverts par le réseau des URSSAF pour d'autres attributaires (hors régime général)	105,6		
<b>Total</b>	<b>596,1</b>	<b>Total</b>	<b>526,6</b>

Source : Cour des comptes

Au total, les produits soumis à la certification de la Cour ont atteint 596,1 Md€ en 2020, soit 26 % du PIB (à comparer à 600,2 Md€ en 2019, représentant 24,7 % du PIB). Leur répartition entre leurs destinataires était la suivante.

**Graphique n° 1 : destinataires des produits entrant dans le champ de la mission de certification de la Cour en 2020 (en Md€)**



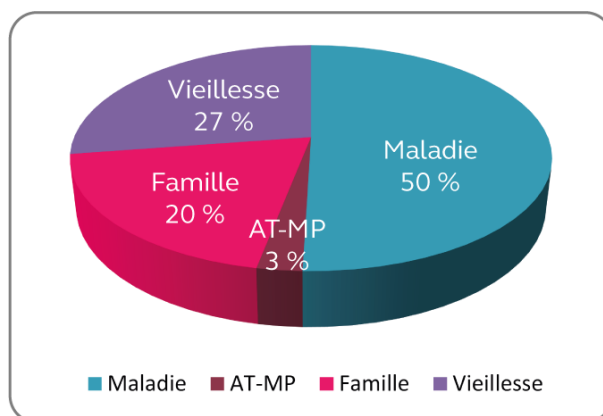
A-A : AGIRC-ARRCO.

Source : Cour des comptes

#### *Les charges soumises à certification*

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

**Graphique n° 2 : la répartition des charges par branche du régime général (% des charges - 2020)**



Source : Cour des comptes

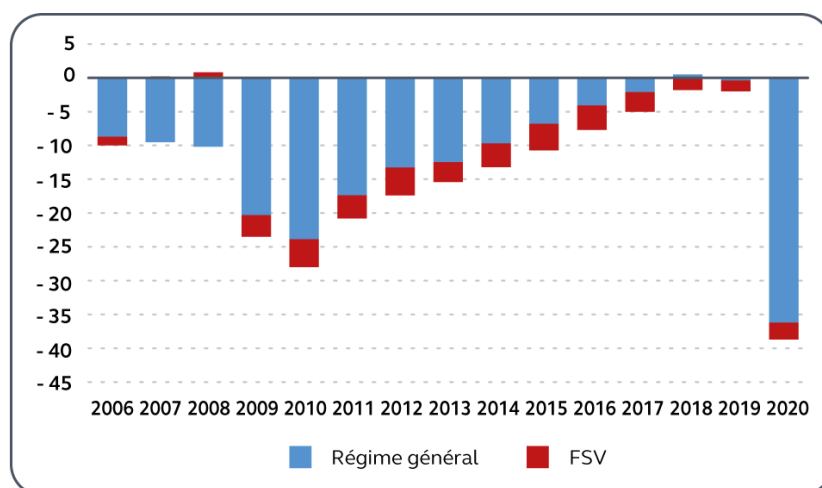
Ces charges atteignent, en incluant celles financées par des tiers (soit 51,5 Md€ pour la branche famille et 1,2 Md€ pour la branche maladie), 526,6 Md€ en 2020, contre 491,1 Md€ en 2019.

**Présentation des opinions formulées par la Cour sur les comptes de 2020**

Pour le régime général de sécurité sociale, l'exercice 2020 est un exercice exceptionnel, marqué par le choc que constitue la crise sanitaire.

En 2020, le **déficit du régime général** a atteint un niveau inédit de 36,2 Md€. En incluant le solde du Fonds de solidarité vieillesse (FSV), entité étroitement liée à la branche vieillesse du régime général, le déficit s'est établi à 38,7 Md€.

**Graphique n° 3 : évolution du solde du régime général et du FSV de 2006 à 2020 (en Md€)**



Cette situation exceptionnelle a conduit les pouvoirs publics à décider la reprise par la CADES<sup>4</sup> des déficits accumulés au 31 décembre 2019 de l'assurance maladie et du FSV et, dans la limite de 92 Md€, des déficits prévisionnels des exercices 2020 à 2023 des branches maladie, vieillesse et famille du régime général, ainsi que du FSV et du régime de retraite des exploitants agricoles.

Les produits ont baissé en valeur absolue, sous l'effet de la chute de l'activité économique et de la substitution d'allocations d'activité partielle, sur lesquelles les prélèvements sociaux sont moins élevés, à une partie des salaires. Pour leur part, les charges ont augmenté de plus de 30 Md€, en raison notamment de la hausse des dépréciations de créances sur les cotisants et de mesures exceptionnelles financées par l'assurance maladie.

<sup>4</sup> Voir la loi organique n°2020-991 et la loi ordinaire n°2020-992 du 7 août 2020 relatives à la dette sociale et à l'autonomie.

**Les comptes traduisent en effet la diversité et l'importance des mesures nouvelles décidées par les pouvoirs publics face à la crise sanitaire. Les organismes de sécurité sociale jouent un rôle majeur dans cette crise, notamment par la mise en œuvre de mesures exceptionnelles de soutien aux entreprises employant des salariés et aux travailleurs indépendants (possibilités de reports de paiement des prélèvements sociaux pour l'ensemble des cotisants, aides ciblées en faveur de ceux qui sont les plus affectés par les mesures administratives de fermeture d'activités liées à la crise) et de financement des acteurs du système de santé (concours exceptionnels aux établissements de santé et médico-sociaux et aux professionnels de ville). Ils ont fait preuve d'une grande capacité d'adaptation, en assurant la continuité du service des prestations et de leur financement.**

Les mesures prises ont pu entraîner un élargissement des missions de la sécurité sociale (*Contact tracing* des personnes ayant été en contact avec une personne infectée, mission nouvelle vers laquelle la CNAM a dû redéployer une part significative des effectifs de l'assurance maladie) ou son intervention sur des champs nouveaux, dans des conditions juridiques parfois imprécises (avances de trésorerie aux établissements de santé pour compenser des recettes des assurances maladie complémentaires), dans un contexte d'urgence et d'évolution rapide de situations difficiles à appréhender (éligibilité de certains cotisants à une mesure exceptionnelle d'exonération et d'aide au paiement des prélèvements sociaux, par exemple). Certains dispositifs ayant une incidence directe sur ses recettes ont par ailleurs changé d'échelle (extension massive du recours à l'activité partielle). Le tableau ci-dessous précise les principales mesures et leur impact sur les comptes de l'exercice 2020<sup>5</sup>.

---

<sup>5</sup> Les montants ici indiqués sont des montants bruts. Toutes ces mesures ne sont pas traduites par des charges supplémentaires, certaines visant à compenser de moindres financements par les organismes de sécurité sociale.



**Tableau n° 2 : principales mesures affectant les comptes  
du régime général en 2020**

Mesures	Impact sur les comptes 2020 <sup>6</sup>
<b>Recouvrement</b>	
Reports du versement des cotisations, délais de paiement et plans d'apurement : augmentation des créances de l'exercice sur les cotisants	14,1 Md€
Changement d'échelle de l'activité partielle, dont les allocations sont exonérées de cotisations et soumises à un taux réduit de CSG (6,2 % au lieu de 9,2 %)	1,07 Md€ <sup>7</sup>
Dispositif d'activité partielle pour les particuliers employeurs gérés par les URSSAF	0,24 Md€
Abattement de 50 % du revenu retenu pour le calcul des prélèvements sociaux des travaux indépendants	7,9 Md€
Exonérations et aides au paiement aux entreprises des secteurs particulièrement touchés (compensées par le budget de l'état)	3,4 Md€ <sup>8</sup>
Aides exceptionnelles attribuées par les URSSAF aux travailleurs indépendants (pour le compte du CPSTI)	0,98 Md€
<b>Maladie</b>	
Dotation exceptionnelle de l'assurance maladie à Santé publique France	4,8 Md€
Mise en place d'une garantie de financement des établissements de santé	> 3 Md€
Prise en charge des surcoûts et des pertes de recettes liées au reste à charge dans les établissements de santé	Environ 3,2 Md€
Prime exceptionnelle pour les personnels des établissements de santé	1,3 Md€
Instauration d'un dispositif d'indemnisation pour perte d'activité des professionnels de santé	1,4 Md€
Avances versées aux établissements de santé afin de compenser des recettes provenant des assurances maladie complémentaires (ticket modérateur, forfait hospitalier, etc..)	1,3 Md€ <sup>9</sup>
Indemnités journalières dérogatoires dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire	1,5 Md€
Prise en charge des tests de dépistage « covid » en ville et en établissements de santé	> 2 Md€
<b>Famille</b>	
Majoration de l'allocation de rentrée scolaire	0,5 Md€
Versement d'aides exceptionnelles aux ménages à bas revenus (financées par le budget de l'État)	1,9 Md€
Dispositif exceptionnel de soutien aux structures intervenant dans le domaine de l'action sociale des CAF	0,7 Md€

Source : Cour des comptes

<sup>6</sup> Données provisoires.

<sup>7</sup> Le chiffrage porte uniquement sur l'impact du changement de taux de CSG. L'impact sur les autres cotisations sociales n'a pas été précisé à la Cour.

<sup>8</sup> Montant inscrit dans les comptes au titre de l'année 2020.

<sup>9</sup> Impact en trésorerie.

S'ajoutant à des dispositifs déjà complexes et étant mises en œuvre rapidement, ces mesures ont souvent fait l'objet de plusieurs textes d'application successifs, pour prolonger leur durée, étendre leur champ ou les adapter aux évolutions de la crise, dans des conditions juridiques parfois incertaines. Elles suscitent souvent des interrogations sur les conditions de leur application, le contrôle des sommes versées ou non recouvrées ou le traitement comptable de ces dernières. Les réponses apportées sur ce point aux organismes du régime général comme à la Cour ne l'ont souvent été que de manière progressive ou restent en attente, comme l'ont montré les travaux d'audit.

Dans le contexte de consignes données par les pouvoirs publics, pour mettre en place les mesures nouvelles et recentrer leur activité sur les enjeux prioritaires de continuité des droits et du versement des prestations et de soutien aux entreprises, **les organismes nationaux ont procédé à des adaptations de leurs dispositifs de contrôle interne.**

Les suppressions ou allègements d'actions de contrôle, mis en œuvre à titre temporaire, durant les phases les plus aiguës de la crise sanitaire, ou ayant couru tout au long de l'année, font que l'exercice 2020 présente un caractère exceptionnel. Ils ont conduit à fragiliser un socle de contrôle interne qui présentait souvent des faiblesses (21 des 28 réserves formulées par la Cour sur les comptes de l'exercice 2019 portaient sur des faiblesses des dispositifs de contrôle interne).

Des faiblesses persistantes du contrôle interne sont à nouveau constatées en 2020. Elles se traduisent notamment par les valeurs toujours élevées, voire croissantes, des indicateurs de risque financier résiduel qui mesurent les erreurs qui continuent à affecter les prestations retracées par les états financiers des branches du régime général de sécurité sociale, malgré les dispositifs de contrôle interne qui ont pour objet de les prévenir ou de les corriger. Ces erreurs se traduisent par le versement de prestations non conformes aux droits des assurés, des allocataires ou des acteurs du système de santé, en leur faveur (versements de sommes indues) ou à leur détriment (rappels qui seraient à effectuer).

Ainsi, une prestation de retraite nouvellement attribuée sur six a été affectée d'au moins une erreur de portée financière. C'est également le cas d'une indemnité journalière sur douze. Le total des erreurs liées à des données déclaratives non corrigées, qui affectent encore neuf mois après leur mise en paiement les primes d'activité versées en 2020, équivaut à un près d'un quart des montants versés ; la proportion est d'un près d'un cinquième pour le revenu de solidarité active.

Si l'exercice 2020 se caractérise ainsi par des circonstances exceptionnelles, la qualité des comptes dépend directement des conditions de mise en œuvre du contrôle interne. Il entre dans la mission de certification de la Cour de relever les cas où la suspension ou la réduction des contrôles a des effets significatifs sur la fiabilité des états financiers.

**Les mesures d'allègement des objectifs de contrôle interne  
du fait de la crise sanitaire**

**Pour l'activité de recouvrement :**

- allègement des modalités de mise en œuvre de certains plans de contrôle (fréquence, taille des échantillons, ...)
- absence de contrôle ou contrôles insuffisants sur des risques apparus lors de la crise ;
- réduction des objectifs de cotation des risques dans la cartographie ;
- allègement des programmes de travail et de l'ampleur des audits internes.

**Pour la branche maladie :**

- révision à la baisse des objectifs de la lutte contre la fraude (115 M€ contre 260 M€) ;
- suspension des contrôles sur la facturation des séjours par les établissements de santé et des contrôles sur personne par le service médical ;
- étalement sur deux ans du programme de contrôles ciblés de facturation de certaines professions (176 000 contrôles en 2020 contre 518 000 en 2019) ;
- réduction du nombre de contrôles automatisés et dé-priorisation d'activités de contrôle ;
- dispense d'envoi des pièces justificatives par les professionnels de santé (3,3 Md€).

**Pour la branche famille :**

- réduction des supervisions internes aux services ordonnateurs de - 40 % ;
- réduction des contrôles sur place des données déclaratives des allocataires de - 50 % ;
- réduction des contrôles sur pièces des données déclaratives des allocataires sélectionnés par *datamining* de - 30 % ;
- réduction des contrôles sur pièces des opérations effectuées par les CAF de - 10 %.

**Pour la branche vieillesse :**

Abaissement, durant le premier confinement, des seuils minimaux de contrôle des directions comptables et financières à 20 % pour l'ensemble des droits, contre 40 % à 70 % habituellement selon le type de droit (5 % pour les dossiers relatifs aux travailleurs indépendants traités dans l'application qui leur est dédiée, contre 15 % habituellement) ; à partir du 20 avril 2020, retour progressif aux seuils minimaux de contrôle habituels.

Enfin, l'exercice 2020 s'est traduit par **des conditions particulières de conduite des travaux de certification.**

S'agissant de l'audit des dispositifs de contrôle interne engagé lors des missions intermédiaires, la Cour tient à souligner la mobilisation des organismes de sécurité sociale, qui a permis la réalisation de la très grande majorité des travaux prévus, généralement à distance pour les agents des organismes de sécurité sociale concernés et les auditeurs de la Cour, et dans des conditions rendues difficiles par la multiplicité des applications informatiques abritant des données nécessaires à l'audit.

Néanmoins, dans les domaines les plus exposés à des risques de portée financière affectant la fiabilité des comptes, la Cour a dû constater des retards ou des absences de transmission d'éléments probants et, par voie de conséquence, des limitations à ses travaux. Le nombre de ces limitations a sensiblement augmenté en 2020. Pour une part, les opinions formulées dans le présent rapport sont le reflet de ce constat.

Pour l'audit des comptes mené principalement lors des missions finales, la situation a été également exceptionnelle en 2020.

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

Au titre des exercices précédents, la Cour avait formulé plusieurs réserves motivées par des désaccords ou des limitations concernant le calcul d'estimations comptables<sup>10</sup> et le rattachement de certains produits à l'exercice, de nature à affecter de manière significative le résultat de l'exercice.

---

<sup>10</sup> Les produits du recouvrement et les charges de prestations que les organismes de sécurité sociale comptabilisent, depuis 1996, en droits constatés, doivent être rattachés à l'exercice qui a vu naître les droits et obligations, indépendamment d'une entrée ou d'une sortie de trésorerie. Les produits à recevoir, les dépréciations de créances, les charges à payer et les provisions inscrit(e)s dans les comptes permettent de retracer l'ensemble des droits et obligations au 31 décembre de l'exercice.

L'exercice 2020 se caractérise par une importance inédite des incertitudes ou parfois des désaccords portant sur les enregistrements ou les estimations comptables, ce qui affecte les produits, les charges ainsi que les créances, les dettes ou les provisions.

La Cour ne peut que relever le nombre important d'opérations exceptionnelles, conduisant à des constats de désaccords sur les modalités retenues pour les enregistrer en comptabilité, voire l'absence de tout enregistrement<sup>11</sup>, dans un contexte parfois marqué par l'absence de cadre juridique qui l'autoriserait<sup>12</sup>. Leur nombre, leur ampleur et la faiblesse des éléments d'analyse ou de justification<sup>13</sup> apportés par les producteurs des comptes ont contribué aux opinions formulées dans le présent rapport.

\*\*

Les conséquences de la crise sanitaire, dans ses différentes dimensions, sont donc considérables. Le principal effet en matière de certification des comptes du régime général est une rupture dans la trajectoire de levée des réserves, sur laquelle les organismes nationaux et leurs tutelles s'étaient engagés depuis plusieurs années et qui avait permis à la Cour de certifier les comptes du régime général de sécurité sociale depuis l'exercice 2013, puis de réduire le nombre de ses réserves sur les comptes, passé de 33 pour l'exercice 2013 à 28 pour l'exercice 2019.

La situation exceptionnelle propre à l'année 2020 ne doit pas pour autant réduire l'importance de certains progrès, au rythme des évolutions législatives et réglementaires ou des systèmes d'information. Plusieurs projets de grande ampleur ont ainsi été poursuivis :

- la mise en œuvre du dispositif ressources mensualisé (DRM), intégré au système d'information de la branche famille en 2020 et dont les données ont commencé à être utilisées pour le calcul des aides au logement en fonction des revenus contemporains depuis janvier 2021 ;
- pour la branche vieillesse, la préparation technique de la mise en œuvre, en 2021, du répertoire de gestion des carrières unique (RGCU) et l'achèvement de la conception du nouvel outil de régularisation des carrières avant la liquidation des droits à retraite (SYRCA) ;

---

<sup>11</sup> Ainsi, les exonérations de cotisations et l'aide au paiement des prélèvements sociaux non estimées au-delà des déclarations effectuées en février 2021.

<sup>12</sup> Calcul des cotisations et contributions sociales des travailleurs indépendants, avances compensant aux établissements de santé des recettes provenant habituellement des assurances maladie complémentaires.

<sup>13</sup> Dépréciations des créances de prélèvements sociaux sur les cotisants nées en 2020.

- le développement des télétransmissions et des échanges dématérialisés entre les assurés et les organismes, accéléré par la crise sanitaire.

Les branches du régime général et l'activité de recouvrement ont, par ailleurs, été affectées différemment par la crise sanitaire, n'ayant pas toutes eu à prendre en charge des mesures nouvelles, ni appliqué les mêmes dispositions d'allègement du contrôle interne ou enregistré des opérations comptables suscitant des désaccords.

Au regard de l'ensemble des éléments de contexte et constats qui précèdent, la Cour formule les neuf opinions suivantes :

- compte tenu de leur portée particulière, les incertitudes qui affectent les comptes de l'activité de recouvrement n'ont pas permis à la Cour d'exprimer une opinion sur ces derniers ;
- la branche maladie a présenté des comptes qui sont certifiés avec sept réserves, soit deux de plus qu'en 2019 ;
- la branche accidents du travail – maladies professionnelles a présenté des comptes qui sont certifiés avec six réserves, soit une de plus qu'en 2019 ;
- la branche famille a présenté des comptes qui sont certifiés avec quatre réserves, soit une de plus qu'en 2019 ;
- la branche vieillesse a présenté des comptes qui sont certifiés avec cinq réserves, soit deux de plus qu'en 2019 ;
- les comptes des organismes nationaux sont certifiés avec des réserves, fondées comme en 2019 sur les constats relatifs à leurs activités propres et, le cas échéant, sur les constats de l'opinion formulée sur les comptes de la branche ou activité qui concernent également leurs comptes.

Au total, sur les comptes combinés des seules branches du régime général (hors activité de recouvrement), la Cour formule six réserves supplémentaires en 2020 (22 réserves, contre 16 en 2019).

\*

\*\*

Les principales observations formulées par la Cour sur les comptes de 2020 sont les suivantes.

### Activité de recouvrement

Le réseau des URSSAF a été fortement sollicité tout au long de l'année 2020 pour mettre en œuvre des mesures visant à atténuer les conséquences des mesures de restriction d'activités sur la situation financière des employeurs de salariés comme des travailleurs indépendants. Ces mesures, mises en œuvre dans des délais très contraints, ont fortement mobilisé et affecté la mission même des organismes du recouvrement, compte tenu des reports massifs de prélèvements sociaux et de la suspension de toute activité de recouvrement amiable et forcé du mois de mars jusqu'à la fin de l'année.

Dans ce contexte, les modifications apportées aux modalités d'appel des cotisations et contributions sociales des travailleurs indépendants au cours de l'année (report des appels, abattement du revenu servant de base au calcul des appels provisionnels, puis suspension des paiements) débouchent sur un risque significatif de sous-évaluation des produits liés à ces appels. En outre, le montant comptabilisé des exonérations et de l'aide au paiement aux employeurs les plus affectés par les mesures administratives liées à la crise sanitaire ne revêt pas un caractère exhaustif. Enfin, les méthodes d'estimation des dépréciations de créances sur les cotisants ont été modifiées, afin de prendre en compte les spécificités des créances nées au cours de l'année 2020. Si une méthode *ad hoc* n'était pas contestable en soi, elle a été appliquée, sans justification suffisante, à une partie seulement des créances avec des taux conventionnels, choisis au sein d'un large éventail. Il ressort de ces trois constats des incertitudes majeures et des désaccords sur les comptes de l'activité de recouvrement et les montants notifiés à ses attributaires.

Par ailleurs, les travaux structurels engagés afin d'améliorer l'efficacité du dispositif de maîtrise des risques ont été réduits. Si la plupart des chantiers se sont poursuivis (par exemple, les travaux visant à adapter les référentiels de procédure nationaux et à rénover les processus majeurs de l'activité de recouvrement ou la finalisation de la cartographie des risques du centre national Pajemploi), ils ne pourront avoir de traduction qu'au mieux en 2021. En conséquence, peu de progrès ont pu être constatés en 2020.

C'est le cas notamment des travaux portant sur la définition d'indicateurs synthétiques mesurant les risques financiers résiduels relatifs aux données déclarées par les cotisants et aux opérations effectuées par les organismes du recouvrement, qui ont très peu progressé. Contrairement aux branches de prestations du régime général, cette absence limite les possibilités d'appréciation de l'efficacité des dispositifs de contrôle interne, *a fortiori* dans le contexte de l'année 2020, où de tels indicateurs auraient fourni des éléments utiles pour apprécier les impacts financiers des circonstances exceptionnelles de gestion liées à la crise sanitaire.

La Cour relève qu'en l'absence de tels indicateurs, les estimations par l'ACOSS du manque à gagner de prélèvements sociaux, à partir des résultats du contrôle des cotisants, portent sur des montants élevés : de 3,6 à 4,8 Md€ pour les employeurs du secteur privé et de 0,6 Md€ à 0,9 Md€ pour les micro-entrepreneurs. Pour autant, le périmètre et la méthodologie de ces estimations conduisent à minorer la mesure.

Plusieurs dispositifs de contrôle interne ont été suspendus, réduits ou reportés. Cet allègement de dispositifs, qui ne procuraient déjà qu'une assurance limitée, accentue les défauts de la maîtrise par l'ACOSS et les URSSAF des risques liés à leurs activités. Dans le contexte de la crise, les faiblesses persistantes qui caractérisent les processus habituels de gestion se sont donc accentuées et les nouveaux dispositifs déployés au cours de l'année ont eux aussi été insuffisamment couverts par des dispositifs de contrôle interne. Ainsi, la suspension du recouvrement amiable et forcé et l'ajournement de l'envoi des plans d'apurement induisent des incertitudes majeures sur la recouvrabilité des créances. Le caractère insuffisant des actions de maîtrise des risques affecte de même la justification des montants des exonérations et de l'aide au paiement en faveur des entreprises les plus touchées par la crise sanitaire.

Enfin, des incertitudes affectent une partie des produits à recevoir de remises dues par les entreprises pharmaceutiques calculés par le comité économique des produits de santé (CEPS), l'ensemble des éléments nécessaires à leur calcul n'étant pas disponibles, tandis que la procédure de suivi des litiges ne permet pas de garantir leur correct provisionnement.

**Dans le contexte particulier de l'année 2020, la Cour constate qu'elle est dans l'impossibilité d'exprimer une opinion sur les comptes de l'activité de recouvrement, pour cinq motifs cumulatifs.**

**S'agissant des comptes annuels de l'ACOSS, moins affectés par les adaptations et limites liées à ce contexte, deux réserves sont formulées.**

### **Branches maladie et AT-MP**

Les branches maladie et AT-MP affichent un déficit agrégé sans précédent de 30,7 Md€.

Dans le contexte inédit de la crise sanitaire, de nombreuses mesures nouvelles adoptées par le législateur sont venues prolonger la durée des droits de certains assurés, modifier les modalités de financement des établissements de santé, couvrir les pertes d'activité des professionnels de santé libéraux ou encore accélérer le développement de la télésanté.



Le dispositif de contrôle interne n'a pas toujours pris en compte ces évolutions. En outre, de nombreuses mesures d'allègement ou de suspension des contrôles de toute nature ont été mises en œuvre sur une grande partie, voire toute l'année. Ainsi, les incidences de la crise sanitaire sont venues s'ajouter aux faiblesses structurelles du contrôle interne, déjà relevées par la Cour. Sauf exception, la CNAM n'a pas évalué les impacts financiers des risques amplifiés ou nouveaux.

Indépendamment de ces évolutions, l'audit de certification mené par la Cour a confirmé les limites et insuffisances persistantes *a fortiori* accrues, et partiellement évaluées, des dispositifs de maîtrise des risques de portée financière auxquels sont exposées les branches maladie et AT-MP, qui portent notamment sur les systèmes d'information, les droits des assurés, les prises en charge de dépenses de soins de ville et en établissements de santé et les indemnités journalières.

À cet égard, l'indicateur de risque financier résiduel des frais de santé facturés directement à l'assurance maladie a fait l'objet d'une correction en 2020, à la suite du réexamen par la Cour de ses modalités de calcul. Tous risques confondus, 6,0 % des prises en charge ont été affectées par des erreurs de portée financière en 2020. L'incidence financière de ces erreurs, pour l'essentiel au détriment de l'assurance maladie, atteint au moins 1,9 Md€, sur 81,5 Md€ de règlements pris en compte dans cet indicateur. Ce niveau est deux fois plus élevé que celui jusque-là calculé par la CNAM, du fait de la correction opérée.

Pour sa part, en 2020, le risque financier résiduel relatif aux indemnités journalières, tel que mesuré par la CNAM, concerne 8,1 % des prestations versées tous risques confondus (17,8 Md€). Il atteint au moins 0,3 Md€ en 2020, principalement au détriment de l'assurance maladie.

Ces mesures retracent encore de manière incomplète les anomalies qui affectent les principales prestations d'assurance maladie. En particulier, la portée financière du surnombre d'assurés ayant des droits ouverts à une prise en charge de leurs frais de santé sans en remplir les conditions n'a pu être appréciée dans le cadre de l'audit. Sur ce champ incomplet, les mesures d'erreurs manquent toujours de fiabilité.

Sur un aspect déterminant pour la fiabilité des comptes de l'assurance maladie, mais aussi pour le paiement à bon droit des prestations sociales et le bon emploi des prélèvements sociaux et des impôts affectés à son financement, la CNAM doit mener les travaux nécessaires pour disposer d'une représentation fiable des erreurs de portée financière, y compris celles liées à des fraudes, en mobilisant l'ensemble des ressources statistiques en son sein.

Enfin, un grand nombre de limitations et de désaccords continue d'affecter l'établissement et la justification des états financiers. C'est le cas en particulier cette année de la garantie de financement des établissements de santé, des avances de trésorerie dont le montant enregistré dans les comptes n'a pu être fiabilisé, ou encore de certaines créances et provisions, sans compter les motifs d'incertitudes et de désaccords sur les comptes de l'activité de recouvrement qui affectent les principaux postes de produits et de créances de cotisations et de contributions sociales des branches.

La Cour souligne aussi que les éléments de justification des comptes qui lui sont produits par la CNAM ont une densité et une qualité insuffisantes, ce qui entraîne des limitations à l'audit.

**Pour l'exercice 2020, la Cour certifie les comptes de la branche maladie avec sept réserves, ceux de la branche AT-MP avec six réserves et ceux de la CNAM avec deux réserves.**

### **Branche famille**

En 2020, les organismes de la branche famille ont eux aussi exercé leurs missions dans un contexte marqué par la crise sanitaire, qui les a conduits, afin d'assurer la continuité des ressources des allocataires, à adapter leur organisation et à alléger leur dispositif de contrôle interne.

Ainsi, les montants d'indus et de rappels détectés en 2020 par des contrôles sur pièces ou sur place ont diminué (1,1 Md€ au total, contre 1,2 Md€ en 2019) face à des risques d'erreurs déclaratives qui, eux, ne se sont pas réduits.

Le constat récurrent de l'insuffisance des actions de contrôle au regard du niveau des risques affectant les données déclarées par les allocataires souligne la nécessité d'étendre l'acquisition d'une partie de ces données directement auprès de tiers (employeurs, autres organismes sociaux et administrations de l'État). À cet égard, la menée à bien des chantiers, engagés par la CNAF, visant à utiliser les données rassemblées dans le dispositif ressources mutualisé, mis en place pour calculer les aides au logement en fonction des revenus contemporains, pour attribuer également le RSA et la prime d'activité est un enjeu essentiel pour le paiement à bon droit de ces prestations et la fiabilité des comptes.

Par ailleurs, si le risque financier résiduel propre aux opérations effectuées par la branche (« métier ») s'améliore par rapport à 2019 (il représente 1,4 % du montant des prestations légales, soit 1 Md€), cette évolution doit être appréciée avec prudence car l'échantillon servant au calcul de l'indicateur se fonde sur une période (novembre 2019 – mars 2020) non affectée par la crise sanitaire.

Passées les conséquences immédiates de la crise sanitaire, il convient que la CNAF continue à améliorer la fiabilité des mesures des erreurs internes aux CAF, comme celles liées aux données déclarées par les allocataires, et rétablisse les évaluations de la fraude aux prestations légales et des erreurs affectant les prestations d'action sociale, suspendues dans le contexte exceptionnel de l'année 2020.

Les motifs d'incertitudes et de désaccords sur les comptes de l'activité de recouvrement affectent également des postes de produits et de créances de cotisations et de contributions sociales de la branche.

**La Cour formule quatre réserves sur les comptes combinés de la branche famille et deux réserves sur les comptes annuels de la CNAF de l'exercice 2020.**

### **Branche vieillesse**

En 2020, la branche vieillesse a pris directement en charge la liquidation des retraites des artisans et commerçants, à la suite de la suppression du régime social des indépendants (RSI), définitivement achevée au 31 décembre 2019.

La CNAV a apporté en 2020 certaines améliorations au dispositif de maîtrise des risques d'inexactitude ou d'absence d'exhaustivité des opérations effectuées par les caisses de retraite.

Toutefois, les erreurs à caractère définitif qui affectent les prestations de retraite nouvellement attribuées (831 000 en 2020) ont continué à augmenter, alors même que la branche vieillesse est celle dont le fonctionnement habituel a été le moins affecté par le contexte de crise sanitaire. Ainsi, une prestation sur six nouvellement attribuée ou révisée en 2020 a comporté au moins une erreur financière en faveur ou au détriment des assurés. Dans plusieurs caisses métropolitaines, cette proportion atteint une prestation sur cinq.

Entre 2016 et 2020, la proportion des prestations de retraite affectées par une erreur de portée financière a augmenté de près de moitié, de 11,5 % à 16,4 %, et l'incidence financière de ces erreurs a plus que doublé, de 0,9 % à 1,9 % du montant des prestations nouvelles.

Les erreurs qui portent sur le montant mensuel des pensions de retraite affectent la situation des assurés et les charges de la branche vieillesse pendant toute la durée du service de ces prestations. Ainsi, les erreurs intervenues en 2020, si elles ne sont pas recherchées et corrigées *a posteriori*, auront un impact financier cumulatif de 1,6 Md€ au titre du paiement de ces prestations leur vie durant aux personnes nouvellement retraitées, contre 1,1 Md€ pour celles de l'année précédente.

Pour leur part, la fréquence et l'incidence financière des erreurs résiduelles affectant les retraites des travailleurs indépendants traitées dans l'outil hérité de l'ex-RSI, restent à un faible niveau (2,9 % et 0,2 % en 2020, contre 3,1 % et 0,3 % en 2019, respectivement). Compte tenu des modalités d'établissement de ces indicateurs, la représentation qu'ils procurent des risques résiduels affectant les retraites de base est cependant minorée. Ces modalités doivent donc être adaptées.

Année après année, la dégradation continue des indicateurs de risque financier résiduel traduit une efficacité déclinante des dispositifs de maîtrise des risques de la branche vieillesse et l'absence de mise en œuvre par la CNAV d'actions efficaces à même de redresser ses résultats dans le domaine essentiel que constitue le paiement à bon droit des retraites.

Si la CNAV estime que la mise en œuvre, en 2021, du répertoire de gestion des carrières unique (*RGCU*) et du système de régularisation des carrières (*SYRCA*) pourrait lui permettre de franchir un palier dans la fiabilisation des données prises en compte pour attribuer les retraites, une attention particulière devra être portée à la maîtrise des risques liés à leur appropriation par les agents de la branche.

Les motifs d'incertitudes et de désaccords sur les comptes de l'activité de recouvrement affectent également des postes de produits et de créances de cotisations sociales de la branche.

**Du fait de ces constats, la Cour formule cinq réserves sur les comptes combinés de la branche vieillesse et deux réserves sur les comptes annuels de la CNAV de l'exercice 2020.**

\*  
\*\*

L'exercice 2020 ayant mis en lumière la fragilité des dispositifs de contrôle interne, de nouveaux progrès sont indispensables pour les renforcer et fiabiliser ou mettre en place les indicateurs permettant d'apprécier leur efficacité et améliorer la fiabilité des comptes soumis à certification.

Si les situations de crise appellent une adaptation du service public, pouvant entraîner des aménagements temporaires et limités des contrôles, la qualité du service rendu aux assurés sociaux et le bon emploi des prélèvements sociaux et des impôts affectés au financement de la sécurité sociale nécessitent que le paiement à bon droit des prestations soit assuré. Or ce dernier est directement affecté par le niveau élevé des erreurs qui n'ont pas été prévenues ou détectées par des actions de contrôle, y compris celles visant spécifiquement les fraudes. Ces faiblesses concernent aussi l'exhaustivité du recouvrement des prélèvements sociaux.

Plusieurs axes d'amélioration prioritaires pour les prochains exercices découlent ainsi des constats portés par la Cour sur les états financiers du régime général de l'exercice 2020 :

- une action résolue pour réduire puis faire disparaître les incertitudes constatées dans les enregistrements et les estimations comptables ;
- la réduction à la source des risques liés à la production des prestations et des prélèvements sociaux, par la menée à bien des chantiers de contrôle interne et informatiques nécessaires, le développement des contrôles automatisés et des échanges de données numérisées et l'intégration systématique aux applications informatiques d'aides à la décision à l'attention des agents ;
- sans attendre ces évolutions, l'extension des contrôles palliatifs portant sur les processus à forts enjeux financiers, la finalisation de la mise en place des mesures du risque financier résiduel quand elles font défaut (activité de recouvrement) et la fiabilisation des mesures existantes (assurance maladie notamment). L'absence ou le manque de fiabilité des indicateurs de risque résiduel entraîne, en effet, une incertitude sur l'efficacité des dispositifs de maîtrise des risques ayant une incidence sur les comptes ;
- l'évaluation précoce des incidences comptables, pour le régime général, des dispositions législatives et réglementaires relatives à l'affectation d'impôts et taxes à la sécurité sociale et à leur répartition entre les branches.

Enfin, l'avancement du calendrier de dépôt du compte général de l'État invite à examiner les conditions dans lesquelles l'établissement des états financiers du régime général pourrait lui aussi être adapté.

À ce titre, il devrait être tenu compte de deux impératifs : une transmission plus précoce à la Cour, par les organismes nationaux du régime général, des éléments de justification des comptes qui lui sont nécessaires pour apprécier la fiabilité des états financiers ; la préservation des délais incompressibles à l'exercice, par la Cour, de sa mission de certification des comptes du régime général.



# **Chapitre I**

## **Les positions de la Cour**

### **sur les comptes combinés**

#### **du régime général de l'exercice 2020**

#### **I - Les comptes combinés de l'activité de recouvrement**

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. Elle gère, avec son réseau de vingt-deux unions pour le recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (URSSAF) et quatre caisses générales de sécurité sociale (CGSS)<sup>14</sup>, 9,8 millions de comptes de cotisants.

Les comptes combinés de l'activité de recouvrement retracent les opérations de l'ACOSS et celles de chacune des URSSAF et CGSS.

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<sup>15</sup>.

Dans ces comptes combinés, 490 Md€ de produits ont été mis en recouvrement et répartis par l'ACOSS et les URSSAF pour le compte des branches du régime général, de la CADES, de l'Unédic et de plus de huit cents autres organismes tiers.

---

<sup>14</sup> Organismes de sécurité sociale qui recouvrent les prélèvements sociaux et gèrent les prestations des branches maladie, AT-MP et vieillesse en Guadeloupe, en Guyane, à la Martinique et à La Réunion.

<sup>15</sup> Cet élément explicatif n'est pas repris dans la suite du présent rapport.

## A - La position de la Cour

Au terme des vérifications dont elle rend compte au chapitre III du présent rapport, la Cour constate qu'il ne lui est pas possible d'exprimer une position sur les comptes de l'activité de recouvrement de l'exercice 2020, signés le 22 avril 2021 par le directeur et la directrice comptable et financière de l'ACOSS.

La Cour constate qu'elle est dans l'impossibilité de certifier que, au regard des règles et principes comptables qui leur sont applicables, les comptes combinés de l'activité de recouvrement de l'exercice 2020 sont réguliers et sincères et donnent une image fidèle du résultat, de la situation financière et du patrimoine de l'activité de recouvrement, en raison du caractère significatif, cumulatif et diffus des cinq motifs suivants et de leur interaction :

- **motif n°1** : les produits et créances notifiés par l'ACOSS à ses attributaires sont affectés par des incertitudes majeures et des désaccords, compte tenu des incidences des modalités d'appel en 2020 des cotisations et contributions sociales des travailleurs indépendants, des modalités d'estimation des dépréciations des créances nées en 2020 et de l'absence d'exhaustivité des montants comptabilisés au titre des dispositifs d'accompagnement des entreprises les plus affectées par la crise sanitaire ;
- **motif n°2** : les dispositifs généraux de contrôle interne, au surplus allégés sur l'exercice dans le contexte de la crise sanitaire, ne procurent qu'une assurance limitée sur la maîtrise des risques de portée financière auxquels est exposée l'activité de recouvrement ;
- **motif n°3** : en raison de faiblesses persistantes, les dispositifs de maîtrise des risques relatifs aux principaux processus de l'activité de recouvrement couvrent insuffisamment les risques de portée financière ;
- **motif n°4** : la justification des comptes est affectée par des désaccords portant sur la comptabilisation des produits et des charges ainsi que par des limitations et incertitudes portant sur les enregistrements comptables et sur les estimations comptables ;
- **motif n°5** : une partie des produits à recevoir au titre des remises dues par les entreprises pharmaceutiques est affectée par des incertitudes. La procédure de suivi des litiges gérés par le CEPS ne procure pas une assurance raisonnable sur le niveau de leur provisionnement.



En complément des principaux constats<sup>16</sup> justifiant ces motifs, plusieurs constats de moindre ampleur viennent étayer l'appréciation de la Cour. Ils confirment la situation complexe de l'année 2020, où de nombreux postes du bilan et du compte de résultat sont affectés par des limites, incertitudes ou désaccords, pour des montants moins significatifs ou qui n'ont pu être estimés par l'ACOSS.

C'est le cas, par exemple, du traitement des admissions en non-valeur (cf. constat n°20), un stock important de créances n'étant pas traitées à la clôture ; du non-assujettissement de certains revenus de remplacement au taux adéquat de CSG, effectué sans base légale (cf. constat n°21) ; de l'inadaptation du traitement comptable des mesures d'exonération des heures supplémentaires des salariés de particuliers employeurs, appliquées avec retard (cf. constat n°22) et de celui des redressements à la suite du changement de fait générateur intervenu en 2020 (cf. constat n°19) ; des exonérations de cotisations (hors celles liées à la crise sanitaire) qui n'ont fait l'objet d'aucun plan de contrôle en 2020 (cf. constat n°16).

## **B - Les motivations détaillées de la position de la Cour**

### **1 - L'évolution des constats par rapport à l'opinion exprimée sur les comptes de l'exercice 2019**

La Cour avait certifié les états financiers de l'activité de recouvrement de l'exercice 2019 en assortissant sa position de quatre réserves relatives aux dispositifs de contrôle interne général (réserve n°1), au contrôle interne des principaux processus de l'activité de recouvrement (réserve n°2), à la justification des enregistrements et estimations comptables (réserve n°3) et à l'absence de comptabilisation d'un produit à recevoir de remises des entreprises pharmaceutiques (réserve n°4).

Au 31 décembre 2020, seul le constat d'audit relatif à la partie de la taxe sur les salaires qui avait été affectée par la direction de la sécurité sociale à la compensation des exonérations de cotisations de retraite complémentaire (constat n°24) est levé, car non récurrent.

Par rapport à l'opinion exprimée sur les comptes de 2019, plusieurs constats ont été renforcés du fait de mesures prises en 2020 (notamment les constats n°14, n°15, n°16 et n°19). Les constats relatifs au cadre général du contrôle interne et aux systèmes d'information ont chacun été scindés en deux constats pour mieux en refléter les enjeux.

---

<sup>16</sup> Notamment les constats n°1, 2, 3, 4, 5, 11, 34 et 35.

Enfin, six constats nouveaux ont été introduits ou réintroduits (n°1 sur les spécificités des appels de prélèvements sociaux des travailleurs indépendants en 2020, n°2 sur l'exhaustivité des montants comptabilisés au titre des exonérations et de l'aide au paiement en faveur des entreprises particulièrement affectées par la crise sanitaire, n°3 sur les modalités spécifiques de dépréciation des créances nées au cours de l'exercice 2020, n°11 sur l'audit interne et la validation des comptes, n°17 sur le contrôle interne des exonérations et de l'aide au paiement des prélèvements sociaux décidées dans le contexte de la crise sanitaire et n°35 sur les litiges relevant du CEPS).

## 2 - Les constats sur les comptes de l'activité de recouvrement de l'exercice 2020

### *a) Des incertitudes majeures et des désaccords au titre d'enregistrements comptables liés à des mesures en faveur des cotisants*

**Motif n°1** : les produits et créances notifiés par l'ACOSS à ses attributaires sont affectés par des incertitudes majeures et des désaccords, compte tenu des incidences des modalités d'appel en 2020 des cotisations et contributions sociales des travailleurs indépendants, des modalités d'estimation des dépréciations des créances nées en 2020 et de l'absence d'exhaustivité des montants comptabilisés au titre des dispositifs d'accompagnement des entreprises les plus affectées par la crise sanitaire.

Ce motif se fonde sur les **3 constats d'audit suivant**.

**Constat n°1** : à la différence des exercices précédents, les produits de cotisations et de contributions sociales des travailleurs indépendants de l'exercice 2020 risquent d'être significativement inférieurs à ceux qui seront constatés au titre de ce même exercice, à la suite de la déclaration de leurs revenus professionnels 2020 par ces cotisants.

S'agissant des cotisations et contributions sociales des travailleurs indépendants (artisans-commerçants et professions libérales, hors micro-entrepreneurs), les pouvoirs publics ont successivement décidé, après les échéances normales d'appel de janvier et de février :

- d'un report d'office du paiement des échéances de mars à août, portant ainsi sur l'équivalent de 6 mois de prélèvements sociaux ;
- d'une mesure exceptionnelle destinée à réduire le montant des échéances de septembre à décembre 2020. Cette mesure a consisté à appliquer d'office aux cotisants, directement par les URSSAF, une assiette de prélèvements au titre de 2020 correspondant au dernier revenu déclaré, diminué de 50 %. Elle avait pour objet de préserver la trésorerie des travailleurs indépendants, en limitant les paiements à effectuer par ces derniers sur le dernier quadrimestre de l'année ;
- de la neutralisation des échéances de novembre et décembre 2020, pendant le second confinement : les échéances mensuelle et trimestrielle de novembre puis mensuelle de décembre ont été suspendues.

Contrairement au report des échéances de mars à août, cette dernière mesure a pris la forme d'une suspension des prélèvements sur les comptes bancaires des cotisants, et non des montants échus eux-mêmes. De ce fait, contrairement aux échéances précitées, des créances et produits ont été comptabilisés à ce titre et des dettes ont été créées sur les comptes des cotisants (qui pourront être intégrées à de futurs plans d'apurement).

La mesure exceptionnelle d'abattement d'office de 50 % des revenus précitée a été notifiée à l'ACOSS par le directeur de la sécurité sociale<sup>17</sup>. Dans le cadre de l'audit, le fondement juridique de cette mesure<sup>18</sup> n'a pas été établi, ce qui affecte la justification des enregistrements comptables qui en découlent.

Compte tenu des modifications ainsi apportées aux modalités d'appel des cotisations et contributions sociales en cours d'année, les créances et produits comptabilisés par l'ACOSS au titre l'exercice 2020 intègrent uniquement, selon le cas, 6 mois ou 2 trimestres d'appels<sup>19</sup>, sauf pour la minorité de cotisants qui ont utilisé la faculté qui leur était reconnue de régler des montants plus élevés.

Contrairement aux exercices précédents, pour lesquels des régularisations d'ampleur limitée au regard des produits comptabilisés sur la base des montants appelés ont été observées, les créances et produits comptabilisés en 2020 pourraient de ce fait être significativement inférieurs à ceux qui seront constatés au titre de l'exercice 2020, à la suite de la déclaration de leurs revenus professionnels 2020 par les travailleurs indépendants, en mai 2021.

Le montant maximal de la sous-estimation des produits des non-salariés par rapport à ceux qui auraient résulté d'appels réalisés sur la base des revenus 2019 peut être estimé à 7,9 Md€ en valeur brute<sup>20</sup>. Après dépréciation destinée à traduire les perspectives dégradées de recouvrement d'une partie des créances qui auraient été appelées selon les modalités habituelles, le montant net de la sous-estimation s'établit, au regard des taux de dépréciation appliqués par l'ACOSS aux créances, entre 1,9 Md€ (dépréciation selon la méthode habituelle) et 3,0 Md€ (dépréciation au taux moyen de dépréciation des créances nées en 2020).

**Constat n°2** : les produits comptabilisés au titre des dispositifs d'accompagnement des employeurs de salariés pendant la crise sanitaire (exonérations pour 1,2 Md€ et aides au paiement pour 2,2 Md€) ne sont pas exhaustifs.

<sup>17</sup> Note D-20-012094 du 2 juillet 2020.

<sup>18</sup> *A contrario*, l'article L. 131-6-2 du code de la sécurité sociale dispose que les contributions et cotisations sociales des non-salariés « sont calculées, à titre provisionnel, sur la base du revenu d'activité de l'avant-dernière année [...] Par dérogation [au deuxième alinéa], sur demande du cotisant, les cotisations provisionnelles peuvent être calculées sur la base du revenu estimé de l'année en cours ».

<sup>19</sup> Qui s'élèvent au total à 19,5 Md€ au 31 décembre 2020 (contre 25,8 Md€ en 2019).

<sup>20</sup> Ce montant se décompose en 5,5 Md€ de cotisations et 2,4 Md€ de CSG.

La loi du 30 juillet 2020 de finances rectificative pour 2020 a instauré une exonération des cotisations patronales et une aide au paiement des cotisations et contributions patronales et salariales non exonérées en faveur des employeurs de salariés relevant de secteurs d'activité particulièrement affectés par les mesures administratives adoptées durant la crise sanitaire (hôtellerie-restauration, culture, événementiel, voyages, sport, etc.). Ces aides sont intégralement compensées par le budget de l'État.

En raison de l'absence d'estimation par l'ACOSS des montants rattachables à l'exercice 2020 qui seront portés par les cotisants dans leurs déclarations mensuelles au-delà de fin février 2021, le montant des exonérations et des aides au paiement comptabilisé au titre de 2020 et notifié à l'État n'est pas exhaustif.

La Cour estime que le montant directement rattachable à des périodes de 2020 et non comptabilisé atteint *a minima* 1,2 Md€. Il concerne principalement le deuxième confinement.

Par ailleurs, les réductions de cotisations propres aux travailleurs indépendants relevant des secteurs précités, prévues par la loi de finances rectificative du 30 juillet 2020 et par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2021, appliquées en 2021 mais rattachables à l'exercice 2020, n'ont pas été estimées dans les comptes de cet exercice<sup>21</sup>. Cette absence d'estimation renforce les incertitudes relatives aux produits de l'exercice relatifs aux travailleurs indépendants (cf. constat n°1 *supra*).

**Constat n°3 :** compte tenu de la spécificité des créances sur les employeurs de salariés du secteur privé et des travailleurs indépendants nées en 2020 (19,1 Md€), l'ACOSS a défini une méthode ad hoc de dépréciation. Le choix de l'ACOSS, insuffisamment documenté, d'appliquer cette méthode à une partie seulement des créances nées en 2020 et de retenir au titre de celle-ci une hypothèse médiane de taux de dépréciation au sein d'un ensemble d'hypothèses conventionnelles engendre une incertitude sur le montant total des dépréciations de ces créances (10,6 Md€).

Alors que les limites à la méthode traditionnelle n'ont pas été levées cette année (cf. constat n°31), l'ACOSS a appliqué une méthode *ad hoc* propre aux créances nées en 2020. Ce choix apparaît opportun au regard de la nature intrinsèquement différente de la plupart des créances nées en 2020. En effet, elles résultent de facultés de report de paiement des prélèvements sociaux accordées à l'ensemble des cotisants dans le contexte

---

<sup>21</sup> Alors que 1,4 Md€ de crédits ont été ouverts au budget de l'État par les lois de finances rectificatives de l'année 2020 afin de compenser la sécurité sociale.

de la crise sanitaire. L'espérance de recouvrement des créances nées en 2020 apparaît plus élevée que les créances habituellement constatées à la clôture de l'exercice comptable, qui correspondent à des entreprises en difficulté ou à de mauvais payeurs.

Cependant, la méthode *ad hoc* de dépréciation repose sur la délimitation d'une assiette restrictive et sur l'application de taux de dépréciation conventionnels, choisis au sein d'un large éventail.

L'ACOSS a appliqué la méthode *ad hoc* à 53 % des créances nées en 2020<sup>22</sup>. Les taux moyens de dépréciation sur les créances concernées sont inférieurs à ceux qui auraient résulté de l'application de la méthode traditionnelle<sup>23</sup>.

*A contrario*, 47 % des créances nées en 2020 ont été dépréciées selon la méthode traditionnelle, avec un taux plus élevé que la méthode *ad hoc*. S'agissant des employeurs du secteur privé, la méthode *ad hoc* a en été appliquée aux seules créances intégrées à de futurs plans d'apurement, à l'exclusion notamment de toutes celles sur des entreprises de grande taille. De ce fait, le montant des dépréciations de créances apparaît potentiellement surévalué.

Par ailleurs, tant pour les créances des employeurs de salariés que pour celles des travailleurs indépendants, l'ACOSS a retenu au titre de la méthode *ad hoc* une hypothèse médiane en matière de taux de dépréciation, sans que ce choix fasse l'objet d'une documentation précise. Cet arbitrage sur le taux génère une incertitude comprise entre 1,6 Md€, correspondant à l'application des taux de dépréciation les plus faibles de l'éventail de choix et 7,1 Md€, pour les taux les plus élevés, sur le montant de dépréciations comptabilisé au titre de la méthode *ad hoc*.

L'absence d'exhaustivité du montant des exonérations et des aides au paiement « covid » (cf. constat n°2 *supra*) induit une incertitude supplémentaire sur l'estimation des dépréciations de créances sur les cotisants, des taux de dépréciation spécifiques étant appliqués aux créances entrant dans le champ de ces dispositifs.

Au cas particulier des travailleurs indépendants, la conjonction de modalités différentes d'appel des prélèvements sociaux au cours de l'année (cf. constat n°1 *supra*) et de l'application de taux conventionnels de dépréciation (cf. constat n°2 *supra*) entraîne un sur-provisionnement pouvant être estimé *a minima* à 900 M€.

---

<sup>22</sup> Sur un total de 39,7 Md€ de créances (tous exercices de naissance confondus) à la clôture.

<sup>23</sup> Sur les employeurs de salariés, les taux de dépréciation sont respectivement de 63 % pour la méthode habituelle (3,7 Md€ de dépréciations) contre 42 % (2,7 Md€) pour la méthode *ad hoc* ; sur les travailleurs indépendants, de 76 % (2,4 Md€) contre 51 % (1,8 Md€).

*b) Le cadre général du contrôle interne*

**Motif n°2 :** les dispositifs généraux de contrôle interne, au surplus allégés sur l'exercice dans le contexte de la crise sanitaire, ne procurent qu'une assurance limitée sur la maîtrise des risques de portée financière auxquels est exposée l'activité de recouvrement.

**Ce motif se fonde sur les** huit constats d'audit suivants.

**Les dispositifs généraux de contrôle interne**

**Constat n°4 :** le contexte de la crise sanitaire a conduit l'activité de recouvrement à réduire le champ et de la portée d'une partie des contrôles réalisés sur l'exercice.

La crise sanitaire s'est accompagnée d'une réduction du champ et, plus encore, de la portée des contrôles réalisés. Une partie des contrôles sur le processus de recouvrement amiable et forcé a été suspendue. Les modalités de réalisation d'autres contrôles ont, en fonction de la nature des contrôles ou des plans de charge des URSSAF, été allégées ou amendées.

Certaines activités n'ont pas fait l'objet de plans nationaux de contrôle. Des dispositifs mis en place du fait de la crise sanitaire et des risques nouveaux ou accentués par cette dernière ont été imparfaitement couverts.

Le contexte de crise sanitaire a par ailleurs conduit l'ACOSS à suspendre ou réviser des indicateurs ayant trait à la maîtrise des risques de portée financière prévus par les contrats pluriannuels de gestion des organismes de son réseau.

Enfin, s'agissant de la cartographie des risques des URSSAF, le nombre de risques à réévaluer par ces dernières a été minoré en 2020. L'ACOSS a en effet demandé une révision des risques non revus depuis plus d'un an ainsi que de ceux faisant l'objet de demandes de plan d'action de la part des auditeurs internes de la validation des comptes, l'ajustement de la cotation des autres risques étant laissée à la discrétion des URSSAF.

Le bilan national de la cartographie des risques fait apparaître une baisse du niveau de maîtrise des risques sur l'exercice. Pour une part, cette évolution reflète un changement de la grille de cotation des risques. La baisse du taux de maîtrise des risques est proportionnelle au nombre de risques évalués par une URSSAF (le taux de maîtrise se dégrade quand le nombre de risques évalués augmente).

Les consignes et l'évolution de la grille de cotation précitées ne permettent pas à la Cour de disposer d'une analyse pertinente de l'évolution du taux de maîtrise des risques par rapport à 2019.

**Constat n°5** : de manière structurelle, les limites qui affectent le périmètre et l'efficacité des dispositifs de contrôle interne continuent d'exposer l'activité de recouvrement à des risques de portée financière insuffisamment maîtrisés.

Au-delà des aspects conjoncturels liés à la crise sanitaire, des limites continuent d'affecter les dispositifs de contrôle interne. Elles concernent la cartographie des risques, les plans de contrôle, les outils, et la maîtrise des risques liés à l'utilisation par les agents des transactions sensibles.

La conception des plans nationaux de contrôle comporte des fragilités, qui tiennent notamment à la faible volumétrie des opérations contrôlées et à leurs modalités de réalisation, notamment à la prise en compte limitée de l'acuité des risques propre à chaque URSSAF dans la détermination des échantillons d'opérations contrôlées. De surcroît, les requêtes employées pour réaliser certains contrôles manquent de fiabilité.

La mise en œuvre insatisfaisante de certains plans nationaux réduit leur portée. En tout état de cause, les résultats d'une partie d'entre eux font apparaître des anomalies ou affichent des non-conformités récurrentes qui invitent à la mise en œuvre de plans d'action renforcés, notamment en matière de supervision interne aux services.

L'outil national de maîtrise des risques (ONMR) n'alerte pas l'ACOSS sur une diminution par les organismes de leurs échantillons de contrôles ou sur des conditions de réalisation dégradées de ces derniers, à la suite d'un report ou d'une suspension préalable des plans de contrôle par les organismes.

Malgré la poursuite des chantiers relatifs à la maîtrise des risques, le cadre procédural national du contrôle interne à appliquer par les URSSAF a très peu évolué sur l'exercice, ce qui affecte l'évaluation des risques et l'efficacité des moyens de maîtrise de l'activité de recouvrement. Au niveau local, le suivi et la mise à jour du cadre procédural sont hétérogènes et l'efficacité du cadre procédural contrastée dans les URSSAF auditées.

La cartographie des risques des URSSAF couvre insuffisamment certains risques, activités ou catégories de cotisants (exonérations et réduction générale des cotisations sociales, prélèvements précomptés sur les revenus de remplacement, activité du centre Pajemploi, artistes auteurs diffuseurs, notamment). Elle n'est pas reliée à la cartographie des applications informatiques. Le recensement des contrôles intégrés dans les systèmes d'information et l'évaluation de leur efficacité restent incomplets.



Près de 30 % des risques cartographiés ne sont pas couverts par des éléments de maîtrise des risques définis à l'échelon national. Les dispositifs de maîtrise des risques relatifs aux activités spécifiques de certaines URSSAF, comme celles du centre national du chèque emploi service universel (CESU), restent gérées localement et ne sont pas intégrés à l'outil national de maîtrise des risques (ONMR), ce qui réduit le champ du pilotage national du contrôle interne.

La fusion de la cartographie en vigueur des URSSAF et de celle des travailleurs indépendants, qui implique une homogénéisation préalable des méthodes, n'est pas réalisée. Si la cartographie des risques relatifs aux travailleurs indépendants a été complétée des nouveaux risques relatifs à la gestion, depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2020, de l'action sociale en faveur de ces cotisants, pour le compte du CPSTI, les autres risques n'ont pas été réévalués depuis deux ans, ce qui limite la portée de ce document pour la maîtrise des risques.

Les organismes ne disposent pas d'un outil national intégré qui leur permettrait de suivre en temps réel les anomalies relevées dans le cadre des contrôles. Dans les organismes audités, le suivi des anomalies a été perturbé par le contexte de crise sanitaire.

Les contrôles sur les transactions sensibles (lesquelles permettent de modifier manuellement les données des systèmes d'information) ont été allégés au cours du second semestre en raison du temps important qu'ils nécessitent. Ils couvrent insuffisamment les risques liés à leur utilisation.

**Constat n°6 :** contrairement aux branches du régime général versant des prestations, l'activité de recouvrement ne s'est toujours pas dotée d'indicateurs synthétiques mesurant les risques financiers résiduels liés aux données déclarées par les cotisants et aux opérations effectuées par les organismes de son réseau, ce qui limite les possibilités d'appréciation de l'efficacité de son contrôle interne.

S'agissant des risques financiers résiduels portant sur les données déclarées par les cotisants, l'ACOSS utilise les résultats des contrôles aléatoires menés dans le domaine de la lutte contre le travail illégal et dans le cadre du contrôle comptable d'assiette des cotisants pour fournir une incidence chiffrée des erreurs de portée financière affectant les données déclaratives alimentant les comptes des cotisants.

L'étude réalisée par l'ACOSS présentant l'estimation pour 2020 couvre les employeurs du secteur privé et une partie des travailleurs indépendants dont les micro-entrepreneurs. S'agissant des employeurs du secteur privé, elle évalue le manque à gagner avant contrôle entre 4,7 et 6 Md€ et le risque résiduel lié au manque à gagner après contrôle entre

3,6 et 4,8 Md€. Pour les micro-entrepreneurs, ce manque à gagner se situerait entre 0,6 et 0,9 Md€. S'agissant des autres travailleurs indépendants, l'étude fait apparaître que les contrôles aléatoires mis en œuvre pour évaluer le risque résiduel ne couvrent qu'une part minoritaire de cette population. Compte tenu du moment de sa transmission (26 mars 2021), l'étude n'a pu être que partiellement auditée.

En tout état de cause, le périmètre de l'étude reste incomplet : il ne couvre pas une partie des travailleurs indépendants, le secteur public, les particuliers employeurs, l'économie collaborative et les travailleurs détachés. Par ailleurs, la crise sanitaire a perturbé la campagne des contrôles permettant de calculer le risque résiduel, ce qui a suscité un biais : le lancement de la campagne biennale des contrôles aléatoires de lutte contre le travail dissimulé n'a pu être engagé, compte tenu de l'arrêt des contrôles à partir de mars 2020, et une partie des contrôles comptables d'assiette aléatoires a été suspendue pour les entreprises les plus fragilisées par la crise (cf. constat n°18). Par ailleurs, les taux d'irrégularité et de fraude retenus par l'ACOSS pour le calcul propre à l'année 2020 n'ont pas été actualisés (l'ACOSS a utilisé ceux des campagnes précédentes) et l'actualisation des résultats du risque résiduel repose sur une simple mise à jour des cotisations liquidées.

Pour les risques financiers résiduels, dits « métier », liés aux opérations effectuées par les organismes du recouvrement, l'ACOSS a élaboré un premier indicateur « pilote » sur les remboursements de crédits aux cotisants (liés à un excès de versement par rapport aux sommes dues). Il est renvoyé pour l'appréciation de cet indicateur au constat n°15 sur les remboursements.

Un second indicateur « pilote », sur les litiges, a été établi en 2020. Un biais dans la constitution de l'échantillon conduit cependant à minorer la mesure du risque résiduel.

Par ailleurs, le déploiement d'un calculateur d'échantillons représentatifs, initialement prévu en 2020, a été reporté.

D'autres indicateurs de risque financier résiduel sont déterminés à partir des résultats des contrôles effectués dans les URSSAF. Ils ne couvrent cependant pas certains risques significatifs. C'est le cas, par exemple, de la gestion des exonérations, du traitement des demandes de délai de paiement ou de celui de certains rejets d'opérations automatisées ou de l'intégration aux comptes des cotisants des redressements issus des contrôles. En outre, des faiblesses affectent la conception et la réalisation des contrôles qui permettent de les déterminer.

Ces éléments ne permettent toujours pas à l'ACOSS de disposer d'indicateurs synthétiques mesurant les risques financiers résiduels de l'activité de recouvrement, tels qu'ils sont prévus par le décret du 14 octobre 2013 sur le contrôle interne des organismes de sécurité sociale.

**Constat n°7** : le dispositif de contrôle interne de l'établissement public ACOSS ne permet pas de couvrir l'ensemble des risques liés à ses activités.

L'établissement public ACOSS n'est pas doté d'une cartographie des risques propres à ses missions de pilotage de son réseau d'organismes de base.

En outre, le dispositif de contrôle interne de la gestion financière ne couvre pas la totalité des risques et la formalisation des contrôles portant sur la gestion des titres de créances négociables (*Euro commercial papers*, *Neu commercial papers*) reste perfectible, alors que l'encours correspondant a été multiplié par plus de 2,5 fois par rapport à celui de 2019, pour atteindre 62,5 Md€ fin 2020.

Enfin, les flux de recettes recouvrées par d'autres collecteurs que les URSSAF (administrations fiscale et douanière notamment) et centralisées par l'ACOSS (121,5 Md€) ne sont pas traités dans un applicatif informatique spécifique ; mais demeurent répartis entre leurs attributaires à l'aide d'outils bureautiques. Ces flux ne sont toujours pas intégrés à l'outil national de maîtrise des risques (ONMR) et ne font pas effectivement l'objet d'un plan de contrôle unifié (PCU) entre l'ordonnateur et la direction comptable et financière. La cartographie des risques et les plans de contrôle en vigueur ne sont pas parfaitement cohérents entre eux.

### Les risques liés au système d'information

**Constat n°8** : plusieurs risques majeurs liés à la sécurité des systèmes d'information ne sont que partiellement couverts par les dispositifs visant à les maîtriser.

Malgré plusieurs audits externes appelant notamment à renforcer le pilotage d'ensemble de la sécurité du système d'information, l'organisation de la sécurité informatique n'est pas encore stabilisée. La forte mobilisation des équipes informatiques pour la gestion de la crise sanitaire a entraîné un retard dans le déploiement par l'ACOSS de la nouvelle politique de sécurité du système d'information et dans la mise en œuvre des premières exigences liées à son statut d'opérateur de services essentiels (OSE).

La revue des habilitations métier de l'ACOSS n'est que partiellement réalisée et le déploiement de l'outil de traçabilité des consultations internes des données déclarées par les employeurs de salariés dans la DSN est à nouveau retardé, ce qui suscite un risque élevé de non-respect du règlement général de la protection des données (RGPD).

**Constat n°9 :** Des faiblesses demeurent en matière de gestion des changements informatiques et de gestion des incidents.

Le plan de sécurisation du système d'information, comportant plus de 1 000 actions et engagé en avril 2019, était réalisé à 80 % à fin 2020.

Si le processus de gestion des changements informatiques a été significativement amélioré en 2020, la qualité des programmes livrés en production reste affectée notamment par un dispositif de tests insuffisant, ce qui ne permet pas de prévenir avec une efficacité suffisante le risque de régressions fonctionnelles en production.

De nouvelles améliorations ont aussi été apportées à la gestion des incidents majeurs en 2020. Cependant, l'outil de gestion centralisé présente des défauts de performance et des fonctionnalités limitées qui affectent l'analyse et le suivi des incidents. Des indicateurs font toujours défaut pour apprécier l'efficacité du dispositif de gestion des incidents au regard du niveau de service attendu. L'incidence financière des incidents encore ouverts à fin 2020 n'est pas évaluée. Le processus de gestion des problèmes (incidents similaires dont la cause est inconnue) n'est toujours pas déployé.

### **La prévention des conflits d'intérêts et de la fraude interne**

**Constat n°10 :** les actions de prévention et de détection des conflits d'intérêt et de la fraude interne présentent des faiblesses persistantes et apportent une assurance partielle sur la maîtrise des risques en ce domaine.

Les organismes appliquent dans des conditions hétérogènes le dispositif national de prévention et de détection des conflits d'intérêts concernant les salariés. La campagne de prévention de conflits d'intérêts concernant les salariés de l'établissement public national a été engagée de façon tardive (dernier trimestre 2020) par l'ACOSS.

Le contrôle des comptes cotisants des membres du conseil d'administration de l'établissement public qui sont par ailleurs employeurs de salariés ou travailleurs indépendants n'est pas réalisé. Ceux de plusieurs membres des conseils d'administration des URSSAF ne sont pas contrôlés ou ne le sont pas dans des conditions homogènes.

Le périmètre des contrôles destinés à prévenir la fraude interne a été réduit cette année. Ces contrôles restent limités et présentent des faiblesses dans leur conception et leur mise en œuvre.

### L'audit interne

**Constat n°11**: L'audit interne procure une assurance limitée sur l'efficacité des dispositifs de maîtrise des risques internes à l'activité de recouvrement.

Dans le contexte de la crise sanitaire, plusieurs audits de l'ordonnateur ont été reportés à 2021. S'agissant des travaux menés par les auditeurs qui concourent à la validation des comptes des organismes de base par la directrice comptable et financière, la couverture de certains enjeux et la profondeur des audits ont été réduits.

#### *c) Le contrôle interne des principaux processus de l'activité de recouvrement*

**Motif n°3** : en raison de faiblesses persistantes, les dispositifs de maîtrise des risques relatifs aux principaux processus de l'activité de recouvrement couvrent insuffisamment les risques de portée financière.

Ce motif se fonde sur les **17 constats d'audit suivants**.

### La gestion des données administratives

**Constat n°12** : la gestion des données administratives des cotisants fait l'objet d'un dispositif de contrôle interne encore insuffisant.

La gestion des données administratives des cotisants recouvre les opérations liées à leur affiliation, à la modification de leurs données et à la suspension ou à la radiation de leurs comptes. La fiabilité des données administratives conditionne le correct enchaînement des différentes phases du recouvrement des prélèvements sociaux.

Au dernier trimestre, encore au moins un tiers des opérations restaient traitées manuellement, ce qui les expose toujours à des risques d'erreurs, dans l'attente de la mise en place de l'automatisation des transferts de comptes cotisants intervenant au sein même des organismes.

Les paramétrages locaux hétérogènes du traitement automatisé d'intégration des données administratives aux comptes des cotisants ont des incidences potentielles sur la répartition des prélèvements sociaux entre leurs attributaires ou l'application des majorations de retard. L'absence de bilan sur l'intégration des flux dans le traitement automatisé de données administratives ne permet pas d'effectuer un suivi complet des rejets et de leur traitement.

Malgré un niveau de conformité élevé en pourcentage entre les données du référentiel commun des déclarants (RCD) et celles de l'Insee, à l'issue des actions de fiabilisation menées, ces deux bases présentent encore des divergences importantes (environ 120 000 établissements en écart pour le code « commune », et 150 000 établissements en écart pour la forme juridique, la catégorie d'établissement et la raison sociale). Le traitement des rejets issus de l'intégration de données administratives dans le RCD et dans le répertoire des entreprises et des individus (REI) ne fait pas l'objet d'un plan de contrôle et des indicateurs de suivi font défaut.

Le manque de diligence dans la prise en compte de modifications des données administratives des cotisants peut avoir des conséquences financières (application de taxations d'office sur un compte non radié, taux de versement mobilité erroné en cas de changement d'adresse, répartition retardée des cotisations, ...). Or, le pilotage des affaires à traiter ne suit pas les priorités de traitement visant à réduire leur volume et leur ancienneté. En outre, les actions visant à fiabiliser les comptes actifs de cotisants ne s'accompagnent pas systématiquement de radiations et les comptes suspendus ne font pas l'objet d'un suivi régulier. Les risques de taxations d'office à tort et d'omissions de radiation ou de réactivation des comptes à tort sont ainsi insuffisamment couverts.

**Constat n°13 :** les supervisions et contrôles mis en œuvre couvrent insuffisamment les risques liés à la gestion des données administratives.

Les principaux plans de contrôle de l'ordonnateur couvrent un champ restreint de données administratives et les directions comptables et financières ne réalisent pas de contrôles valorisant l'incidence des anomalies détectées. Le changement de la fréquence des plans de contrôles, passée de trimestrielle à semestrielle en 2020, et les dates retenues pour les réaliser retardent la détection d'anomalies et fournissent une visibilité tardive sur le niveau de maîtrise des risques.

En outre, les contrôles sont souvent réalisés de manière insuffisamment rigoureuse, ce qui est de nature à entraîner une sous-estimation des anomalies qu'ils conduisent à détecter.

Enfin, les vérifications au titre des plans de contrôle de l'ordonnateur font l'objet d'une traçabilité limitée. Il en est de même, sur la majorité de l'exercice, pour l'exploitation, par les URSSAF, des supports de déclaration des cotisants aux centres de formalités des entreprises.

### **L'intégration des données déclarées aux comptes des cotisants**

**Constat n°14 :** le dispositif de maîtrise des risques relatif à la gestion des données déclarées par les cotisants manque d'efficacité.

Près d'une DSN sur dix fait encore l'objet d'un rejet et les suivis réalisés de la qualité des DSN sont incomplets en l'absence d'analyse des causes conjoncturelles des évolutions constatées et des plans d'action correctifs pouvant être mis en œuvre. Les stocks d'anomalies déclaratives en instance de traitement ont baissé, mais leur suivi insuffisant ne permet pas d'en maîtriser l'ancienneté. Dans certains organismes, des anomalies affectant les DSN relevées lors de l'exercice précédent par la Cour n'ont pas été corrigées en 2020.

Les études menées par l'ACOSS sur les DSN dites de régularisation font état d'un impact financier croissant de ces dernières : ces corrections rétroactives sont passées de 0,7 % du montant des déclarations initiales en 2020 à 1,3 % en 2021, correspondant respectivement à une incidence de 1,9 Md€ sur les périodes d'emploi de 2018 et de 3,2 Md€ sur celles de 2019. Les résultats de ces études sont insuffisamment pris en compte dans la méthode d'estimation des produits à recevoir (cf. constat n°33).

Comme lors de l'exercice précédent, le plan national de fiabilisation a été lancé tardivement en 2020 et le bilan de la seule action achevée (au 31 mars 2021) fait état de corrections limitées. Or, comme l'a montré la précédente campagne de fiabilisation, l'importance des corrections effectuées dépend en partie de la planification des actions de fiabilisation.

Par rapport à fin 2019, le stock de taxations d'office a augmenté (645 M€ environ fin décembre 2020, correspondant à près de 61 000 comptes débiteurs, soit une progression de 30 % en montant et de 10 % en nombre).

Malgré la modification de la périodicité et des modalités de réalisation de certains d'entre eux, la conception des plans de contrôle uniques ordonnateur – comptable (PCU) relatifs à la DSN présente des faiblesses persistantes. En outre, les conditions de réalisation de certains contrôles conduisent à sous-estimer les anomalies et à affecter la fiabilité de leurs résultats.

En 2020, les pénalités pour non-respect de l'obligation d'utiliser la DSN comme vecteur de déclaratif n'ont pas été appliquées, alors qu'elles l'avaient été partiellement en 2019. L'impact financier de cette abstention n'est qu'en partie mesuré.

**Constat n°15** : le dispositif de contrôle encadrant la gestion des crédits (1 352 M€ à la fin 2020) et des remboursements en faveur des cotisants ne permet pas de couvrir suffisamment les risques de remboursement à tort ou pour un montant erroné.

La conception du plan de contrôle sur les crédits exclut, à tort, la prescription des points de contrôle et limite la taille des échantillons contrôlés. En outre, le manque de cohérence des consignes nationales et de coordination de leur diffusion affectent la fiabilité des résultats des contrôles. Ceux-ci donnent lieu à des qualifications hétérogènes entre organismes et vérificateurs d'un même organisme.

La mesure incertaine des incidences financières et la faiblesse des supervisions mises en œuvre par les directions comptables et financières des organismes limitent l'assurance que procurent les plans de contrôle sur la maîtrise des risques de remboursement à tort ou pour un montant erroné.

### **Les allègements généraux, les exonérations ciblées de cotisations sociales et l'aide au paiement**

**Constat n°16** : des incertitudes affectent l'exactitude, l'exhaustivité et la réalité des allègements généraux (24,7 Md€) et des exonérations ciblées de cotisations sociales prises en charge par l'Etat (5 Md€) comptabilisés par l'ACOSS (hors les mesures visant à répondre à la crise sanitaire).

L'insuffisance des contrôles intégrés au système d'information sur les données déclarées au titre de la réduction générale entraîne une incertitude sur le montant des cotisations enregistrées et un risque de non exhaustivité des opérations comptabilisées.

Les résultats des études effectuées par l'ACOSS sur la cohérence réciproque des données individuelles par salarié et agrégées par établissement et les contrôles de cohérence entre les données respectivement déclarées aux URSSAF et à l'AGIRC-ARRCO font apparaître des anomalies dont l'incidence sur les comptes reste incertaine. Il en est de même des premières études, en cours de fiabilisation, réalisées par l'ACOSS en 2020 sur le recalcul de la réduction générale, et qui estiment l'insuffisance globale de la réduction générale déclarée par les cotisants à un montant qui pourrait s'élever, en net, entre 1,6 Md€ et 2,5 Md€ pour l'exercice 2020.

Dans ces conditions, les compensations à l'AGIRC-ARRCO (4,7 Md€) et à l'Unédic (3,4 Md€) de l'extension de la réduction générale en 2020 sont comptabilisées en 2020 sur la base de données ne procurant pas une assurance raisonnable sur leur fiabilité et leur exhaustivité.



Par ailleurs, la fiabilité des exonérations ciblées déclarées par les cotisants est affectée en 2020 par l'absence de plan de contrôle et la suspension des traitements informatiques ou l'absence d'exploitation des signalements informatisés.

Enfin, des exonérations d'un montant significatif prises en charge par l'État (comme « l'aide à domicile personnes fragiles », soit 1,6 Md€ en 2020 ou les « heures supplémentaires TEPA », soit 0,5 Md€ en 2020) ne sont toujours pas intégrées au dispositif national de maîtrise des risques. Leur application par les cotisants ne fait dès lors l'objet d'aucun contrôle en dehors des contrôles sur les assiettes déclarées et des actions de lutte contre le travail illégal.

**Constat n°17** : l'exactitude et la réalité des exonérations (1,2 Md€) et de l'aide au paiement (2,2 Md€), compensées par l'État, en faveur des entreprises relevant de secteurs particulièrement affectés par la crise sanitaire présentent des incertitudes.

Les contrôles réalisés par les URSSAF sur les déclarations des cotisants ne permettent pas de garantir le respect de certaines conditions déterminantes d'éligibilité des cotisants qui bénéficient de ces aides, ce qui engendre une incertitude sur les montants comptabilisés<sup>24</sup>.

### Le contrôle des cotisants

**Constat n°18** : les contrôles des assiettes déclarées par les cotisants portent sur un périmètre incomplet et les plans de contrôle interne nationaux ne couvrent qu'une part limitée des risques liés à cette mission.

Le périmètre des contrôles des assiettes déclarées par les cotisants exclut les entreprises adhérant au dispositif Titre emploi service entreprise, les associations adhérant au Chèque emploi associatif (TESE-CEA), les praticiens et auxiliaires médicaux, ainsi que les administrations centrales et les services déconcentrés de l'État.

D'autres catégories de cotisants ou de prélèvements font l'objet de contrôles portant sur un champ partiel. Ainsi, les employeurs de personnel de maison sont uniquement contrôlés dans le cadre des actions de lutte contre le travail illégal. Les revenus de remplacement ne font pas l'objet d'un ciblage particulier, mais sont contrôlés de manière accessoire aux prélèvements salariaux dont les cotisants déclarent être redevables.

---

<sup>24</sup> Sur les employeurs de salariés, les taux de dépréciation sont respectivement de 63 % pour la méthode habituelle (3,7 Md€ de dépréciations) contre 42 % (2,7 Md€) pour la méthode *ad hoc* ; sur les travailleurs indépendants, de 76 % (2,4 Md€) contre 51 % (1,8 Md€).

Si des actions de contrôle sont menées localement par les organismes, l'absence de plans de contrôle interne nationaux, à l'exception du plan de contrôle unique sur l'enregistrement des redressements en comptabilité (cf. constat n°19), affecte le niveau de maîtrise des risques propres au contrôle des assiettes déclarées par les cotisants.

La crise sanitaire a conduit à suspendre ou limiter les contrôles sur les cotisants pendant plusieurs mois, et, pour certaines entreprises définies comme « fragiles » par l'ACOSS et son réseau (représentant 62,8 % des contrôles programmés initialement), à l'abandon des contrôles ou de la mise en recouvrement des redressements.

En raison de la suspension pendant plusieurs mois des traitements informatisés d'émission des mises en demeure, les plus urgentes, relevant principalement de la lutte contre le travail illégal, ont été établies manuellement sur une partie de l'année, ce qui génère des risques d'erreurs.

**Constat n°19** : les faiblesses de l'enregistrement comptable des redressements n'ont pas été corrigées, ce qui ne permet pas de garantir l'exhaustivité et l'exactitude des montants comptabilisés à ce titre.

Une partie des redressements n'est toujours pas intégrée aux comptes des cotisants selon un procédé automatisé, ce qui emporte des risques d'erreurs. Si un plan de contrôle national de l'enregistrement comptable des redressements déployé en 2020 prévoit des actions pour les couvrir, ses résultats montrent des non-conformités majeures dans des organismes de taille importante.

En outre, les produits issus des redressements suite à un contrôle sont comptabilisés au moment du dépôt du rapport de contrôle. Or, en application de l'article R. 243-59 du code de la sécurité sociale, le fait générateur est depuis 2020 la fin de la période contradictoire, laquelle varie selon l'émission ou non d'observations par le cotisant. Le système d'information n'a pas été adapté afin de prendre en compte cette évolution. Pour l'arrêté des comptes, l'ACOSS n'a pas mis en place de contrôle permettant de garantir le correct rattachement à l'exercice comptable des redressements.

### **Le recouvrement amiable et forcé**

**Constat n°20** : la suspension depuis mars 2020 des procédures automatisées de recouvrement amiable et forcé et le nombre limité de plans d'apurement transmis à la fin de l'année 2020 induisent des incertitudes sur les montants réels et l'évaluation de la recouvrabilité de créances sur les cotisants. Cette situation a de plus conduit l'ACOSS à suspendre de nombreuses actions de contrôle interne.

Pour les employeurs relevant des secteurs concernés par les exonérations et l'aide au paiement « covid », l'évaluation de la dette à apurer nécessite de connaître le montant d'exonération et d'aide venant en réduction de la dette. Or, les exonérations et aides au titre des périodes d'activité de l'année 2020 contemporaines des deux périodes d'urgence sanitaire ne seront définitivement connues que fin 2021.

Le dispositif de « plan d'apurement », instauré par la loi<sup>25</sup>, prévoit l'étalement du paiement des cotisations reportées, formalisé par un accord entre les cotisants et les URSSAF. Une seule vague de plans d'apurement a pu être adressée aux cotisants au cours du mois d'octobre représentant 280 M€ pour environ 5 500 cotisants. Les vagues suivantes ont été ajournées en raison du deuxième confinement et n'ont été réactivées qu'en février 2021, à un moment ne permettant plus de les prendre en compte pour l'arrêté des comptes.

L'exhaustivité de la comptabilisation en charges des créances admises en non-valeur à la clôture de l'exercice, soit 1,8 Md€ en 2020 (contre 2,0 Md€ en 2019), n'est pas assurée. En raison d'un report du traitement des créances remplissant les conditions d'une admission en non-valeur en 2020, les admissions ne seront comptabilisées qu'en 2021, en contradiction avec le principe d'indépendance des exercices. Dès lors, le montant des créances est surévalué en 2020.

Malgré le déploiement du traitement automatisant le calcul de la date de la prescription et sa codification dans le système d'information, la prévention de la prescription des créances demeure imparfaitement assurée. La suspension quasi complète en 2020 des procédures automatisées de recouvrement amiable et forcé pourrait entraîner la prescription de certaines créances antérieures à la crise sanitaire. Ce risque est renforcé par l'absence de suivi régulier et permanent des créances susceptibles d'être prescrites au cours de l'exercice.

L'interruption des actions de recouvrement amiable et forcé a conduit l'ACOSS à suspendre de nombreuses actions du dispositif de contrôle interne. Les résultats des contrôles maintenus font apparaître des situations de non-conformité.

---

<sup>25</sup> Article 65 de la loi de finances rectificative du 30 juillet 2020.

### **Les prélèvements sociaux précomptés sur les revenus de remplacement**

**Constat n°21** : les risques liés aux précomptes de prélèvements sociaux recouverts par le réseau des URSSAF sur les revenus de remplacement restent imparfaitement couverts par le contrôle interne.

Malgré des actions de fiabilisation et en l'absence de plan de contrôle interne spécifique, les risques liés aux précomptes sont insuffisamment couverts.

Le recouvrement de restes à percevoir de CSG sur plus de 200 000 retraités du régime général, à la suite de l'application par la CNAV de taux erronés de CSG, a été interrompu sans base légale. L'impact financier correspondant est estimé à 40 M€.

### **Les cotisations acquittées sur la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE) et par chèque emploi service universel (CESU)**

**Constat n°22** : les dispositifs de maîtrise des risques liés aux processus de recouvrement des cotisations PAJE (3,3 Md€) et CESU (2,1 Md€) couvrent imparfaitement les risques qui leur sont liés.

Le dispositif de contrôle interne propre au centre national CESU a progressé durant l'exercice, mais reste à consolider. Il n'est toujours pas intégré à l'outil national de maîtrise des risques (ONMR). Le pilotage et la gestion de plusieurs processus continuent à reposer sur des outils bureautiques, ce qui engendre des risques d'erreurs.

Pour sa part, le centre national Pajemploi n'a pas achevé de mettre à jour les dispositifs de maîtrise associés à sa cartographie des risques qu'il a rénovée intégralement. Il ne dispose toujours pas d'un outil intégré de gestion du recouvrement des créances qui permettrait de prévenir leur prescription, de détecter les admissions en non-valeur et d'alimenter automatiquement les comptes des cotisants. Si les travaux d'identification des risques correspondants ont progressé, les actions de lutte contre les fraudes associées conservent une portée insuffisante.

Par ailleurs, les risques d'erreur liés au traitement hors système d'information du contrôle et du paiement des indemnités exceptionnelles liées à l'activité partielle des salariés de particuliers employeurs (241 M€) ne sont que partiellement couverts par des dispositifs de contrôle interne.

Enfin, les modalités de mise en œuvre avec retard, en mai 2020, des mesures d'exonération des heures supplémentaires entrées en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2019 dérogent à la réglementation applicable. De plus, le traitement comptable retenu conduit à comptabiliser dans les charges de l'exercice 2020 des opérations se rattachant à l'exercice 2019, pour un montant qui n'a pu être déterminé dans le cadre de l'audit.

### **Les processus propres aux prélèvements sociaux des travailleurs indépendants**

**Constat n°23** : le référentiel national de maîtrise des risques ne fournit pas encore d'éléments suffisamment probants sur la maîtrise de l'ensemble des risques significatifs dans le contexte d'un allègement du dispositif de contrôle interne en 2020.

Les supervisions et contrôles d'opérations présentent toujours de multiples faiblesses, liées notamment à la qualification et à la valorisation parfois incorrectes des anomalies détectées. Ils ont au surplus été allégés en 2020 dans le contexte de crise sanitaire.

Les flux d'annulations de radiations de comptes cotisants sont traités de manière manuelle, ce qui présente malgré leur suivi régulier des risques d'erreurs insuffisamment maîtrisés par les dispositifs de contrôle interne.

**Constat n°24** : la réalité d'une partie des créances concernées par des taxations d'office est incertaine.

Lorsque les cotisants ne transmettent pas la déclaration annuelle de leurs revenus professionnels, les URSSAF leur notifient les prélèvements sociaux dont ils sont redevables suivant un calcul forfaitaire (« taxation d'office »). Une partie de ces taxations d'office ne sont pas régularisées à la suite de la production par les cotisants de déclarations de leurs revenus professionnels. C'est notamment le cas quand les cotisants cessent leur activité sans en informer les organismes sociaux, et que ces derniers n'apprécient pas si l'absence de déclaration a pour cause l'absence de toute activité au titre de l'exercice considéré.

En 2020, les appels de prélèvements sociaux en taxation d'office se sont élevés à 1,5 Md€ (1,3 Md€ en 2019).

Malgré l'annulation chaque année de montants significatifs de créances correspondant à des taxations d'office (0,3 Md€ en 2020, après 0,7 Md€ en 2019), dans le cadre du plan de fiabilisation des revenus des travailleurs indépendants, les créances de taxations d'office non régularisées atteignent encore 4,2 Md€ au 31 décembre 2020 (3,6 Md€ fin 2019), dont 0,8 Md€ pour les taxations d'office portant sur plusieurs exercices (1 Md€ fin 2019).

**Constat n°25** : le contrôle des soldes créditeurs (3,8 Md€) et des montants remboursés aux cotisants (1,1 Md€) couvre insuffisamment les risques correspondants et la mesure du risque financier résiduel de ces opérations manque de fiabilité.

Le montant total des montants créditeurs issus du dispositif dit « 3 en 1 »<sup>26</sup> s'élève à 1,4 Md€ au 31 décembre 2020 (contre 2,4 Md€ en 2019), dont 1,1 Md€ ont fait l'objet d'un remboursement (contre 1 Md€ en 2019).

Les contrôles *a posteriori* de l'ordonnateur sur les régularisations en faveur des cotisants calculées de manière automatisée et sur les remboursements ne procurent pas une assurance raisonnable sur la maîtrise des risques d'erreurs, en raison notamment d'une traçabilité insuffisante des contrôles et de conclusions des contrôleurs fondées sur des données externes partielles.

De plus, les directions comptables et financières n'ont pas effectué en 2020 de contrôles *a posteriori* sur les remboursements manuels et les soldes créditeurs calculés par le système d'information à partir des déclarations des travailleurs indépendants au titre de leurs revenus de 2019.

Les risques d'erreur sont insuffisamment couverts et la fiabilité de la mesure de risque financier résiduel calculée par l'ACOSS, issus des contrôles précités, est insuffisamment assurée.

**Constat n°26** : la suspension à partir du mois de mars 2020 des procédures de recouvrement amiable et forcé, et le nombre limité de plans d'apurement transmis à la fin de l'année 2020, induisent des incertitudes sur les montants réels et sur la recouvrabilité des créances des non-salariés.

La suspension quasi complète en 2020 des procédures automatisées de recouvrement amiable et forcé pourrait entraîner la prescription de certaines créances antérieures à la crise sanitaire. La prévention de la prescription demeure ainsi imparfaitement assurée (cf. constat n°20).

**Constat n°27** : les facilités élargies de report de paiement des cotisations, combinées aux mesures d'aide aux secteurs les plus affectés par la crise sanitaire et à la suspension du recouvrement amiable et forcé, suscitent des incertitudes sur l'évaluation de l'encours des créances sur les cotisants.

Dans le contexte de la crise sanitaire, les pouvoirs publics ont notamment décidé, s'agissant des cotisations sociales des non-salariés, dans un premier temps de suspendre puis de réduire les montants exigibles et dans un second temps d'autoriser un report du paiement des montants appelés. Ces mesures avaient pour objectif de sauvegarder la trésorerie des travailleurs indépendants (cf. constat n°1).

---

<sup>26</sup> Ce dispositif permet de calculer automatiquement la régularisation des cotisations relatives à l'exercice N-1, d'ajuster en conséquence les cotisations provisionnelles de l'exercice N et d'informer le cotisant des appels de cotisations relatifs à l'exercice N+1.

Pour les travailleurs indépendants relevant des secteurs concernés par les exonérations et l'aide au paiement des prélèvements sociaux « covid », l'évaluation de la dette à apurer nécessite de connaître le montant de réduction de cotisations venant en réduction de la dette. Or, les réductions de cotisations au titre des périodes d'activité de l'année 2020 contemporaines des deux périodes d'urgence sanitaire n'étaient pas définitivement connues au moment de l'arrêt des comptes et l'ACOSS n'a pas estimé les montants rattachables à l'exercice 2020.

L'étalement du paiement des prélèvements sociaux reportés est formalisée par un accord entre les cotisants et les URSSAF, sur proposition de ces dernières. Une seule vague de plans d'apurement a été adressée aux cotisants au cours du mois d'octobre (27 025 plans couvrant 127,6 M€ de créances<sup>27</sup>). L'audit de la Cour n'a pas permis d'appréhender les montants acceptés ou renégociés par les cotisants, non plus que le respect ou l'absence de respect des premières échéances par les cotisants, éléments utiles pour apprécier le risque de non-recouvrement des créances.

**Constat n°28** : des incertitudes continuent à affecter les cotisations sociales des praticiens et auxiliaires médicaux et les prises en charge de ces cotisations par l'assurance maladie (1,9 Md€ au total).

Les faiblesses des contrôles automatisés intégrés à la saisie des déclarations limitent le niveau d'assurance qui s'attache à la correcte intégration aux comptes des praticiens et auxiliaires médicaux de leurs revenus professionnels, et de ce fait, à l'exactitude de leurs cotisations sociales et des prises en charge de ces cotisations par l'assurance maladie.

La cohérence insuffisante des données administratives des cotisants détenues par l'activité de recouvrement avec celles de l'assurance maladie limite la fiabilité des éléments intégrés au système d'information et entraîne une incertitude sur l'exhaustivité et l'exactitude des cotisations et prises en charge de cotisations afférentes.

#### *d) La justification des enregistrements comptables*

**Motif n°4** : la justification des comptes est affectée par des désaccords portant sur la comptabilisation des produits et des charges ainsi que par des limitations et incertitudes portant sur les enregistrements comptables et sur les estimations comptables.

---

<sup>27</sup> Les prélèvements automatisés visant à recouvrer les créances relevant de cette vague ont été suspendus dès janvier 2021.

Ce motif se fonde sur les **cinq constats d'audit suivants**.

### **La comptabilisation des produits et des charges**

**Constat n°29** : les modalités de notification des impôts et taxes affectés recouverts par les services des ministères financiers (77,1 Md€) ne permettent pas leur comptabilisation par l'ACOSS selon le principe des droits constatés.

Le dénouement *a posteriori* des produits à recevoir d'impôts et de taxes affectées au financement de la sécurité sociale (11,4 Md€) n'est pas assuré selon des modalités satisfaisantes, ce qui ne permet pas d'apprécier leur correcte évaluation.

La DGFIP et la DGDDI ont communiqué une évaluation à fin 2020 du montant brut des créances (505 M€), des dépréciations qui s'y rapportent (337 M€), ainsi que des provisions pour risque (107 M€).

En l'absence notamment d'une ventilation en fonction de leur année de naissance, l'ACOSS n'a pu comptabiliser ces montants de créances et de dépréciations et les notifier à ses contribuables. Elle n'a pas non plus enregistré de provisions pour risque, l'estimation communiquée couvrant d'autres entités que les seuls contribuables de l'ACOSS.

Par ailleurs, les montants comptabilisés par l'ACOSS au titre des contributions et cotisations sociales dues par l'État ne font pas l'objet d'une procédure de réconciliation annuelle avec ce dernier.

### **La répartition des produits, des créances et des charges**

**Constat n°30** : la répartition par l'ACOSS des produits, des encaissements et des charges entre les contribuables de l'activité de recouvrement reste affectée par des limitations. La répartition des créances est incertaine pour les soldes antérieurs à 2019 (0,6 Md€).

L'ACOSS s'est dotée d'un entrepôt de données de comptabilité générale détaillées (SAAEC), qui doit permettre d'auditer la correcte répartition des prélèvements sociaux entre ses différents contribuables. Cet entrepôt n'est cependant pas totalement exhaustif<sup>28</sup>. En outre, l'ACOSS n'a pas finalisé les travaux de rapprochement des données issues de l'application informatique des URSSAF (SNV2) avec celles de la comptabilité générale et de l'entrepôt SAAEC.

---

<sup>28</sup> SAAEC (système d'analyse auxiliaire et extra-comptable) ne contient pas les majorations de retard et pénalités, les crédits à affecter, les avoirs, les frais de justice, ni les résultats des données modifiées par des transactions qui, par un forçage du système d'information, régularisent les cas d'anomalies de répartition.



Les tests réalisés par la Cour, avec l'éclairage complémentaire apporté par les études compensatoires réalisées par l'ACOSS, ont permis de retracer le passage de la comptabilité par attributaire à celle par compte de cotisant. Le manque de disponibilité des données lors de l'audit a cependant limité leur périmètre.

Les écarts constatés à la clôture sur les créances (0,6 Md€ en valeur absolue) continuent d'affecter la fiabilité des restes à recouvrer notifiés par l'ACOSS à ses attributaires. Ils concernent majoritairement des soldes antérieurs à l'exercice 2019 et liés aux modalités alors appliquées de répartition de la réduction générale de cotisations.

Ces éléments confirment que la génération d'écarts parmi les données de la comptabilité générale a désormais une portée limitée. En outre, le traitement visant à s'assurer de la correcte répartition des encaissements ne fait pas apparaître de dysfonctionnement. Les limitations précitées aux travaux de la Cour ne permettent toutefois pas d'extrapoler ces constats à l'ensemble du processus de répartition.

### **Les estimations comptables calculées par l'ACOSS**

**Constat n°31\*** : le processus d'estimation des dépréciations de créances selon la méthode traditionnelle reste exposé à des fragilités qui suscitent des risques d'erreur.

L'estimation des dépréciations selon la méthode traditionnelle prend insuffisamment en compte les perspectives de recouvrement différenciées selon la nature de certaines créances (créances relatives à des comptes radiés ou suspendus, créances sur les cotisants en procédure collective, etc.).

En outre, les données historiques de recouvrement des créances utilisées pour l'estimation des dépréciations des travailleurs indépendants ne sont pas corrigées de certains flux financiers intégrés à tort dans ce calcul. Cela entraîne une surévaluation des dépréciations des créances, estimée par l'ACOSS à 150 M€.

Par ailleurs, les créances relatives aux risques maladie et maternité des professions libérales (632 M€ à fin 2020) ont été dépréciées, par défaut, en appliquant le taux de dépréciation moyen des créances de CSG-CRDS et de cotisations famille (soit 72 %). Cette modalité limite le niveau d'assurance relatif au montant des dépréciations, le taux de dépréciation précité ne correspondant pas aux conditions réelles du recouvrement des créances des risques maladie et maternité.

**Constat n°32 :** l'estimation des provisions pour risques et charges (3,5 Md€) reste affectée par une limitation à l'audit et des incertitudes.

Une partie des provisions pour litiges (1,2 Md€) portent sur des montants réglés, mais ultérieurement contestés à la suite de redressements faisant suite à des contrôles.

Les litiges relatifs aux travailleurs indépendants, artisans et commerçants et, sauf exception, les événements postérieurs à la clôture ne sont pas pris en compte dans leur évaluation. En outre, la fiabilité et l'exhaustivité des données prises en compte pour provisionner les litiges demeurent mal assurées. Enfin, l'analyse du dénouement des provisions pour litiges est limitée par l'absence d'identifiant unique de gestion, qui permettrait de suivre l'évolution d'un même litige à chaque stade juridictionnel.

D'autres incertitudes affectent l'évaluation de la provision pour réduction des produits de cotisations au titre des contentieux relatifs à l'application de la législation AT-MP pendant à la clôture de l'exercice (717 M€). L'activité de recouvrement ne suit pas les remboursements aux employeurs des cotisations AT-MP, à la suite de contentieux perdus par les caisses primaires d'assurance maladie, ce qui ne permet pas de fiabiliser le montant de la provision estimée par la CNAM à partir d'un suivi de son dénouement au cours des exercices suivants. Il est par ailleurs renvoyé à la motivation de la position de la Cour sur les comptes combinés de la branche AT-MP (cf. partie III, constat n°6).

**Constat n°33 :** la partie estimative de l'évaluation des produits à recevoir de prélèvements sociaux (2,2 Md€) comporte des fragilités.

Les produits à recevoir comprennent une part certaine, correspondant aux prélèvements sociaux déclarés en janvier 2021 au titre de périodes travaillées en 2020 (31,1 Md€) et une part estimative (2,2 Md€), portant sur les prélèvements qui seront déclarés au cours des mois ultérieurs de 2021 au titre de ces mêmes périodes 2020 ainsi que sur les cotisations des employeurs de personnel de maison (EPM).

Les prévisions des parts estimatives et « EPM » des produits à recevoir demeurent perfectibles ; les écarts entre les prévisions et les données réelles pour chaque exercice ne se réduisent pas, et se traduisent par une succession de surestimations et de sous-estimations, parfois d'ampleur croissante, dont l'analyse en valeur absolue, en corrélation avec une analyse comparative des évolutions réelles et prévisionnelles, fait apparaître des limites de leur méthode d'estimation. Malgré leur impact financier croissant, les DSN de régularisation sont insuffisamment prises en compte dans cette évaluation (cf. constat n°14).

*e) La comptabilisation des produits à recevoir de remises des entreprises pharmaceutiques et le provisionnement des litiges gérés par le comité économique des produits de santé*

**Motif n°5** : une partie des produits à recevoir au titre des remises dues par les entreprises pharmaceutiques est affectée par des incertitudes. La procédure de suivi des litiges gérés par le CEPS ne fournit pas une assurance raisonnable sur le niveau de leur provisionnement.

Ce motif se fonde sur les **deux constats d'audit suivants**.

**Constat n°34** : des incertitudes affectent une partie des montants calculés et comptabilisés au titre des remises dues par les entreprises concernées sur les prix publics des médicaments et des dispositifs médicaux.

Alors que les conditions prévues par les dispositions de l'article L. 162-16-5-1 du code de la sécurité sociale étaient remplies, aucun produit à recevoir n'a été comptabilisé en 2019 au titre des remises liées à des produits de santé bénéficiant d'une autorisation temporaire d'utilisation (ATU) et *post*-ATU, en contradiction avec les règles et principes comptables en vigueur<sup>29</sup>. Ces produits, d'un montant de 0,7 Md€, ont été comptabilisés dans les comptes de l'activité de recouvrement en 2020 alors qu'ils se rapportent à l'exercice 2019. Cette erreur n'a pas été corrigée au bilan d'ouverture au 1<sup>er</sup> janvier 2020, ce qui conduit à majorer les produits de l'exercice 2020.

Une partie des produits à recevoir comptabilisés en 2020 au titre des remises relatives aux médicaments (3 258 M€) et aux dispositifs médicaux (78 M€) définies respectivement aux articles L. 162-18 et L. 165-4 du code de la sécurité sociale est affectée par des incertitudes significatives : les échanges contradictoires avec les entreprises pharmaceutiques n'étaient pas finalisés au moment où ont été arrêtés les comptes définitifs (15 mars) ; le CEPS n'a pas disposé de l'ensemble des données de la CNAM et de l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATI) nécessaires au calcul de ces produits à recevoir. À défaut de données exhaustives et fiables, certaines remises n'ont pu être calculées ou ne l'ont été que partiellement ; d'autres l'ont été par extrapolation.

De manière spécifique, malgré des progrès dans le recensement des contrats et le calcul des remises, l'exhaustivité des produits à recevoir de remises au titre des dispositifs médicaux n'est pas démontrée, l'outil de gestion de ces remises n'assurant pas une piste d'audit complète.

---

<sup>29</sup> Cf. réserve n°4, constat n°23, du rapport de certification des comptes du régime général de l'exercice 2019, La Documentation française, disponible sur [www.ccomptes.fr](http://www.ccomptes.fr).

L'incertitude liée à l'absence des données en provenance de la CNAM et de l'ATIH est par ailleurs susceptible d'affecter le déclenchement des « clauses de sauvegarde » prévues par les articles L. 138-10 et L. 138-19-8 du code la sécurité sociale.

**Constat n°35 :** la procédure de suivi des litiges gérés par le CEPS ne garantit pas leur correct provisionnement.

La procédure de suivi des litiges gérés par le CEPS ne permet pas de couvrir suffisamment les risques liés au remboursement des montants réglés mais ultérieurement contestés et à la contestation des avoirs ou des montants facturés par le CEPS mais non réglés. En l'absence d'évaluation des risques de l'ensemble des litiges gérés par le CEPS, le montant des compléments potentiels de provisions à comptabiliser dans les comptes de l'activité de recouvrement n'a pu être apprécié dans le cadre de l'audit et demeure incertain.

## II - Les comptes combinés de la branche maladie

La branche maladie assure le service des prestations d'assurance maladie, maternité, paternité, invalidité et décès dont bénéficient plus de 63 millions d'assurés<sup>30</sup>, dont les non-salariés depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2018.

Au total, les charges enregistrées dans les comptes combinés de la branche maladie et dans ceux de la branche AT-MP arrêtés par la CNAM pour l'exercice 2020 ont respectivement atteint 264,7 Md€ et 13,4 Md€, soit environ la moitié des charges du régime général.

Les comptes combinés de la branche maladie et ceux de la branche AT-MP intègrent les éléments de comptes produits par la CNAM, les 101 caisses primaires d'assurance maladie, la caisse régionale d'assurance maladie d'Île-de-France (CRAMIF), 16 directions régionales du service médical (DRSM) et huit centres de traitement informatique.

Les comptes des quinze 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 combinés des branches maladie et AT-MP intègrent par ailleurs des éléments de comptes des quatre CGSS, ainsi que de la caisse commune de sécurité sociale de la Lozère, qui fait l'objet d'une combinaison partagée entre les branches maladie, AT-MP et famille. Enfin, les comptes combinés de la branche AT-MP intègrent ceux du Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA).

---

<sup>30</sup> <https://rapport-annuel.assurance-maladie.fr/essentiel-en-chiffres> (données 2019).

La suppression du régime social des indépendants, engagée en 2018 et effective depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2020, s'est traduite par l'intégration aux comptes des entités de la branche des opérations auparavant effectuées par les ex-caisses déléguées pour la sécurité sociale des travailleurs indépendants et la caisse nationale (CNDSSTI).

En 2020, l'assurance maladie a dû faire face à une crise sanitaire d'une ampleur inédite qui l'a conduite à mettre en œuvre de nombreuses mesures nouvelles dans des délais contraints, et à adapter son organisation, l'emploi de ses ressources humaines et son fonctionnement aux priorités fixées par les pouvoirs publics.

## A - La position de la Cour sur les comptes

Au terme des vérifications dont elle rend compte au chapitre III du présent rapport, la Cour estime avoir collecté les éléments probants nécessaires pour fonder sa position sur les comptes combinés de l'exercice 2020 de la branche maladie, signés le 22 avril 2021 par le directeur général et par le directeur comptable et financier de la CNAM.

La Cour certifie qu'au regard des règles et principes comptables qui leur sont applicables, les comptes combinés de la branche maladie de l'exercice 2020 sont réguliers et sincères et donnent une image fidèle du résultat, de la situation financière et du patrimoine de la branche, sous les sept réserves suivantes :

- **réserve n°1** : le dispositif national de contrôle interne et d'audit interne ne permet pas de disposer d'éléments probants sur le niveau de couverture des risques financiers auxquels est exposée l'assurance maladie, toujours imparfaitement couverts par ailleurs ;
- **réserve n°2** : le risque de prises en charge de frais de santé non conformes aux droits effectifs de leurs bénéficiaires est insuffisamment couvert par les contrôles mis en œuvre par l'assurance maladie et n'est pas évalué ;
- réserve n°3** : compte tenu des insuffisances du contrôle interne, les prises en charge de frais de santé en facturation directe sont affectées par des erreurs financières de portée très significative, dont l'évaluation porte sur un champ incomplet et manque de fiabilité ;
- **réserve n°4** : les contrôles sur les séjours facturés par les établissements de santé publics et privés, allégés dans le contexte de la crise sanitaire, ne permettent pas de garantir la correcte prise en charge des frais de santé correspondants par l'assurance maladie ;

- **réserve n°5** : les insuffisances du contrôle interne des indemnités journalières maladie et maternité, accrues du fait de la crise sanitaire, sont affectées par des erreurs dont la portée financière est sous-évaluée ; les risques d'erreur relatifs aux pensions d'invalidité ne sont que partiellement maîtrisés ;
- **réserve n°6** : la justification des comptes est affectée par des limitations aux travaux d'audit et des désaccords portant, notamment, sur des écritures d'inventaire relatives, en particulier, à la comptabilisation des provisions et des charges pour prestations de soins ;
- **réserve n°7** : les incertitudes et désaccords relevés par la Cour sur les comptes de l'activité de recouvrement affectent les principaux postes de produits et de créances de cotisations et de contributions sociales de la branche maladie.

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

L'annexe aux comptes de la branche maladie ne mentionne pas d'engagements pluriannuels à l'égard des titulaires de pensions d'invalidité à fin 2020, appréciés et évalués en fonction des règles de droit en vigueur à cette date. Ces engagements significatifs, qui peuvent être évalués de manière fiable, portent sur des prestations ayant un objet identique à celui de prestations pour lesquelles l'État reconnaît des passifs à ce même titre (sous la forme de provisions pour charges).

## **B - Les motivations détaillées de la position de la Cour**

### **1 - L'évolution des constats par rapport à l'opinion exprimée sur les comptes de l'exercice 2019**

La Cour avait certifié les états financiers de la branche maladie de l'exercice 2019 en assortissant sa position de cinq réserves relatives au dispositif national de contrôle interne et d'audit interne (réserve n°1), à la prise en charge des frais de santé en facturation directe (réserve n°2), aux frais de santé facturés par les établissements de santé publics et privés (réserve n°3), aux prestations en espèces (réserve n°4) et à la justification des comptes (réserve n°5).

Aucun constat d'audit ou point d'audit porté au titre des réserves de l'exercice précédent n'est levé en 2020.

Du fait de leur portée générale et des constats relatifs à l'exercice 2020, les parties de la réserve n°2, formulée sur les comptes de l'exercice 2019, relatives au contrôle des droits aux prestations de l'assurance maladie font l'objet d'une réserve spécifique n°2 dans le cadre du présent rapport. Le constat n°19 relatif aux produits à recevoir au titre des remises dues par les entreprises pharmaceutiques est intégré à ceux portant sur l'activité de recouvrement.

Par rapport à l'opinion exprimée sur les comptes de 2019, plusieurs constats ont été renforcés du fait de l'incidence de mesures prises en 2020 (n°1, 2, 4, 9, 13, 17, 18, 22, 23 et 27), quatre constats nouveaux ont été introduits (n°6 sur le nombre d'assurés bénéficiant à tort de droits ouverts à l'assurance maladie, n°12 sur les pièces justificatives des facturations, n°24 sur le dispositif d'indemnisation des professionnels conventionnés de ville) et n°25 sur la traçabilité comptable des dispositifs exceptionnels mis en place en faveur des établissements de santé - garantie de financement et avances au titre de prises en charge habituelles par les assurances maladie complémentaires. Il est également renvoyé à cinq constats relatifs aux produits et créances, en lien avec l'opinion exprimée par la Cour sur les comptes de l'activité de recouvrement (dont le constat n°19 cité précité).

## **2 - Les constats sur les comptes de la branche maladie de l'exercice 2020**

### *a) Le cadre général du contrôle interne*

**Réserve n°1** : le dispositif national de contrôle interne et d'audit interne ne permet pas de disposer d'éléments probants sur le niveau de couverture des risques financiers auxquels est exposée l'assurance maladie, toujours imparfaitement couverts par ailleurs.

Cette réserve est justifiée par les **cinq constats d'audit suivants**.

## Le dispositif national de contrôle interne

**Constat n°1** : les insuffisances du cadre national de contrôle interne, qui couvre toujours imparfaitement l'ensemble des risques, ne permettent pas d'apprécier le niveau global de réalisation des contrôles et l'incidence des mesures d'allègements des contrôles consécutives à la crise sanitaire.

Le « système de management intégré », qui doit couvrir de manière transversale les processus de gestion mis en œuvre par la caisse nationale, les caisses locales et le service médical de l'assurance maladie, n'assure toujours pas un pilotage intégré de la maîtrise des risques qui donne lieu à un bilan régulier centralisé.

De plus, la CNAM ne dispose toujours pas de l'ensemble des données permettant un pilotage complet et efficace du contrôle interne. Si le taux de réalisation et les résultats des contrôles effectués par les directions comptables et financières des caisses locales et par les services du contrôle médical font l'objet d'une centralisation nationale, tel n'est pas le cas des contrôles effectués par les services de l'ordonnateur. En outre, les données relatives aux contrôles effectués par les diverses composantes de l'assurance maladie manquent souvent de fiabilité.

Contrairement aux dispositions de l'article D. 114-4-16 du code de la sécurité sociale, le rapport de contrôle interne 2019, conjointement établi par le directeur général et le directeur comptable et financier de la CNAM, n'a pas été produit au 30 juin 2020, mais uniquement fin janvier 2021.

Enfin, l'évaluation des risques liés à l'allègement des contrôles portant sur la quasi-totalité des processus des branches maladie et AT-MP, décidées dans le cadre du plan de continuité d'activité (PCA) déclenché du fait de la crise sanitaire, n'a, sauf exception, pas été produite par la CNAM.

**Constat n°2** : les contrôles demeurent imparfaitement mis en œuvre par les services administratifs et ceux du contrôle médical, et ne couvrent pas encore ou faiblement les enjeux qui s'attachent aux mesures nouvelles.

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

Si la CNAM définit progressivement des plans de contrôle liés aux mesures nouvelles (comme le dispositif d'indemnisation pour perte d'activité des professionnels de santé), ces derniers demeuraient incomplets en fin d'exercice (indemnités journalières dérogatoires), non mis en œuvre (lutte contre les fraudes) ou en cours de définition (télésanté).



Par ailleurs, les modalités de mise en œuvre des contrôles restent hétérogènes entre les caisses et leur traçabilité est imparfaitement assurée.

Enfin, la coordination entre les services administratifs et ceux du contrôle médical est fragilisée par l'intégration inaboutie de leurs systèmes d'information respectifs.

### La gestion des systèmes d'information

**Constat n°3** : le contrôle interne des systèmes d'information procure une assurance partielle sur la maîtrise des risques propres à leur sécurité, aux habilitations portant sur les applications les plus sensibles et aux changements requis par l'évolution de la réglementation.

Malgré des progrès, le déploiement de la nouvelle politique de sécurité demeure inachevé. Si la gouvernance de la sécurité du système d'information s'est consolidée en 2020, le tableau de bord établi par la direction déléguée des systèmes d'information (DDSI) est encore incomplet. Par ailleurs, la migration vers le nouvel applicatif de gestion des habilitations, réalisée à 95 %, n'intégrera qu'en 2021 le circuit de validation des demandes d'habilitations. Les contrôles *a posteriori* des habilitations aux applications restent insuffisamment fréquents et ciblés.

Le projet de mise en œuvre des exigences liées au statut d'opérateur de services essentiels (OSE) connaît un retard d'environ six mois. L'avancement des actions nécessaires à la mise en œuvre du projet de mise en conformité au règlement général de protection des données (RGPD) n'est pas correctement retracé.

Si le cadre défini au niveau national pour la recette des développements informatiques est déployé, les indicateurs couvrent moins efficacement les maîtrises d'ouvrage et la DDSI que les centres de recettes. En outre, les travaux préparatoires, la coordination des connaissances entre les différents acteurs et l'utilisation des outils permettant de réutiliser et d'automatiser les tests présentent des faiblesses.

Compte tenu d'évolutions récentes de ce processus, le cadre national de la gestion des changements informatiques et des mises en production, qui reste à déployer dans deux centres informatiques, n'est plus adapté en termes d'analyse des risques et de contrôles de l'ordonnateur.

L'application *ARPEGE* développée pour gérer les indemnités journalières a été mise en production en janvier 2020 sur le champ des travailleurs indépendants. Cette application a été insuffisamment testée au préalable et a nécessité l'ajout de fonctionnalités importantes au cours de l'exercice. Son déploiement a occasionné un grand nombre d'anomalies, notamment, des paiements multiples d'indemnités. Fin 2020, plus de

500 incidents n'étaient que partiellement résolus ; leur impact financier n'a pas été évalué par la CNAM<sup>31</sup>.

### La lutte contre les fraudes

**Constat n°4** : les dispositifs de lutte contre les fraudes sont inadaptés au regard des enjeux auxquels l'assurance maladie est exposée, et ont une portée encore plus limitée en 2020.

En 2020, 127 M€ de préjudices financiers ont été détectés au titre de fraudes et d'activités fautives, contre 287 M€ en 2019. Ce montant ne représente que 0,6 % des prestations versées (soit 208 Md€ pour les deux branches maladie et AT-MP). Il se décompose en un préjudice subi de 103 M€ (226 M€ en 2019) et un préjudice évité de 24 M€ (61 M€ en 2019). Le rapprochement des montants valorisés au titre de préjudices financiers subis, d'indus notifiés à ce titre et d'indus comptabilisés fait apparaître des anomalies qui affectent l'exhaustivité et l'exactitude des créances enregistrées.

La CNAM n'évalue pas encore le montant des fraudes commises par les établissements, les professionnels et les assurés, ce qui prive l'assurance maladie d'un instrument indispensable d'appréciation de l'efficacité du dispositif de lutte contre les fraudes et d'orientation des efforts de prévention et de détection.

Bien que le montant de la fraude ne soit pas estimé, la prise en compte insuffisante des risques de fraudes dans la conception actuelle des dispositifs de contrôle interne et de lutte contre les fraudes et les pratiques fautives, notamment le caractère globalement insuffisant de contrôles de toute nature au regard d'indices convergents d'anomalies, ne permet pas d'exclure que des anomalies significatives affectent à ce titre les comptes des branches maladie et AT-MP.

En outre, le contexte de crise sanitaire s'est accompagné d'une réduction des contrôles effectués par les services administratifs des caisses et d'une extension de zones de risques d'erreurs et de fraude, même si de nouveaux risques ont donné lieu à des actions de détection de fraudes.

De plus, la mise en œuvre de certains contrôles par les caisses reste marquée par un recours inégal aux outils informatiques mis à leur disposition. Les limites persistantes de certains outils (défaut de mise à jour régulière du référentiel des transporteurs, etc.) affectent l'efficacité des contrôles.

---

<sup>31</sup> Contrairement aux dispositions de l'article D. 114-4-13 du code de la sécurité sociale (résultant du décret n°2013-917 du 14 octobre 2013 relatif au contrôle interne des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et des organismes concourant à leur financement).

Par ailleurs, les indus relatifs aux fraudes sont constatés et mis en recouvrement sur deux années seulement, et non sur la totalité de la période de cinq années précédant l'application de la prescription d'ordre public, ce qui a pour effet de les minorer au détriment de l'assurance maladie.

Enfin, les critères de comptabilisation des indus frauduleux fixés par la CNAM peuvent conduire dans certains cas (période de contestation non échue, procédure judiciaire en cours, etc.) à constater des créances qui ne sont certaines ni dans leur principe, ni dans leur montant.

Pour leur part, les requêtes de détection des fraudes internes sont conçues en réponse à des cas, peu nombreux, de fraude avérée. Elles ne prennent pas suffisamment en compte, notamment, les risques de fraude résultant de l'action conjointe d'agents de l'assurance maladie et de personnes tierces à cette dernière.

### L'audit interne

**Constat n°5** : les audits qui concourent à la validation par le directeur comptable et financier de la CNAM des comptes des caisses locales intégrés aux comptes combinés des branches maladie et AT-MP fournissent des éléments d'appréciation encore incomplets sur la maîtrise des risques liés à leurs activités.

L'approche d'audit 2020 du département de la validation des comptes, retraçant notamment son analyse des risques, son organisation en termes de planification, de mise en œuvre et de supervision des travaux, communiquée fin mars 2021, n'a pas permis à la Cour d'en prendre pleinement connaissance.

En outre, les rapports d'audit produits sur la mise en œuvre par les caisses des instructions nationales liées à la covid 19 n'ont pour une part pas encore été transmis à la Cour ou à une date ne permettant pas d'apprécier la portée des conclusions de ces audits. Pour ceux transmis, ils couvrent de manière incomplète les enjeux de maîtrise des risques relatifs à la gestion des droits et des prestations.

#### *b) Le contrôle des droits aux prestations de l'assurance maladie*

**Réserve n°2** : le risque de prises en charge de frais de santé non conformes aux droits effectifs de leurs bénéficiaires est insuffisamment couvert par les contrôles mis en œuvre par l'assurance maladie et n'est pas évalué.

Cette réserve est justifiée par les **trois constats d'audit suivants**.

### **Les droits à la protection malade universelle (PUMa)**

**Constat n°6** : une part significative des assurés ayant des droits ouverts à l'assurance maladie n'en remplissent pas les conditions. Les charges indues qui en résultent pour l'assurance maladie ne sont pas évaluées.

Au regard des éléments produits par la direction de la sécurité sociale devant la commission d'enquête de l'Assemblée nationale sur la fraude aux prestations sociales (27 juillet 2020), la Cour a estimé, dans une communication à la commission des affaires sociales du Sénat<sup>32</sup> qu'au moins 3 millions d'assurés avaient des droits ouverts à tort à une prise en charge de leurs frais de santé par l'assurance maladie.

La CNAM n'estime pas le nombre d'assurés en question, ni la part de ceux pour lesquels l'assurance maladie prend en charge à tort des frais de santé et les charges correspondantes. Dans ces conditions, la représentation donnée par les états financiers de la branche maladie de ses droits et obligations à l'égard de tiers essentiels (établissements et professionnels de santé en tiers payant et assurés) est affectée d'une incertitude significative.

**Constat n°7** : malgré des progrès notables, le périmètre encore étroit des contrôles portant sur le respect des conditions d'attribution des droits des assurés expose l'assurance maladie à des risques élevés de prise en charge à tort de dépenses de santé, dont la portée n'est pas évaluée.

La vérification du respect des conditions de la PUMa - activité ou résidence stable et régulière en France - est assurée par des croisements de fichiers d'assurés de l'assurance maladie avec la DGFIP (contribuables) et le ministère de l'intérieur (ressortissants étrangers en France) et par des contrôles sur pièces sur la situation d'une partie des assurés dont ces croisements ne permettent pas de corroborer le bien-fondé des droits. La CNAM indique avoir procédé en 2020 à 69 500 fermetures de droits à la suite d'actions de contrôle.

---

<sup>32</sup> Cour des comptes, *La lutte contre la fraude aux prestations : des progrès trop lents, un changement d'échelle indispensable*, rapport au Parlement, septembre 2020, disponible sur [www.ccomptes.fr](http://www.ccomptes.fr).

Les croisements de fichiers permettent toujours d'identifier un nombre significatif d'assurés sans revenus déclarés à la DGFIP ou non connus par cette dernière<sup>33</sup> pour lesquels les conditions de maintien des droits aux prestations sont, pour une part potentiellement importante d'entre eux (environ 15 % du nombre d'assurés concernés, selon une première évaluation par la CNAM), susceptibles de ne pas être respectées.

Ce nombre est lui-même minoré par le fait que le fichier adressé par la CNAM à la DGFIP aux fins d'un rapprochement ne comprend pas les assurés indemnisés par Pôle emploi au titre du chômage<sup>34</sup>. Une part indéterminée des assurés en question n'est pas connue de la DGFIP. Leur situation aurait de ce fait vocation à être contrôlée par l'assurance maladie.

Au regard de ces risques, le nombre de situations individuelles à contrôler sur pièces dans le cadre de ce plan, habituellement engagé en fin d'année, a plus que quadruplé (609 900 tel qu'évalué par la CNAM, contre 143 400 au titre du précédent plan), mais reste encore significativement inférieur aux situations à risque. En outre, le ciblage des situations individuelles à contrôler n'intègre pas encore les travailleurs indépendants. De plus, ses modalités conduisent toujours à différer la fermeture de droits maintenus à tort.

De même, le décalage de plus d'un an dans la mise à disposition des fichiers des non-résidents fiscaux conduit toujours à retarder des fermetures de droits. Le traitement de ces fichiers par les caisses (42 100 situations au total, dont celles de 2016 et de 2017, jusque-là non accessibles), n'était pas totalement achevé à fin 2020.

Par ailleurs, l'allongement à 60 jours du délai de réponse accordé aux assurés saisis d'une demande de pièces justificatives (contre 30 jours réglementaires) conduit à différer la fermeture de droits.

Pour les assurés disposant d'un titre de séjour, le risque de maintien à tort de droits ouverts demeure élevé sur l'exercice<sup>35</sup>, malgré le déploiement d'une requête identifiant les assurés dont le titre de séjour est

---

<sup>33</sup> Au titre de 2019, 1,9 million d'assurés (comme en 2018) dont 0,6 million d'assurés bénéficiaires également de la complémentaire santé solidaire estimé par la CNAM (0,9 million au titre de 2018).

<sup>34</sup> Alors que Pôle emploi ne rapproche pas son propre fichier d'allocataires de celui de la DGFIP afin de vérifier le respect de la condition de résidence stable en France pour bénéficier d'une allocation chômage.

<sup>35</sup> Le droit à une prise en charge des frais de santé par l'assurance maladie s'interrompt au bout de six mois (12 mois pour ceux échus avant 2020). Ainsi, le titre de séjour d'environ 184 000 assurés était échu fin 2020 depuis au moins six mois, dont 108 000 depuis au moins 12 mois, et ce très majoritairement avant 2020 (en particulier, avant la mesure de prolongation de la durée de leur validité).

échu. Ce risque est renforcé par l'application par l'assurance maladie de la mesure dérogatoire de prolongation de la durée de validité des titres de séjour à des assurés ne relevant pas de la période visée par cette mesure (au nombre de 73 000 selon l'estimation de la CNAM), et de consignes internes tendant à différer la fermeture de droits de certains assurés affiliés sous critère d'activité dont le titre est échu.

### **La complémentaire santé solidaire**

Le contrôle interne de l'instruction des demandes d'attribution de la complémentaire santé solidaire (C2S) couvre insuffisamment les risques liés à leur traitement. Dans ce contexte, les mesures dérogatoires de prolongation de trois mois des droits à la C2S (qui visaient deux bénéficiaires sur trois, soit 4,7 millions<sup>36</sup>) ont pu accroître la portée des erreurs liées à l'attribution à tort de cette aide ou à l'absence de participation financière de ses bénéficiaires. Les droits ainsi prolongés, sauf exception de façon automatique, n'ont fait l'objet d'aucun contrôle par les caisses. Les impacts financiers de ces prolongations de droits n'ont pas été chiffrés par la CNAM.

**Constat n°8** : le risque de prise en charge de prestations de soins non conformes aux droits des bénéficiaires est insuffisamment couvert par les actions de contrôle mises en œuvre par l'assurance maladie.

En dehors du plan national de contrôle, la gestion courante des droits des assurés et de leurs coordonnées bancaires donne lieu à des actions de contrôle dont le contenu et le ciblage demeurent imparfaitement adaptés aux situations les plus à risque. La traçabilité des contrôles effectués reste de surcroît imparfaitement assurée.

### **Les affections de longue durée**

Malgré des progrès notables, le risque de prise en charge de frais de santé pour des montants erronés et, ce faisant, de majoration des charges de prestations concerne aussi les assurés auxquels l'assurance maladie a reconnu une affection de longue durée (ALD), ouvrant droit à une exonération du ticket modérateur pour les dépenses liées à cette affection.

---

<sup>36</sup> Dont 2,3 millions de bénéficiaires concernés par la deuxième mesure de prolongation pour lesquels les droits à la CSS expiraient entre le 30 octobre 2020 et le 16 février 2021. Pour l'essentiel, il s'agissait de droits sans participation financière (81 500 situations avec participation).

Ainsi, à fin septembre 2020, près de 278 300 assurés étaient toujours, selon la CNAM, reconnus en ALD sans limitation de durée ou pour une période de plus de 10 ans, ce que ne permet plus la réglementation. Dans le contexte de la crise sanitaire, le service médical prévoyait de réexaminer ces situations en 2021.

En outre, près de 281 500 assurés ont bénéficié d'une prolongation de la période d'exonération du ticket modérateur pour une durée dépassant l'échéance fixée par la mesure dérogatoire prise mi-avril 2020. La deuxième mesure dérogatoire de prolongation arrivant à échéance entre le 30 octobre 2020 et le 1<sup>er</sup> avril 2021, et mise en place par la CNAM en janvier 2021, a été appliquée avec un décalage d'un mois (concernant environ 499 600 assurés au total).

Les impacts financiers des prolongations de droits précitées n'ont pas été chiffrés par la CNAM.

De plus, dans l'attente d'évolutions informatiques, de nombreuses données relatives aux ALD continuent de différer entre les applications informatiques respectives des services administratifs des caisses locales et des échelons locaux du service médical. Les écarts portent, notamment, sur le nombre de bénéficiaires et sur les périodes d'exonération du ticket modérateur, ce qui entraîne une incertitude sur la justification administrative et sur la durée des droits accordés aux bénéficiaires.

Enfin, si le nombre d'échelons locaux du service médical qui contrôlent l'admission et le maintien médicalement justifié du droit à l'exonération du ticket modérateur des bénéficiaires d'ALD a augmenté en 2020, certains types de contrôles n'ont pas été mis en œuvre sur une partie de l'exercice, dans le contexte de la crise sanitaire. Les conditions de réalisation de plusieurs de ces contrôles en affectent l'efficacité.

### **Les conséquences de la remise en cause de droits aux prestations**

La carte Vitale étant le support des droits des assurés, un défaut de mise à jour, une mise à jour tardive par l'assuré ou une clôture de ses droits ne font pas par eux-mêmes obstacle à la prise en charge de frais de santé par l'assurance maladie, à moins que la carte soit utilisée dans une

pharmacie<sup>37</sup>. Ces risques ne sont que partiellement compensés par les contrôles automatisés sur les facturations ou les demandes de remboursement adressées aux caisses<sup>38</sup> et l'utilisation par les professionnels de santé, facultative et encore peu répandue, de l'outil (*ADRI*<sup>39</sup>), intégré à leur logiciel de facturation, que la CNAM met à leur disposition afin de leur permettre de consulter les droits à jour des assurés.

En l'absence d'instructions nationales en ce sens, les caisses ne notifient toujours pas d'indus au titre des périodes pour lesquelles les assurés concernés ont cessé de répondre aux conditions d'attribution d'un droit à la prise en charge de leur frais de santé.

### **L'aide médicale de l'État**

Les risques liés aux données déclaratives prises en compte pour attribuer l'aide médicale de l'État (AME) restent imparfaitement couverts par les contrôles mis en œuvre par l'assurance maladie, dans l'attente de l'application effective du nouveau référentiel de maîtrise des risques et de la pleine utilisation de l'outil informatique (*VISABIO*) permettant de détecter des demandeurs n'ayant pas droit à cette aide car détenteurs d'un visa de tourisme en cours de validité. Cette situation induit une incertitude sur les montants facturés à ce titre à l'État (0,8 Md€ en 2020).

Au regard des insuffisances relevées les exercices précédents, il existe un risque de prolongation de trois mois de ce droit qui aurait été ouvert à tort pour les bénéficiaires concernés par les mesures dérogatoires (qui visaient six<sup>40</sup> bénéficiaires sur dix, soit 228 150). Les droits ainsi prolongés, sauf exception de façon automatique, n'ont fait l'objet d'aucun contrôle par les caisses. Les impacts financiers de ces prolongations de droits n'ont pas été chiffrés par la CNAM.

---

<sup>37</sup> Une fois la carte invalidée par l'assurance maladie dans la base de gestion des cartes, une tentative d'utilisation dans une pharmacie entraîne une invalidation de la puce de la carte par son utilisateur.

<sup>38</sup> À la suite de l'invalidation d'une carte, la prise en charge de frais de santé est bloquée ou simplement signalée par des contrôles automatisés. Les prises en charge signalées, sans que le paiement soit bloqué, sont estimées par la CNAM à 4,9 M€ à fin décembre 2020 en cas de flux de facturation télétransmis (4,4 M€ en 2019).

<sup>39</sup> Acquisition des Droits Intégrés.

<sup>40</sup> Dont 96 700 bénéficiaires concernés par la deuxième mesure de prolongation pour lesquels les droits expiraient entre le 30 octobre 2020 et le 16 février 2021.



*c) Le contrôle interne de la prise en charge des frais de santé facturés directement à l'assurance maladie*

Les frais de santé facturés directement à l'assurance maladie (85,1 Md€<sup>41</sup>) correspondent, pour l'essentiel, aux règlements par les caisses locales des soins réalisés par les professionnels libéraux de santé conventionnés et par une partie des établissements de santé et médico-sociaux<sup>42</sup> et de prestations de service rendues par les fournisseurs de dispositifs médicaux, les transporteurs sanitaires et les taxis conventionnés.

**Réserve n°3** : compte tenu des insuffisances du contrôle interne, les prises en charge de frais de santé en facturation directe sont affectées par des erreurs financières de portée très significative, dont l'évaluation porte sur un champ incomplet et manque de fiabilité.

Cette réserve est justifiée par les **six constats d'audit suivants**.

**Le contrôle des facturations de frais de santé**

**Constat n°9** : la facturation directe des frais de santé, déjà insuffisamment couverte par des contrôles au regard des risques de prise en charge de dépenses injustifiées ou pour des montants inexacts, l'était encore moins en 2020 du fait de mesures d'allègement des contrôles.

**Les contrôles a priori automatisés**

La facturation en ligne<sup>43</sup>, qui intègre des contrôles automatisés de l'assurance maladie, contribue à fiabiliser les frais de santé facturés par des professionnels de santé dont les actes, prestations ou biens ont pour origine une prescription médicale. Toutefois, elle n'est toujours proposée, en 2020, et de façon facultative, qu'aux seuls transporteurs sanitaires (ambulances, véhicules sanitaires légers) et une partie seulement de ces derniers l'utilise.

---

<sup>41</sup> Hors mutuelles délégataires du régime général (4,6 Md€).

<sup>42</sup> Les établissements de santé privés à caractère lucratif (ex-OQN) pour les séjours et actes externes ; les établissements publics et privés non lucratifs (ex-DG) pour les médicaments rétrocédés par leurs pharmacies internes, les actes externes et, pour ceux participant à l'expérimentation d'une facturation directe, les séjours ; les rares établissements médico-sociaux encore financés au prix de journée.

<sup>43</sup> SEFi (système électronique de facturation intégrée).

Les contrôles automatisés *a priori* de l'application de liquidation des remboursements de frais de santé facturés directement à l'assurance maladie par les professionnels et les établissements ne couvrent que très partiellement les risques de non-respect de la réglementation (interdictions de cumul ou d'association de facturation de certains actes médicaux ou paramédicaux, de dépassement du délai de facturation pour certains établissements médico-sociaux et de prise en charge injustifiée de certaines prestations par l'assurance maladie).

Ces contrôles automatisés *a priori*, déjà allégés<sup>44</sup>, l'ont été une nouvelle fois fin mars 2020. Ainsi, de multiples allègements, voire suspensions, couvrant la plus grande partie de l'exercice 2020 et en grande partie maintenus en fin d'exercice, ont porté sur des situations de prise en charge de dépenses non conformes aux droits des assurés, de facturations anormales par les professionnels et les établissements de santé ou de facturations pour lesquelles le prescripteur n'est pas identifié. Ils se traduisent par des règlements sans contrôle par les caisses, qui exposent l'assurance maladie à des risques non évalués par la CNAM, mais plus élevés que l'exercice précédent, de prise en charge de dépenses injustifiées ou pour un montant inexact.

Par ailleurs, dans l'attente d'évolutions informatiques, le respect des règles de délivrance des médicaments princeps et de facturation de ces derniers lorsque le médecin n'a pas motivé l'impossibilité de le remplacer par un médicament générique demeure mal assuré par les contrôles automatisés *a priori* et par ceux *a posteriori* effectués par les caisses.

### **Les contrôles a posteriori des caisses**

Les contrôles *a posteriori* de la facturation des actes et prestations ne compensent toujours que partiellement la portée insuffisante des contrôles automatisés *a priori*. En effet, leur périmètre demeure limité aux paiements multiples de mêmes actes, prestations ou biens, ainsi qu'à un nombre réduit de factures émises par des professionnels de santé.

De surcroît, le contexte de crise sanitaire s'est accompagné d'une réduction de moitié du nombre de contrôles ciblés de facturation sur certains professionnels de santé (481 600 contrôles sur les deux années 2020 et 2021, contre 518 900 en 2019), prescrits par le directeur comptable et financier de la CNAM. Les contrôles effectués en 2020 sur 176 200 factures d'infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pharmaciens et transporteurs ont un impact limité (2,9 M€ d'indus).

---

<sup>44</sup> À la suite de l'instauration de la PUMa et de la garantie de paiement en faveur des professionnels de santé en tiers payant.

De plus, les contrôles *a posteriori* destinés à garantir le correct traitement des rejets et des signalements liés aux flux de facturation télétransmis sont mis en œuvre de manière très partielle ou ne ciblent qu'une profession, ce qui limite la détection d'anomalies.

### **Les indus de facturation et montants à la charge des assurés**

La possibilité de notifier des indus est limitée par le fait que les données relatives aux prestations versées sont conservées dans la base de données exploitable par les caisses (*SIAM ERASME*) pendant une période plus courte (deux ans) que celle du délai de prescription de l'action en recouvrement à l'encontre des professionnels et établissements (trois ans).

En cas de tiers payant, les seuils de mise en recouvrement des créances de participations forfaitaires et franchises<sup>45</sup> (0,9 Md€ à fin 2020) conduisent à exclure à tort des assurés redevables de ces dernières, ce qui contribue aux pertes sur créances irrécouvrables (0,1 Md€ en 2020).

### **Les prises en charge nouvelles en réponse à la crise sanitaire : les tests de la covid 19 et la télésanté**

En principe, l'assurance maladie prend en charge les tests de dépistage par RT-PCR et les tests antigéniques facturés par les professionnels de santé autorisés (1,8 Md€ en 2020), sous réserve qu'ils en saisissent les résultats dans la base de données médicales SI-DEP<sup>46</sup>. Le respect de cette condition ne fait l'objet d'aucune vérification, par rapprochement des données des tests avec celles de leur facturation. De manière générale, les facturations de tests n'ont fait l'objet d'aucun contrôle de l'assurance maladie en 2020.

Pour les actes de télésanté facturés par les médecins et les auxiliaires médicaux, le respect de conditions de prise en charge de ces dépenses n'est pas vérifié par des contrôles *a priori* automatisés. Il en va de même de la situation des patients présentant les symptômes de l'infection ou atteints de la covid 19 qui permet d'y déroger pour certains actes (comme les téléconsultations). Ces actes de télésanté n'ont fait l'objet d'aucun contrôle *a posteriori* de l'assurance maladie en 2020.

---

<sup>45</sup> Déduites de certains frais de santé facturés par les professionnels de santé.

<sup>46</sup> Système d'information national de dépistage.

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

### *La conformité aux prescriptions*

**Constat n°10** : sauf exception, l'assurance maladie prend en charge les actes, prestations et biens de santé prescrits par des médecins sans vérifier *a priori* ou *a posteriori* la conformité des facturations à ces prescriptions.

Dans l'attente de la mise en place par l'assurance maladie de solutions de dématérialisation couvrant l'ensemble des prescriptions, les médecins libéraux et salariés continuent de prescrire des actes, des prestations et des biens de santé par la voie d'ordonnances papier, sauf cas particulier<sup>47</sup>. En dehors de ce cas, la conformité des facturations aux prescriptions ne peut être vérifiée *a priori* par des contrôles automatisés dans le système d'information de l'assurance maladie ou dans les logiciels des professionnels prescrits.

Pour sa part, l'assurance maladie règle les factures émises par les professions prescrites (infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pharmaciens, transporteurs et taxis notamment), généralement de manière dématérialisée, sans les rapprocher au préalable, sauf exception, des prescriptions papier qui en sont en principe à l'origine.

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 très réduit de facturations (0,14 % du nombre de décomptes de prestations liquidés en 2020, après 0,15 % en 2019)<sup>48</sup>.

### *La conformité aux accords préalables*

**Constat n°11** : malgré les actions engagées, le dispositif d'accord préalable du service médical ne fait toujours pas obstacle à la prise en charge injustifiée de certains frais de santé par l'assurance maladie.

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

---

<sup>47</sup> Un nombre réduit de médecins, quoiqu'en notable augmentation, utilise le service de prescription électronique de transport que l'assurance maladie met à leur disposition (environ, 19 500 contre 6 200 en 2019).

<sup>48</sup> Poids des contrôles des paiements multiples et ciblés des professionnels de santé.

En outre, les facturations d'actes et de prestations soumis à son accord préalable et pour lesquels cet accord n'a pas été demandé, ainsi que les facturations correspondant à des demandes refusées ou dépassant les plafonds de prise en charge, ne sont toujours pas bloquées par des contrôles automatisés, ce qui peut conduire l'assurance maladie à régler des dépenses injustifiées, pour l'essentiel définitives du fait du nombre réduit de contrôles *a posteriori* qui pourraient les détecter.

#### *Le suivi de la réception des pièces justificatives*

**Constat n°12** : décidée en 2020, la non-transmission des pièces justificatives de la facturation pourrait exposer l'assurance maladie à des risques de défaut de justification d'une partie des règlements de frais de santé et à des difficultés de réalisation des contrôles *a posteriori*.

Dans le contexte de la crise sanitaire, l'assurance maladie a dispensé les professionnels et les établissements de santé, sans texte, d'envoi des pièces justificatives de leurs facturations. Au total, 3,5 Md€ de facturations ne se sont pas accompagnées en 2020 de la réception de pièces justificatives, contre 0,3 Md€ en 2019. S'il est prévu que les professionnels conservent par devers eux ces pièces, l'absence de transmission ultérieure des pièces manquantes exposerait l'assurance maladie à un défaut de justification d'une partie des règlements de frais de santé. En outre, la réalisation de contrôles *a posteriori* serait plus consommatrice de temps.

L'utilisation par les caisses du nouvel outil de suivi des pièces justificatives lorsque les facturations émises au titre de leurs assurés émanent de professionnels de santé exerçant dans le ressort géographique d'autres caisses (*PJN*), ne peut être appréciée. En effet, elles ne sont pas identifiées parmi celles enregistrées dans l'outil principal de suivi et de contrôle des pièces justificatives (*FLUX TIERS*), auquel ce nouvel outil n'est pas encore relié.

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

**Constat n°13** : malgré leur forte réévaluation en 2020 à la suite de constats de la Cour, les mesures du risque financier résiduel affectant les prises en charge de frais de santé par l'assurance maladie sont encore sous-évaluées.

La CNAM mesure annuellement la fréquence et la portée financière des erreurs qui affectent à titre définitif les prises en charge de frais de santé qui lui sont facturés directement par les professionnels et établissements de santé. Ces mesures reposent sur le contrôle par la CNAM d'un échantillon de près de 1 600 dossiers au total (1 300 en 2019).

Pour 2020, la fréquence des erreurs s'établit selon la CNAM, en valeur centrale statistique, à 6,0 % des prises en charge, contre 7,45 % en 2019. À la suite de la correction, à la demande de la Cour, d'une erreur portant sur la méthode de calcul<sup>49</sup>, le montant estimé des erreurs atteint 1,9 Md€, soit 2,4 % du montant des prestations versées, contre 1 Md€ avant correction, soit 1,3 %. Selon la CNAM, cette anomalie a une portée comparable sur la mesure de l'exercice précédent (réduction de moitié).

Pour l'essentiel (plus de 90 % en montant), les erreurs correspondent à des indus de versement au détriment de l'assurance maladie. Comme en 2019, la plupart traduisent des erreurs de cotation des actes et des prestations de santé au regard des règles fixées par les nomenclatures, des facturations qui s'écartent des prescriptions médicales et des surfacturations manifestes. Une grande partie des erreurs concerne les professions de santé prescrites.

Malgré la correction précitée, des insuffisances méthodologiques continuent à affecter les mesures du risque financier résiduel. Ainsi, le calcul de l'intervalle de confiance de l'incidence financière des erreurs ne permet toujours pas d'apprécier correctement le niveau d'incertitude de l'estimation. En outre, la représentativité encore insuffisante du nombre de factures prises en compte dans l'échantillon contrôlé, quoiqu'élargi en 2020, expose toujours les mesures du risque financier résiduel à un risque élevé de volatilité<sup>50</sup> et limite leur comparabilité d'un exercice à l'autre. De surcroît, les modalités de constitution de l'échantillon ne prennent toujours pas en compte de manière satisfaisante la part effective des différents modes de facturation et des diverses catégories de professionnels et d'établissements, ni leurs enjeux financiers. Enfin, la CNAM ne rapproche pas l'assiette des montants de règlements sur laquelle elle fait porter le calcul des mesures de risque résiduel (81,5 Md€) des charges de prestations comptabilisées ; il en va de même du nombre de factures. L'incidence des écarts correspondants sur les mesures n'est pas évaluée.

En tout état de cause, les mesures du risque financier résiduel qui affecte les prises en charge de frais de santé sont, de fait, des valeurs minimales. En effet, elles ne prennent pas en compte les maintiens de droits en faveur d'assurés qui ne résident pas effectivement en France et n'intègrent pas non plus les risques en principe couverts par l'intervention du service médical (lien ou non des dépenses avec une ALD exonérant le ticket modérateur, respect ou non des accords préalables).

---

<sup>49</sup> Pour calculer le montant moyen des erreurs à un niveau agrégé, la CNAM pondérait à tort les montants moyens d'erreurs par le nombre de factures au niveau de la population au lieu de retenir le nombre d'erreurs extrapolées à la population.

<sup>50</sup> Selon la CNAM, la valeur centrale statistique de cet indicateur, après correction, est passée de 2,8 Md€ en 2017 à 1,5 Md€ en 2018 avant de remonter à 1,9 Md€ en 2019.

De plus, l'échantillon contrôlé comprend des factures pour lesquelles l'incidence des anomalies détectées ne peut être évaluée de façon satisfaisante ou reste indéterminée (facturations sans pièces justificatives, non-respect des règles de délivrance des médicaments).

Par ailleurs, l'audit par la Cour de dossiers déjà contrôlés par la CNAM fait apparaître des erreurs de qualification des anomalies (pour l'essentiel avec incidence financière) ou de valorisation de celles-ci, en hausse pour celles ayant une incidence sur le calcul des mesures.

Enfin, la moitié des factures de l'échantillon porte, comme les autres années, sur l'exercice précédent. Compte tenu des bouleversements de toute nature induits par la crise sanitaire, la représentativité des mesures est moins bien assurée pour l'exercice 2020 que pour les exercices précédents. À cet égard, la CNAM n'a pas communiqué d'analyse du niveau et de l'évolution des mesures corrigées entre 2019 et 2020.

Compte tenu de ce qui précède, et contrairement aux branches famille et vieillesse, la Cour ne dispose que d'une assurance limitée sur la portée des risques résiduels qui affectent la principale composante des charges de la branche maladie.

### **Les prestations réglées par les mutuelles pour le compte du régime général**

**Constat n°14** : les prises en charge de frais de santé liquidées par les mutuelles (4,6 Md€) pour le compte du régime général d'assurance maladie ne font pas l'objet d'un contrôle suffisant par la CNAM.

En l'absence d'un dispositif d'échanges de données, l'assurance maladie ne peut vérifier la correcte prise en compte, par les mutuelles délégataires du régime général, des avis rendus par le service médical.

Les rapports qu'établissent les mutuelles sur le contrôle interne applicable aux frais de santé qu'elles règlent pour le compte de l'assurance maladie, et son examen par les auditeurs des CPAM, n'apportent pas d'éléments probants sur son efficacité. Les audits internes réalisés par les mutuelles ont d'ailleurs été largement suspendus en 2020 dans le contexte de la crise sanitaire. Les premiers résultats de nouveaux tests réalisés par la CNAM sur le processus de liquidation de la MGEN, qui restent à consolider, mettent en évidence des fragilités liées aux contrôles automatisés sur ce processus.

Le risque financier résiduel a été estimé par cinq mutuelles à partir du contrôle *a posteriori* d'environ 4 200 dossiers au total. Selon la CNAM, le montant des erreurs est, en valeur centrale statistique, de 0,6 % des règlements, soit 26 M€. Une mutuelle affiche un taux atypique de 0 %. L'indicateur est affecté en tout état de cause par des limites méthodologiques identiques à celles relevées pour l'indicateur des prises en charge par l'assurance maladie des frais de santé en facturation directe (cf. constat n°13 *supra*). Son calcul erroné a, en outre, pour effet de diviser par près d'un et demi les résultats affichés.

*d) Le contrôle interne des prises en charge de frais de santé facturés par les établissements de santé publics et privés*

Sauf exception, la facturation des séjours hospitaliers par les établissements de santé publics et privés à but non lucratif transite par la plateforme e-PMSI de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), tandis que les établissements de santé privés les facturent directement à l'assurance maladie (44,6 Md€ au total).

**Réserve n°4 :** les contrôles sur les séjours facturés par les établissements de santé publics et privés, allégés dans le contexte de la crise sanitaire, ne permettent pas de garantir la correcte prise en charge des frais de santé correspondants par l'assurance maladie.

Cette réserve est justifiée par les **deux constats d'audit suivants**.

**Constat n°15 :** les séjours facturés par les établissements de santé publics et privés sont insuffisamment contrôlés et le risque financier résiduel n'est pas évalué, ce qui limite le niveau d'assurance sur la correcte prise en charge des dépenses correspondantes par l'assurance maladie.

Les séjours tarifés à l'activité (T2A) effectués dans les établissements de santé publics et privés non lucratifs (« ex-DG ») sont financés par l'assurance maladie sur le fondement d'arrêtés pris par les agences régionales de santé (ARS) au vu de l'activité valorisée qu'ils déclarent dans e-PMSI. Les contrôles opérés par les ARS sur cette valorisation et, au vu des opinions exprimées par leurs commissaires aux comptes<sup>51</sup>, par une partie des établissements concernés sont insuffisants pour prévenir le risque d'erreurs de portée significative.

---

<sup>51</sup> Seuls six établissements publics de santé (dont l'APHP) ont bénéficié d'un dispositif d'audit aménagé pour la clôture de leurs comptes 2019. Le cycle des recettes, liées notamment aux facturations de séjours, constitue désormais le premier motif de réserves sur les comptes (39 % des réserves).



En l'absence de facturation directe des séjours, sauf exception, contrairement aux établissements privés lucratifs (« ex-OQN »), les seuls contrôles effectués par l'assurance maladie sur les données déclarées par les établissements « ex-DG » interviennent *a posteriori* et dans le cadre de la lutte contre les fraudes et les pratiques fautives. Ces contrôles sont peu nombreux en temps normal (cible nationale de 0,7 % des séjours dans l'ensemble des établissements « ex-DG » et « ex-OQN »). En 2020, la crise sanitaire a conduit à les suspendre totalement. La CNAM n'a pas de visibilité sur les actions mises en œuvre par les ARS afin de détecter des erreurs courantes de codage et de valorisation de l'activité.

Pour déterminer le montant définitif de la garantie de financement dont il a pu bénéficier du fait de la crise sanitaire, l'activité valorisée de chaque établissement de santé a été rapprochée du montant de cette garantie. Or ce dernier est déterminé sur la base de l'activité déclarée en 2019, qui manque elle-même de fiabilité. Ce constat affecte la justification des charges qui seront définitivement comptabilisées à ce titre.

Par ailleurs, certaines caisses continuent à suivre les concours financiers aux établissements de santé (règlement des séjours pour les établissements ex-DG, dotations MIGAC, dotations annuelles de financement) et médico-sociaux (dotations, hors facturations des séjours au prix de journée) publics et privés à l'aide d'outils bureautiques, sans recourir au logiciel dédié (*BASET*), auquel des contrôles automatisés sont intégrés. Pour les autres caisses, l'absence d'interface entre cet outil et le logiciel qui permet d'éditer les fichiers de paiement (*RBDG*) démultiplie les saisies manuelles et, ce faisant, les risques d'erreur.

En outre, les conditions de mise en œuvre d'une partie des contrôles de l'ordonnateur et du directeur comptable et financier sur les frais de santé facturés directement par les établissements publics et privés font apparaître des faiblesses qui en affectent l'efficacité. À cet égard, les modalités de détermination des taux d'anomalies de certains contrôles comportent des biais qui affectent la correcte appréciation de leurs résultats.

Enfin, l'efficacité des dispositifs de contrôle interne mis en œuvre par l'assurance maladie pour le règlement des séjours aux établissements de santé n'est toujours pas évaluée au travers d'un indicateur de risque financier résiduel qui serait établi à partir des résultats du contrôle *a posteriori* d'un échantillon représentatif de séjours.

**Constat n°16** : les actes et consultations externes facturés directement par les établissements de santé publics et privés à but non lucratif (2,4 Md€) sont insuffisamment contrôlés.

Les contrôles de l'assurance maladie sur les frais de santé facturés directement par les établissements de santé publics et privés à but non lucratif, au titre notamment des forfaits techniques d'imagerie, ciblent imparfaitement les dossiers à contrôler. Ils reposent sur un examen limité aux seules pièces justificatives obtenues, souvent incomplètes.

*e) Le contrôle interne des prestations en espèces*

**Réserve n°5** : les insuffisances du contrôle interne des indemnités journalières maladie et maternité, accrues du fait de la crise sanitaire, sont affectées par des erreurs dont la portée financière est sous-évaluée ; les risques d'erreur relatifs aux pensions d'invalidité ne sont que partiellement maîtrisés.

Cette réserve est justifiée par les **quatre constats d'audit suivants**.

**L'attribution des indemnités journalières**

**Constat n°17** : le contrôle interne des services administratifs des caisses d'assurance maladie couvre insuffisamment les risques liés à l'attribution des indemnités journalières (14,1 Md€), y compris celles dites dérogatoires instaurées dans le contexte de la crise sanitaire (dont le montant est estimé à au moins 1,5 Md€).

L'augmentation de la charge de travail liée à la liquidation des indemnités journalières de droit commun et dérogatoires (adultes gardant des enfants, personnes vulnérables et professions libérales interrompant leur activité notamment) a été pour partie absorbée, dans les caisses auditées, par des allègements du dispositif de contrôle interne autorisés par la CNAM. Cet allègement des contrôles de l'ordonnateur en 2020 accentue le risque d'erreurs, ce qui réduit le niveau d'assurance quant à l'exactitude des prestations comptabilisées.

De surcroît, le dispositif de contrôle interne déployé sur les indemnités dérogatoires est incomplet en 2020. En effet, il ne prévoit pas de contrôles sur la situation des enfants de plus de 16 ans, sur le cumul des indemnités journalières dites « garde d'enfant » avec celles versées à des professionnels de santé ou des professions libérales, ainsi que sur le cumul d'indemnités journalières avec des allocations d'activité partielle.

En outre, les faiblesses structurelles du processus de gestion des indemnités journalières n'ont pas connu d'évolution notable en 2020.

Ainsi, en principe, les employeurs informent les caisses d'assurance maladie d'un arrêt de travail par une déclaration sociale nominative (DSN) événementielle, qui permet de reconstituer les salaires à prendre en compte pour calculer les indemnités. Cependant, les attestations de salaires reconstituées à partir de cette source ne représentent en moyenne qu'un peu plus de la moitié des attestations de salaires reçues en 2020 sous format dématérialisé. Cette circonstance limite la contribution de la DSN à la maîtrise des risques d'erreur affectant ces prestations.

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

Les contrôles *a priori* automatisés à réception des avis d'arrêt de travail (AAT) ne sont pas toujours adaptés, ni bloquants. En outre, le niveau de couverture et les modalités de mise en œuvre des contrôles portant sur le traitement des AAT, reçus encore pour près de moitié sous format papier en 2020, comportent des faiblesses persistantes. En l'absence de consigne nationale, les signalements suscités par les contrôles automatisés ne sont pas traités de façon homogène par les caisses.

S'agissant des contrôles *a posteriori*, réalisés par les services administratifs, la détermination du nombre de dossiers à contrôler et l'actualisation de la taille et de la répartition de l'échantillon sont laissées à l'appréciation des caisses. Par ailleurs, les insuffisances dans la mise en œuvre des consignes (couverture insuffisante des contrôles réalisés, défaut de ciblage de situations à risques, nombre limité de dossiers contrôlés au regard des flux) persistent.

Contrairement aux dispositions de l'article R. 323-12 du code de la sécurité sociale, les AAT reçus après la fin de la période de repos, à un moment où le contrôle n'est donc plus possible, continuent de donner lieu au versement d'indemnités.

La gestion des indemnités journalières versées aux travailleurs indépendants immatriculés pendant l'exercice fait apparaître une couverture insuffisante des risques spécifiques liés au traitement de ces dossiers et un niveau insuffisant d'appropriation des règles d'ouverture de droits par les agents des caisses d'assurance maladie.

Les contrôles opérés par la direction comptable et financière font apparaître la persistance de faiblesses dans l'appropriation de la réglementation et d'erreurs de calcul des indemnités par les services ordonnateurs, dont les supervisions internes sont insuffisantes. De manière générale, la documentation des contrôles de toute nature et des résultats affichés manque encore de fiabilité pour fonder la mise en œuvre d'actions correctives.

**Constat n°18** : malgré des progrès, le contrôle interne des activités du service du contrôle médical couvre insuffisamment les risques de versement injustifié et de suspension tardive des indemnités, qui se sont accentués dans le contexte de la crise sanitaire.

Le dispositif de contrôle des AAT par le service médical permet d'identifier les avis à contrôler dès leur réception par les caisses, mais les délais de convocation des assurés demeurent élevés.

Compte tenu de la suspension des convocations pendant le premier confinement, le nombre d'examen sur personne est insuffisant sur l'exercice pour maîtriser les risques d'ouverture ou de maintien médicalement injustifiés des droits aux indemnités journalières, notamment pour les arrêts longue durée. En outre, les supervisions de l'activité de contrôle des arrêts de travail et des avis médicaux rendus à ce titre ne sont que partiellement mises en œuvre.

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

### **Les erreurs résiduelles liées aux indemnités journalières, après contrôle interne**

**Constat n°19** : les mesures du risque financier résiduel affectant les indemnités journalières versées aux salariés procurent une représentation encore incomplète de ce risque et ne peuvent être comparées à celles de l'exercice précédent.

La CNAM mesure annuellement la fréquence et la portée financière des erreurs qui affectent les indemnités journalières maladie, maternité et AT-MP nouvellement mises en paiement. Ces mesures sont déterminées à partir du contrôle par la CNAM d'un échantillon d'indemnités, dont les

modalités ont été sensiblement modifiées en 2020 (environ 1 200 indemnités avec une équi-répartition selon les trois risques - maladie, maternité, AT-MP, contre 900 en 2019).

Les risques résiduels sont désormais distingués par branche. Pour 2020, la fréquence des erreurs s'établit, en valeur centrale statistique, à 8,0 % des indemnités (8,8 % pour les AT-MP) et 8,1 % toutes branches confondues. Le montant des erreurs atteint 212 M€, soit 1,50 % du montant des prestations (45 M€, soit 1,23 % pour les AT-MP)<sup>52</sup>.

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

Bien qu'elles ne soient pas comparables à l'exercice précédent compte tenu des changements méthodologiques qui leur ont été apportés en 2020, les mesures du risque financier résiduel n'ont pas été analysées par la CNAM. Dans un contexte marqué par un allègement des contrôles de toute nature, leur niveau peut ainsi difficilement être apprécié. De surcroît, les indemnités dérogatoires éventuellement contrôlées lors du test national n'ont pas été identifiées, ce qui ne permet pas d'évaluer les risques affectant spécifiquement ces prestations (1,2 Md€ en 2020).

Par ailleurs, l'audit par la Cour de décomptes déjà contrôlés par la CNAM fait toujours apparaître une fréquence élevée d'erreurs de qualification (avec ou sans incidence financière) ou de valorisation des anomalies (avec incidence).

S'agissant des indemnités attribuées aux travailleurs indépendants (0,5 Md€ en 2020), la CNAM n'en mesure toujours pas les risques résiduels.

---

<sup>52</sup> Pour la branche maladie, compte tenu de la taille de l'échantillon, il y a 95 % de probabilité, selon la CNAM, que la fréquence des erreurs résiduelles soit comprise entre 6,1 % et 9,9 %. Le montant moyen des erreurs étant de 82,76 €, le montant total des erreurs résiduelles est compris, avec le même niveau d'assurance, entre 139 M€ et 301 M€. Pour la branche AT-MP, compte tenu de la taille de l'échantillon, il y a 95 % de probabilité, selon la CNAM, que la fréquence des erreurs soit comprise entre 6,0 % et 11,6 %. Le montant moyen des erreurs étant de 82,17 €, le montant total des erreurs résiduelles est compris, avec le même niveau d'assurance, entre 26 M€ et 68 M€.

## Les pensions d'invalidité

**Constat n°20** : le contrôle interne des pensions d'invalidité (6,5 Md€), qui porte en particulier sur la date de stabilisation de l'état de santé de l'assuré et les déclarations de ressources, couvre insuffisamment les risques d'absence de liquidation comme de versement injustifié de ces prestations.

Le dispositif de contrôle interne est partiellement déployé par le service médical. Les faiblesses du contrôle des arrêts de travail de longue durée déployé par le service médical, accentuées par l'impossibilité de convoquer les assurés durant la période de confinement, conduisent à prévenir insuffisamment le risque de mise en invalidité tardive des assurés concernés qui doit intervenir au moment où leur état de santé est stabilisé. De ce fait, l'assurance maladie est exposée au risque de versements injustifiés d'indemnités journalières, en lieu et place de pensions d'invalidité, après la date de stabilisation.

S'agissant du processus administratif de gestion de ces prestations, les contrôles effectués par la CNAV ne procurent qu'une assurance partielle sur la fiabilité des données de salaires reportées aux comptes de carrière pris en compte pour le calcul des pensions d'invalidité (moyenne des salaires des dix meilleures années).

La fiabilité des processus administratifs d'attribution et de mise à jour des pensions est fragilisée par le caractère ponctuel des contrôles réalisés sur les déclarations périodiques de ressources transmises par les assurés, ce qui limite le niveau d'assurance quant à l'exactitude des pensions versées aux assurés.

L'absence de supervision des contrôles effectués par les directions comptables et financières limite le niveau d'assurance que procure le contrôle des prestations liquidées préalablement à leur mise en paiement pour la maîtrise des risques qui en affectent l'attribution et le calcul. En outre, les limites fonctionnelles des outils utilisés affectent la restitution des résultats des contrôles.

Compte tenu des limites du système d'information, l'absence de revalorisation différenciée des pensions, bien que prévue par la LFSS 2020, en application de consignes données par la direction de la sécurité sociale<sup>53</sup>, induit une surévaluation du montant des pensions versées aux assurés percevant plus de 2 000 € de pensions d'invalidité.

---

<sup>53</sup> Courrier de la direction de la sécurité sociale du 24 mars 2020 – revalorisation des pensions d'invalidité au 1<sup>er</sup> avril 2020.

Enfin, l'efficacité du contrôle interne n'est toujours pas mesurée par des indicateurs de risque financier résiduel.

*f) La justification des comptes*

**Réserve n°6** : la justification des comptes est affectée par des limitations aux travaux d'audit et des désaccords portant, notamment, sur des écritures d'inventaire relatives, en particulier, à la comptabilisation des provisions et des charges pour prestations de soins.

Cette réserve est justifiée par les **huit constats d'audit suivants**.

**La justification des états financiers**

**Constat n°21** : le défaut, le caractère inabouti ou le retard de transmission de certaines données confirment les fragilités des outils et des processus d'établissement et de justification des états financiers et induisent des limitations aux travaux d'audit de la Cour.

À l'instar de l'exercice précédent, la CNAM n'a pas transmis d'état récapitulatif de l'objet des écritures passées entre l'arrêté des comptes de résultats et bilans provisoires (au 22 février) et celui des comptes définitifs (au 15 mars) permettant d'assurer le passage entre ces deux jeux de comptes. Elle n'a, de surcroît, pas communiqué d'autres pièces pourtant essentielles à l'audit des comptes (justification des soldes de charges à payer, données détaillées sur la garantie de financement des établissements de santé, certains accords de soldes justifiant la réciprocité d'opérations avec d'autres entités, notamment). Par ailleurs, le rapprochement de soldes entre les comptes de la branche maladie et certains régimes affiche un écart de l'ordre de 200 M€ au total, qui ne sera pas régularisé avant 2021.

De même, et indépendamment des incidences de l'état d'urgence sanitaire, plusieurs documents nécessaires à l'audit des comptes ont été à nouveau fournis tardivement et parfois sous une forme inaboutie.

C'est le cas, en particulier, malgré certains progrès, de la revue analytique des charges, qui manque de précision et fournit peu de données analytiques sur les déterminants des montants comptabilisés (volume d'activité de soins, effets des tarifs, etc.). Elle ne permet pas, dans certains cas, de rapprocher les montants commentés avec ceux comptabilisés et de disposer d'une analyse pertinente des principaux postes de charges, notamment ceux affectés par la crise sanitaire. Ces mêmes insuffisances concernent aussi les états d'analyses de certains soldes comptables qui ont pour objet de sécuriser les états financiers.

Ainsi, le niveau d'assurance sur la fiabilité des comptes est dégradé. Ces lacunes confirment les limites du processus d'établissement des comptes mis en œuvre par la CNAM et conduisent à constater une limitation aux travaux d'audit visant à s'assurer de leur justification.

### **Les provisions et les charges pour prestations de soins**

**Constat n°22** : la provision pour charges de prestations légales à la clôture de l'exercice (8 Md€, contre 6,6 Md€ en 2019) correspond en grande partie à des charges à payer et l'évaluation de la part réellement estimée est affectée par des incertitudes significatives.

La provision pour charges de prestations légales qui couvre les dépenses liées, pour l'essentiel, aux soins réalisés au cours de l'exercice et qui seront remboursés durant l'exercice suivant, augmente de façon importante sous l'effet du dispositif de garantie de financement<sup>54</sup> en faveur des établissements privés lucratifs ex-OQN (+ 1 Md€ selon la CNAM, toutes branches confondues).

Cette provision, pour une part importante (3,9 Md€ contre 3,6 Md€ en 2019), correspond en réalité à des charges à payer dont l'échéance et le montant ont un caractère certain à la date d'arrêté des comptes. La prise en compte de dépenses certaines dans l'évaluation de la provision ne permet d'analyser son dénouement pendant l'exercice suivant, ce qui réduit le niveau d'assurance sur sa correcte évaluation.

La prise en compte insuffisante, dans la méthode d'évaluation de la provision, des situations où des évolutions atypiques affectent le rythme mensuel des dépenses affecte d'une incertitude la correcte évaluation de la part réellement estimée de la provision (qui augmente de +35 % pour atteindre 4,1 Md€). De plus, le montant de la provision calculé par le modèle statistique n'a pas été ajusté pour certaines catégories de dépenses pour lesquelles la CNAM estime l'incertitude particulièrement élevée. Lorsque des ajustements ont été opérés, leurs fondements sont fragiles.

Enfin, la CNAM n'a pas été en mesure de produire un état détaillé du montant de la garantie de financement par établissement du champ ex-OQN, laquelle est comprise dans les charges de prestations légales provisionnées, dans des délais compatibles avec l'audit des comptes, ce qui induit une limitation aux travaux d'audit et une incertitude sur les montants comptabilisés.

---

<sup>54</sup> La garantie de financement des établissements de santé publics et privés, mise en place par l'ordonnance n°2020-309 du 25 mars 2020, vise à préserver leurs recettes, affectées par la baisse de leur activité.



**Constat n°23** : l'absence d'informations, appropriées et suffisantes, sur les estimations comptables relatives aux dotations hospitalières et à l'activité tarifée du secteur ex-DG (9,1 Md€) et aux avances de trésorerie versées aux établissements (1,3 Md€) induit des limitations à l'audit.

Sur le champ des établissements publics et privés non lucratifs ex-DG, l'incomplétude ou l'insuffisance des informations transmises relatives à la comptabilisation et aux contrôles réalisés sur les opérations d'inventaire induit une limitation à l'audit. Elles ne permettent pas de disposer d'une assurance raisonnable sur l'exhaustivité et l'exactitude des montants comptabilisés de charges à payer et de provisions pour charges (9,1 Md€ au total).

En particulier, les comptes de résultats et bilans définitifs pour 2020 de la branche maladie arrêtés le 15 mars 2021 comportent un complément de dotations MIGAC et DAF aux établissements de santé (1,5 Md€, soit plus de 5 % des dotations de l'exercice). Cet enregistrement a procédé de l'intégration dans les comptes de données calculées par l'ATIH, en l'absence d'arrêté publié à la date de transmission des comptes définitifs<sup>55</sup>. En l'absence d'éléments probants, la Cour n'a pu s'assurer de la justification des montants provisionnés.

En complément de la garantie de financement, des avances ont été versées (pour 1,3 Md€ au total) aux établissements de santé publics et privés afin de compenser des recettes versées en temps normal par les assurances maladie complémentaires (AMC). La base juridique de ces versements, effectués dans un contexte d'urgence, n'est pas établie, ce qui affecte la justification des montants comptabilisés à ce titre. En outre, les modalités d'apurement de ces avances n'étaient pas arrêtées à la date de production des comptes définitifs, ce qui induit une incertitude sur le caractère recouvrable des montants versés et comptabilisés à ce titre.

Par ailleurs, les circulaires budgétaires des 2 novembre et 17 décembre 2020 ont autorisé les ARS à attribuer à des établissements de santé publics et privés des compensations (pour un montant total de 0,5 Md€) ayant vocation à consolider « *le cas échéant* » en tout ou partie les avances accordées par l'assurance maladie sur les recettes d'activité – part complémentaire. Les modalités de compensation n'étant pas arrêtées lorsque les comptes ont été définitivement arrêtés, il en résulte un risque de double paiement pour l'assurance-maladie.

---

<sup>55</sup> L'arrêté ministériel du 24 mars 2021 fixant les dotations a été publié le 28 mars.

**Constat n°24** : l'évaluation de la provision relative à l'indemnisation pour perte d'activité des professionnels de santé conventionnés (1,45 Md€) est affectée par le manque de fiabilité des données utilisées pour son calcul.

Le législateur a créé un dispositif d'aide aux professionnels de santé conventionnés dont le niveau d'activité a été particulièrement affectée par les circonstances de l'année 2020 (dispositif d'indemnisation pour perte d'activité des professionnels de santé ou DIPA). L'aide a été versée sous la forme d'acomptes sur la base de données déclarées par ces professionnels dans un téléservice mis en place par la CNAM.

Les contrôles portant sur les acomptes versés en 2020 (1,1 Md€) ont présenté une portée réduite et la documentation de leur matérialité et de leurs résultats est imparfaitement assurée. Au moment des constats de la Cour, la CNAM définissait les contrôles complémentaires à mettre en œuvre afin de fiabiliser le montant du solde restant à verser ou celui du trop-perçu à récupérer en 2021.

La provision comptabilisée par la CNAM repose pour une part importante sur des données déclaratives non contrôlées et non régularisées, l'assurance maladie n'ayant pas encore accès, au moment de l'arrêté des comptes, à certaines informations nécessaires à la correcte détermination du montant de l'aide versée à chaque professionnel (montants d'allocations d'activité partielle et indemnités journalières perçues par ce dernier).

**Constat n°25** : les dispositifs exceptionnels mis en œuvre dans le contexte de la crise sanitaire ne sont pas précisément identifiés dans les comptes.

Les concours exceptionnels aux établissements de santé (garantie de financement et avances précitées) ne sont pas retracés dans des comptes distincts de ceux correspondant aux relations financières habituelles de l'assurance maladie avec ces derniers.

De même, les indemnités journalières dérogatoires accordées notamment aux personnes ayant gardé des enfants pendant le premier confinement et à des personnes vulnérables à la covid 19 sont comptabilisées de manière indistincte parmi les charges correspondant aux indemnités journalières pour maladie. Seules des données extra-comptables permettent d'en appréhender le montant (1,5 Md€).

**Constat n°26** : 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 établissements de santé comptabilisent en produits à recevoir les séjours non terminés à la clôture de l'exercice, en application de leur référentiel comptable.

En revanche, l'assurance maladie, à tort, ne comptabilise pas de passifs à ce titre. L'incidence sur les capitaux propres de la branche maladie de la correction d'erreur qui résulterait de cette comptabilisation n'a pu être appréciée dans le cadre de l'audit.

### **La comptabilisation des produits et des dépréciations de créances relatifs aux recours contre tiers**

**Constat n°27** : des irrégularités et des incertitudes affectent les produits comptabilisés (0,7 Md€) et l'estimation des dépréciations de créances (0,7 Md€) au titre des recours contre tiers, par ailleurs affectés par une dégradation du niveau d'assurance procuré par le contrôle interne.

Le contrôle interne, partiellement mis en œuvre par les caisses et les échelons locaux du service médical dans le contexte de la crise sanitaire, procure une assurance limitée sur la détection exhaustive des sinistres, la correcte identification des débours<sup>56</sup> à notifier aux tiers responsables ou à leurs assureurs, ainsi que leurs correctes valorisation, comptabilisation et affectation aux branches maladie ou AT-MP.

Si l'application de gestion des recours contre tiers (RCT) permet dorénavant de distinguer les situations de partage de responsabilité entre la victime et le tiers responsable, les créances relatives aux débours<sup>57</sup> précédemment notifiés aux assureurs continuent d'excéder les droits dont les caisses peuvent se prévaloir auprès de ces derniers, dans une mesure qui n'a pu être appréciée dans le cadre de l'audit.

En outre, les produits liés aux débours futurs de prestations sont enregistrés en totalité dans l'exercice au cours duquel l'état de santé de la victime a été jugé stabilisé de manière définitive par le service médical de l'assurance maladie en liaison avec l'assureur ou à la suite d'une décision de justice. Or, ces produits n'ont pas toujours un caractère certain. La CNAM estime à 0,3 Md€, toutes branches confondues, les produits constatés d'avance inscrits en créances à fin 2020 (contre 0,4 Md€ l'exercice précédent), qui sont susceptibles d'être annulés en totalité pour être enregistrés au cours des exercices suivants.

---

<sup>56</sup> Ces débours correspondent aux dépenses ayant un lien direct avec les sinistres, qui seront versées dans le futur aux victimes, une fois leur état de santé stabilisé.

<sup>57</sup> Le montant de créances brutes est de 1,3 Md€ au 31 décembre 2020.

Dans un sens opposé, les retards de traitement des dossiers RCT par les caisses dans le contexte de la crise sanitaire induisent un risque de sous-évaluation des produits de l'exercice, qu'une enquête partielle de la CNAM ne permet pas d'écarter.

Depuis 2016, la CNAM reconduit chaque année le même taux de dépréciation des créances de RCT (52,9 %). Les modalités d'estimation de ce taux ne sont pas documentées, dans un contexte où l'application informatique de gestion des créances ne retrace toujours pas de manière fiable les données relatives aux recouvrements et aux annulations futures de produits et de créances. En outre, le dispositif d'identification des créances douteuses ne couvre pas toutes les situations comportant un risque de non-recouvrement. Enfin, le dénouement de la dépréciation comptabilisée n'est pas analysé durant l'exercice suivant, ce qui réduit le niveau d'assurance sur son estimation.

### **La comptabilisation des créances et dettes internationales d'assurance maladie**

Le centre national des soins à l'étranger (CNSE) de l'assurance maladie facture à des organismes étrangers de protection sociale les soins dispensés à des personnes n'ayant pas la qualité d'assurés sociaux en France et prend en charge les soins donnés à l'étranger à des assurés des régimes français d'assurance maladie.

**Constat n°28** : des incertitudes affectent les montants de créances et de dettes à l'égard des organismes étrangers de protection sociale, ainsi que les provisions et charges à payer pour soins à rembourser à ces derniers.

Les montants de créances (1,1 Md€) et de dettes (0,5 Md€) internationales d'assurance maladie ne sont pas fiabilisés, en raison d'une quasi-absence de réconciliation de ces soldes entre la branche maladie et les principaux organismes étrangers.

Les créances présentées par le CNSE aux organismes étrangers présentent des risques élevés d'inexactitude et de non-recouvrement, partiellement couvert par des dépréciations<sup>58</sup>. Les caisses d'assurance maladie effectuent peu de contrôles sur les facturations de soins dispensés aux assurés étrangers résidant de manière temporaire ou permanente en France. Ceux effectués par le CNSE sont limités par les fonctionnalités de l'un des deux outils informatiques utilisés (*METIS*).

---

<sup>58</sup> Le montant total des dépréciations est de 114 M€ au 31 décembre 2020.

Un nouvel outil (*OVERSI*) permet depuis 2020 de mieux maîtriser les risques liés au traitement des demandes de remboursement présentées par les organismes étrangers, mais ne permet toujours pas de réaliser la totalité des traitements nécessaires à la gestion des dettes correspondantes. Les dettes nées antérieurement (soit 80 % du stock total) restent suivies dans l'autre outil (*METIS*), dont les limites fonctionnelles ne permettent pas d'assurer une gestion, un suivi et un contrôle fiables des dettes.

Le CNSE annule en comptabilité les dettes à l'égard des organismes étrangers qu'il conteste, dans l'attente du retour de ces derniers. La CNAM intègre ces dettes contestées dans une mesure indéterminée, mais partielle dans les provisions, ce qui entraîne une diminution du passif du bilan pour un montant qui n'a pu être apprécié dans le cadre de l'audit.

Malgré des progrès, l'estimation des soins à rembourser aux organismes étrangers provisionnés à la clôture de l'exercice (0,9 Md€) n'est pas fondée sur des données suffisamment fiables et réparties par année de réalisation des soins. Le défaut d'analyse du dénouement de la provision durant les exercices suivants entraîne une limitation à l'audit de son montant, de fait incertain. La détermination des charges à payer (0,7 Md€) est affectée des mêmes insuffisances.

*g) Les montants attribués par l'activité de recouvrement*

**Réserve n°7 :** les incertitudes et désaccords relevés par la Cour sur les comptes de l'activité de recouvrement affectent les principaux postes de produits et de créances de cotisations et de contributions sociales de la branche maladie.

Il est renvoyé aux constats de la Cour sur les comptes de l'activité de recouvrement de l'exercice 2020 (cf. partie I *supra*), notamment aux constats n°1, 2, 3, 34 et 35.

### III - Les comptes combinés de la branche accidents du travail – maladies professionnelles (AT-MP)

#### A - La position de la Cour sur les comptes

Au terme des vérifications dont elle rend compte au chapitre III du présent rapport, la Cour estime avoir collecté les éléments probants nécessaires pour fonder sa position sur les comptes combinés de l'exercice 2020 de la branche AT-MP, signés le 22 avril 2021 par le directeur général et par le directeur comptable et financier de la CNAM.

La Cour certifie qu'au regard des règles et principes comptables qui leur sont applicables, les comptes combinés de la branche AT-MP de l'exercice 2020 sont réguliers et sincères et donnent une image fidèle du résultat, de la situation financière et du patrimoine de la branche, sous les six réserves suivantes :

- **réserve n°1** : le dispositif national de contrôle interne et d'audit interne ne permet pas de disposer d'éléments probants sur le niveau de couverture des risques financiers auxquels est exposée la branche, toujours imparfaitement couverts par ailleurs ;
- **réserve n°2** : le contrôle interne fournit une assurance partielle en matière de reconnaissance des accidents du travail et maladies professionnelles et de détermination des taux de cotisation, ce qui affecte l'exhaustivité et l'exactitude des charges et des produits comptabilisés à ce titre ;
- **réserve n°3** : le contrôle interne procure une assurance au mieux partielle sur l'exactitude et le maintien à bon droit des prestations pour incapacité permanente versées ; les insuffisances du contrôle interne des indemnités journalières, accrues du fait de la crise sanitaire, sont affectées par des erreurs dont la portée financière est sous-évaluée ;
- **réserve n°4** : compte tenu des insuffisances du contrôle interne, les prises en charge de frais de santé en facturation directe sont affectées par des erreurs financières de portée significative, partiellement évaluées ; les contrôles sur les séjours facturés par les établissements de santé publics et privés, allégés dans le contexte de la crise sanitaire, ne permettent pas de garantir la correcte prise en charge des frais de santé correspondants par la branche ;
- **réserve n°5** : la justification des comptes est affectée par des limitations et des désaccords portant, notamment, sur les écritures d'inventaire ;

- **réserve n°6** : les incertitudes et désaccords relevés par la Cour sur les comptes de l'activité de recouvrement affectent les principaux postes de produits et de créances de cotisations sociales de la branche AT-MP.

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

L'annexe aux comptes de la branche AT-MP ne mentionne pas d'engagements pluriannuels à l'égard des titulaires de rentes pour incapacité permanente à fin 2020, appréciés et évalués en fonction des règles de droit en vigueur à cette date. Ces engagements significatifs, qui peuvent être évalués de manière fiable, portent sur des prestations ayant un objet identique à celui de prestations pour lesquelles l'État reconnaît des passifs à ce même titre (sous la forme de provisions pour charges).

## **B - Les motivations détaillées de la position de la Cour**

### **1 - L'évolution des constats par rapport à l'opinion exprimée sur les comptes de l'exercice 2019**

La Cour avait certifié les états financiers de la branche AT-MP de l'exercice 2019 en assortissant sa position de cinq réserves relatives au dispositif national de contrôle interne et d'audit interne commun avec la branche maladie (réserve n°1), aux processus de reconnaissance des AT et MP et de détermination des taux de cotisation (réserve n°2), aux prestations en espèces (réserve n°3), à la prise en charge par l'assurance maladie des frais de santé en facturation directe et de ceux facturés par les établissements de santé publics et privés (réserve n°4), ainsi qu'à la justification des comptes (réserve n°5).

Aucun constat d'audit ou point d'audit porté au titre des réserves de l'exercice précédent n'est levé en 2020.

Par rapport à l'opinion exprimée sur les comptes de 2019, plusieurs constats identiques à ceux de la branche maladie, auxquels il convient de se reporter, ont été renforcés du fait de mesures prises en 2020. Il est également renvoyé à deux constats relatifs aux produits et créances, en lien avec l'opinion exprimée par la Cour sur les comptes de l'activité de recouvrement.

## 2 - Les constats sur les comptes de la branche AT-MP de l'exercice 2020

Il est renvoyé aux motivations de la position de la Cour sur les comptes de la branche maladie (cf. partie II *supra*) pour les deux réserves suivantes :

- **réserve n°1**, relative au dispositif de contrôle interne et d'audit interne commun avec la branche maladie : constats n°1 à 5 de la réserve n°1 formulée sur les comptes combinés de la branche maladie ;
- **réserve n°4**, relative au contrôle interne des frais de santé facturés par les professionnels et les établissements de santé : constats n°9 à 14 de la réserve n°3 et constats n°15 et 16 de la réserve n°4 sur les comptes combinés de la branche maladie.

### *a) Le contrôle interne des processus de reconnaissance des AT-MP et de détermination des taux de cotisations*

**Réserve n°2** : le contrôle interne fournit une assurance partielle en matière de reconnaissance des accidents du travail et maladies professionnelles et de détermination des taux de cotisation, ce qui affecte l'exhaustivité et l'exactitude des charges et des produits comptabilisés à ce titre.

Cette réserve est motivée par les **deux constats d'audits suivants**.

### **La reconnaissance des accidents du travail et maladies professionnelles et ses suites**

**Constat n°1** : le contrôle interne couvre toujours imparfaitement les risques liés au traitement des données médicales en vue de la reconnaissance d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle et à l'imputation des dépenses aux branches AT-MP et maladie.

Le contrôle interne de la saisie manuelle des données des certificats médicaux dans l'application de gestion des sinistres comporte toujours des faiblesses propres à fragiliser l'exactitude des prestations liquidées et la détermination des taux des cotisations sociales.

Par ailleurs, le risque de non-détection par les services ordonnateurs, sur les certificats médicaux de prolongation des arrêts de travail et de soins, de nouvelles lésions sans lien avec le sinistre initial reste insuffisamment couvert par le dispositif de contrôle interne. De ce fait, la branche AT-MP peut être conduite à prendre en charge au titre du risque professionnel des dépenses relevant du risque maladie.



Le dispositif de contrôle interne couvre imparfaitement le risque d'absence de régularisation financière, entre les branches AT-MP et maladie, des prestations réglées sur le risque maladie avant la date de déclaration de la maladie professionnelle. La portée financière de ce risque n'a pu être évaluée dans le cadre de l'audit.

### La détermination des taux de cotisation

En 2020, les produits de cotisations sociales affectées à la branche ont atteint 12,1 Md€, contre 12,9 Md€ l'exercice précédent. Les modalités de détermination des taux de cotisation par les organismes tarificateurs de la branche varient en fonction des effectifs des entreprises<sup>59</sup>. Une fois arrêtés, ils sont notifiés à leurs établissements et transmis à l'activité de recouvrement.

**Constat n°2** : la détermination des taux de cotisation AT-MP reste affectée par les faiblesses des échanges de données entre les caisses primaires et les organismes tarificateurs ainsi que par la fiabilité insuffisante des contrôles et supervisions réalisés par les caisses.

Les faiblesses des processus de liquidation des dépenses de prestations (cf. réserve n°3 *infra*) et des échanges de données entre les caisses primaires et les organismes tarificateurs affectent la correcte détermination et l'exactitude des taux bruts pris en compte dans les taux de cotisation AT-MP.

Les évolutions apportées au dispositif de contrôle de la direction comptable et financière depuis sa diffusion contribuent à l'amélioration de la fiabilité du calcul des taux. En revanche, la conception, la mise en œuvre et la traçabilité des supervisions effectuées par les services ordonnateurs conservent des faiblesses, tenant, notamment, au caractère incomplet de leur bilan et à l'absence de fiches de supervision.

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

---

<sup>59</sup> Sur cette question, voir Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, octobre 2018*, Chapitre VIII - La tarification des accidents du travail et maladies professionnelles : une gestion lourde, un caractère incitatif à renforcer, p. 281-318, La Documentation française, disponible sur [www.ccomptes.fr](http://www.ccomptes.fr).

*b) Le contrôle interne des prestations en espèces*

**Réserve n°3** : le contrôle interne procure une assurance au mieux partielle sur l'exactitude et le maintien à bon droit des prestations pour incapacité permanente versées ; les insuffisances du contrôle interne des indemnités journalières, accrues du fait de la crise sanitaire, sont affectées par des erreurs dont la portée financière est sous-évaluée.

Cette réserve est motivée par les **deux constats d'audits suivants**.

**Les prestations pour incapacité permanente**

**Constat n°3** : le contrôle interne couvre insuffisamment les risques de versement à tort, ou pour des montants erronés, des prestations pour incapacité permanente (4,3 Md€).

Les rentes pour incapacité permanente sont généralement liquidées et versées à partir d'une source unique de données<sup>60</sup>, sans que soient réalisés des contrôles de cohérence avec les informations détenues par d'autres administrations. En outre, compte tenu des limites fonctionnelles de l'application de gestion de ces prestations, le salaire de référence est déterminé sur tableur par les agents, en dehors du système d'information, puis saisi manuellement dans ce dernier. Ces modalités renforcent le risque de prise en compte de salaires inexacts pour le calcul des rentes.

Le risque de maintien à tort du versement d'une rente pour incapacité permanente à la suite d'un changement de la situation administrative des ayants droit n'est que partiellement couvert. En effet, le contrôle des certificats d'existence ne permet pas d'écarter le risque de paiement à tort, du fait du caractère déclaratif de ces documents.

Pour sa part, le dispositif de contrôle interne du service médical couvre imparfaitement le risque de détermination erronée du taux de l'incapacité permanente, ce qui peut affecter le montant des prestations versées, sous forme d'indemnité en capital ou de rente.

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

---

<sup>60</sup> Attestations de salaires complétées par l'employeur ou éléments de rémunération transmis par les assurés (salaires, allocations de chômage, indemnités journalières, etc.).

Enfin, l'efficacité du contrôle interne n'est pas mesurée par un indicateur de risque financier résiduel.

### **Les indemnités journalières**

**Constat n°4** : le dispositif de contrôle interne n'assure pas une maîtrise suffisante des risques qui affectent les indemnités journalières AT-MP (3,7 Md€).

Le référentiel de contrôle interne propres aux indemnités journalières AT-MP n'a pu être mis en œuvre en 2020. Son caractère opposable aux caisses et au service médical a été différé au 1<sup>er</sup> janvier 2021. À cet égard, les supervisions mises en œuvre de manière hétérogène par les organismes couvrent de manière insuffisante les risques liés notamment à la gestion médico-administrative des dossiers, à la saisie manuelle des certificats médicaux et au traitement des rejets ou des signalements suscités par l'injection des données de salaires dans les outils de liquidation.

La part très significative des certificats médicaux en format papier non enregistrés dans une base de données spécifique au moment de leur réception par les caisses limite les possibilités de contrôle par les services du contrôle médical.

Il est par ailleurs renvoyé à la motivation de la position de la Cour sur les comptes de la branche maladie (cf. partie II, constats n°17 à 19).

### *c) La justification des comptes*

**Réserve n°5** : la justification des comptes est affectée par des limitations et des désaccords portant, notamment, sur les écritures d'inventaire.

Cette réserve est motivée par les **cinq constats d'audits suivants**.

### **La justification des états financiers**

**Constat n°5** : le défaut, le caractère inabouti ou le retard de transmission de certaines données confirment les fragilités des outils et des processus d'établissement et de justification des états financiers et induisent des limitations aux travaux d'audit de la Cour.

Il est renvoyé à la motivation de la position de la Cour sur les comptes de la branche maladie (cf. partie II, constat n°21).

### **La provision pour réduction des produits de cotisations au titre des contentieux en cours**

**Constat n°6** : des incertitudes affectent l'évaluation de la provision pour réduction des produits de cotisations au titre des contentieux employeurs pendants à la clôture de l'exercice (0,7 Md€).

Cette provision couvre le risque de remboursements aux employeurs de cotisations sociales liés à des contentieux en cours à la clôture de l'exercice susceptibles d'être perdus par la branche.

Son estimation repose sur des paramètres et des hypothèses fragiles. Compte tenu du déploiement partiel d'un outil de gestion des contentieux, des limites continuent d'affecter le recensement des contentieux clos et en cours en fin d'exercice. En outre, l'évaluation par les organismes tarificateurs des cotisations remboursées aux employeurs à la suite des contentieux perdus par la branche durant l'exercice manque de fiabilité. De manière générale, l'absence de suivi par le réseau des URSSAF des remboursements de cotisations aux employeurs, à la suite des contentieux perdus par la branche, ne permet pas de fiabiliser le montant de la provision estimée par la CNAM à partir de l'observation de son dénouement.

### **La comptabilisation des provisions et des charges pour prestations de soins**

**Constat n°7** : la provision pour charges de prestations légales à la clôture de l'exercice (0,5 Md€, comme en 2019) correspond en grande partie à des charges à payer et l'évaluation de la part réellement estimée est affectée par des incertitudes élevées.

Il est renvoyé à la motivation de la position de la Cour sur les comptes de la branche maladie (cf. partie II, constat n°22).

**Constat n°8** : 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 à la motivation de la position de la Cour sur les comptes de la branche maladie (cf. partie II, constat n°26).

### **La comptabilisation des produits et des dépréciations de créances relatifs aux recours contre tiers**

**Constat n°9** : des irrégularités et des incertitudes affectent les produits comptabilisés (0,4 Md€) et l'estimation des dépréciations de créances (0,4 Md€) au titre des recours contre tiers, par ailleurs affectés par une dégradation du niveau d'assurance procuré par le contrôle interne.

Il est renvoyé à la motivation de la position de la Cour sur les comptes de la branche maladie (cf. partie II, constat n°27).

*d) Les montants attribués par l'activité de recouvrement*

**Réserve n°6** : les incertitudes et désaccords relevés par la Cour sur les comptes de l'activité de recouvrement affectent les principaux postes de produits et de créances de cotisations sociales de la branche AT-MP.

Il est renvoyé à l'opinion formulée par la Cour sur les comptes de l'activité de recouvrement de l'exercice 2020 (cf. partie I *supra*), notamment aux constats n°2 et 3.

## **IV - Les comptes combinés de la branche famille**

Les comptes combinés de la branche famille retracent les opérations de la CNAF, de 99 caisses d'allocations familiales (CAF) à compétence territoriale, de la caisse commune de sécurité sociale de la Lozère, de cinq fédérations de CAF et des caisses de la Mutualité sociale agricole (MSA), délégataire de par la loi de la gestion des prestations versées par la branche famille. La CNAF et son réseau ont procédé, en 2020, au versement de 82,7 Md€ de prestations légales<sup>61</sup> et de 5,6 Md€ de prestations extralégales d'action sociale.

### **A - La position de la Cour**

Au terme des vérifications dont elle rend compte au chapitre III du présent rapport, la Cour estime avoir collecté les éléments probants nécessaires pour fonder sa position sur les comptes de l'exercice 2020 de la branche famille, signés le 15 avril 2021 par le directeur et le directeur comptable et financier de la CNAF.

---

<sup>61</sup> Les prestations légales comprennent, notamment, les allocations familiales (12,7 Md€), les allocations pour la garde des jeunes enfants (10,5 Md€), ainsi que l'allocation aux adultes handicapés (11,1 Md€), la prime d'activité (9,6 Md€), les aides au logement (16,3 Md€), des aides exceptionnelles propres à 2020 (1,9 Md€) versées pour le compte de l'État et le RSA (11,2 Md€) versé pour le compte des conseils départementaux ou, par exception, pour celui de l'État (0,9 Md€).

La Cour certifie qu'au regard des règles et principes comptables qui leur sont applicables, les comptes combinés de la branche famille de l'exercice 2020 sont réguliers et sincères et donnent une image fidèle du résultat, de la situation financière et du patrimoine de la branche, sous les quatre réserves suivantes :

- **réserve n°1** : le dispositif national de contrôle interne couvre insuffisamment les risques de portée financière auxquels est exposée la branche ;
- **réserve n°2** : les fragilités du contrôle interne des prestations légales (82,7 Md€) affectent tout particulièrement le paiement à bon droit de la prime d'activité, du revenu de solidarité active et des aides au logement, prestations qui concentrent plus de 80 % des erreurs définitives affectant les données déclaratives prises en compte pour attribuer les prestations ;
- **réserve n°3** : le dispositif national de contrôle interne des prestations extralégales d'action sociale (5,6 Md€) procure une assurance limitée sur la maîtrise des risques financiers auxquels est exposée la branche dans ce domaine ;
- **réserve n°4** : les incertitudes et désaccords relevés par la Cour sur les comptes de l'activité de recouvrement affectent les principaux postes de produits et de créances de cotisations et contributions sociales de la branche famille.

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

L'annexe aux comptes de la branche famille ne mentionne pas d'engagements à l'égard des titulaires de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé au 31 décembre 2020, appréciés et évalués en fonction des règles de droit en vigueur à cette date. Ces engagements peuvent être évalués de manière fiable. 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 pour son compte.

## **B - Les motivations détaillées de la position de la Cour**

### **1 - L'évolution des constats par rapport à l'opinion exprimée sur les comptes de l'exercice 2019**

La Cour avait certifié les états financiers de la branche famille de l'exercice 2019 en assortissant sa position de trois réserves relatives au cadre général du contrôle interne de la branche (réserve n°1), aux prestations légales (réserve n°2) et aux prestations extralégales d'action sociale (réserve n°3).

Au 31 décembre 2020, un constat et un point d'audit ont été satisfaits au titre des réserves de l'exercice précédent :

- le plan pluriannuel d'audit de la branche a été complété et intègre désormais les enjeux liés au système d'information (constat n°5 du *Rapport de certification des comptes de 2019*, p. 87) ;
- la CNAF dispose désormais d'un accès en temps réel au système d'information de Pajemploi (*Intrapaje*) afin d'accélérer la résolution des rejets et anomalies sur les dossiers (*Rapport de certification des comptes de 2019*, p. 91).

Par rapport à l'opinion exprimée sur les comptes de 2019, plusieurs constats ont été renforcés du fait des mesures prises en 2020 (notamment les constats n°1, 4, 7, 10 et 20).

## 2 - Les constats sur les comptes de l'exercice 2020

### a) Le cadre général du contrôle interne

**Réserve n°1** : le dispositif national de contrôle interne couvre insuffisamment les risques de portée financière auxquels est exposée la branche.

Cette réserve est motivée par les quatre constats d'audit suivants.

### Le dispositif national de contrôle interne

**Constat n°1** : le périmètre, les outils et la mise en œuvre des actions de maîtrise des risques par les CAF affectent l'efficacité du dispositif national de contrôle interne. L'allègement de certains contrôles dans le contexte de la crise sanitaire a renforcé ces limites en 2020.

Le dispositif de contrôle interne de la branche famille, défini par la CNAF, comporte la réalisation de contrôles sur les données déclarées par les allocataires prises en compte pour attribuer les prestations légales, ainsi que sur les actes de liquidation des prestations par les agents des CAF.

La CNAF a adapté l'organisation des activités et mis en œuvre les dispositions réglementaires prévues par la loi d'urgence sanitaire dans un délai maîtrisé, ce qui a permis d'assurer la continuité des ressources des allocataires. Ce contexte particulier l'a cependant conduite à alléger son dispositif de contrôle interne, ce qui a accru en 2020 les risques d'erreurs affectant les prestations légales mises en paiement et comptabilisées.

Compte tenu de l'application partielle des dispositions de la loi d'urgence sanitaire autorisant le maintien des droits aux prestations de RSA et d'AAH à compter du 12 mars 2020 pour une durée de six mois, les indus détectés postérieurement au paiement de ces prestations n'ont pas été mis en recouvrement et comptabilisés. Selon une estimation statistique effectuée par la CNAF, leur montant s'établirait à 31 M€.

En outre, l'allègement des conditions de production des pièces justificatives par les allocataires a été étendu jusqu'au 31 décembre 2020, sans qu'aient été déployés des contrôles compensatoires de nature à limiter la portée des risques correspondants.

Dans le contexte de la crise sanitaire, la CNAF a révisé à la baisse les objectifs annuels de contrôles sur pièces et sur place assignés aux CAF. Ces objectifs prennent par ailleurs imparfaitement en compte l'acuité des risques propres aux caractéristiques de leur portefeuille d'allocataires.

D'importants travaux ont été engagés pour améliorer le pilotage des processus de gestion des prestations légales, notamment les référentiels de sécurisation des processus (RSP). Dans l'attente de leur mise en œuvre, la mise à jour, l'homogénéité et l'articulation des RSP en vigueur avec les autres outils de la branche restent insuffisantes pour qu'ils contribuent efficacement à la fiabilité de la liquidation des prestations par les CAF.

Alors que la CNAF a réduit en 2020 de 40 % l'objectif de supervision interne aux services ordonnateurs et aux directions comptables et financières dans le contexte de la crise sanitaire, ces dispositifs de même que l'accompagnement des agents restent insuffisants pour sécuriser le paiement à bon droit des prestations.

Les actions correctives issues des plans locaux de sécurisation sont partiellement déployées et leur calendrier imparfaitement maîtrisé. Leur pilotage au niveau national présente des faiblesses. En outre, les CAF n'ont pas coté en 2020 leurs risques opérationnels sur les prestations légales.

Si le nombre de contrôles effectués par les directions comptables et financières sur les liquidations de prestations les plus porteuses de risques d'erreur interne aux CAF est en définitive comparable à celui de 2019, il reste trop faible (5,6 % du nombre total des prestations) pour circonscrire les erreurs internes.

Par ailleurs, les améliorations prévues ayant été reportées dans le contexte de la crise sanitaire, les solutions mises en œuvre pour intégrer au système d'information les situations qui dérogent aux règles de gestion des prestations légales (« forçages de droits ») restent insuffisamment sécurisées en 2020.



Enfin, les travaux relatifs à l'élaboration d'une cartographie des risques propres aux processus relatifs à l'action sociale n'étaient pas achevés à la clôture de l'exercice.

### **La gestion des systèmes d'information**

**Constat n°2** : les outils nécessaires à la gestion des risques restent partiels et le niveau de sécurité du système d'information prémunit insuffisamment la branche contre les risques d'indisponibilité de ce dernier.

Si la CNAF a étendu en 2020 le périmètre de la nouvelle cartographie applicative de la branche, son contenu reste limité aux aspects fonctionnels des applications et n'intègre pas les informations plus techniques nécessaires à la gestion des risques du système d'information.

La sécurité du système d'information apparaît globalement insuffisante, s'agissant notamment des accès physiques et logiques au système d'information. En outre, les faiblesses et l'obsolescence de certaines technologies suscitent des risques d'indisponibilité. Par ailleurs, en l'absence de test de reprise d'activité au titre de son dispositif de secours informatique, le niveau d'assurance de la branche quant à la disponibilité du système d'information en cas de sinistre reste insuffisant.

**Constat n°3** : les risques liés aux évolutions des applications informatiques et aux incidents d'exploitation, en particulier ceux présentant une incidence majeure sur les applications sensibles, sont imparfaitement maîtrisés.

Malgré des améliorations, la gestion des changements informatiques présente encore des faiblesses. En particulier, l'absence de tests exhaustifs prévient insuffisamment les risques de régression fonctionnelle des applications de gestion des prestations légales et de comptabilité.

Bien qu'en diminution par rapport à 2019 (- 14 %), le nombre d'incidents affectant les applications sensibles de la branche a continué à s'inscrire à un niveau élevé en 2020. Parmi ces incidents, ceux ayant un impact majeur ont augmenté par rapport à 2019 (+ 5 %). C'est en particulier le cas pour l'application de gestion des prestations légales (+ 30 %).

Par ailleurs, la CNAF éprouve des difficultés à clôturer les incidents dans le respect des objectifs de qualité prévus, en particulier pour les incidents avec un impact majeur (seuls 51 % sont résolus dans les délais requis), ce qui fait peser un risque sur la disponibilité et la performance des applications sensibles.

Enfin, le dispositif de contrôle interne relatif au déversement des flux de données de l'application de gestion des prestations légales vers l'application de gestion des paiements, puis celle de comptabilité générale

et enfin à celle de consolidation des comptes présente des marges de progrès en matière de contrôles automatisés et de supervision de la fiabilité des transferts de données.

### **La lutte contre la fraude externe et interne**

**Constat n°4** : alors que la crise sanitaire a conduit à en suspendre l'estimation annuelle, les résultats des actions de lutte contre les fraudes traduisent une maîtrise encore insuffisante des risques de versements d'indus sur prestations et de fraude interne.

La CNAF évalue l'étendue de la fraude aux prestations légales par la voie d'une enquête annuelle, dite « paiement à bon droit et fraude » (PBDF). Celle-ci consiste en un contrôle sur place approfondi effectué à partir du tirage d'un échantillon représentatif de l'ordre de 7 200 dossiers d'allocataires, réduit à 6 000 en 2020 dans le contexte de la crise sanitaire, dont les résultats sont extrapolés sur le plan statistique.

Dans le contexte précité, l'enquête annuelle PBDF a été mise en œuvre tardivement. Compte tenu de l'absence de réunion de la commission nationale chargée de contrôler la correcte qualification par les CAF des indus détectés suite à contrôle en tant qu'indus frauduleux, la CNAF n'a pas procédé à un chiffrage du montant de la fraude estimée, contrairement aux exercices précédents.

Les actions déployées par la branche afin d'améliorer la prévention et la détection de la fraude, pour partie affectées par les effets de la crise sanitaire, conservent des marges de progrès. La crise sanitaire a conduit à réduire l'objectif de détection des indus frauduleux (- 40 %). En outre, des fragilités persistent dans l'application par les CAF du processus de lutte contre la fraude externe, en termes de mobilisation, de délais de traitement et d'analyse des modalités de détection de la fraude. Les taux hétérogènes de qualification des dossiers frauduleux reflètent une application elle-même hétérogène des consignes par les CAF. Les barèmes de sanction ne sont pas systématiquement appliqués.

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

En outre et sauf exception, les CAF ne calculent pas et ne mettent pas en recouvrement les indus liés à des fraudes pendant les cinq années précédant l'application de la prescription d'ordre public, mais seulement pendant deux ou trois ans au plus. Les indus comptabilisés et mis en recouvrement au titre de fraudes sont, de ce fait, sous-évalués.

Dans le contexte particulier de l'année 2020, les résultats de la lutte contre la fraude externe font apparaître un montant de préjudice subi de 255 M€, en diminution de 21 % par rapport à 2019.

Enfin, alors que certaines cibles obligatoires de contrôle du dispositif national de prévention des conflits d'intérêts et de lutte contre la fraude interne ont été réduites en 2020 en fonction de la criticité des risques afférents, les axes de contrôles supplémentaires prévus n'ont été que partiellement mis en œuvre. Ce dispositif fait l'objet d'une application hétérogène par les caisses.

#### *b) Le contrôle interne des prestations légales*

**Réserve n°2 :** les fragilités du contrôle interne des prestations légales (82,7 Md€) affectent tout particulièrement le paiement à bon droit de la prime d'activité, du revenu de solidarité active et des aides au logement, prestations qui concentrent plus de 80 % des erreurs imputables aux données déclaratives prises en compte pour attribuer les prestations.

Cette réserve est motivée par les **14 constats d'audit suivants**.

#### **La maîtrise des risques d'erreur affectant les données prises en compte pour attribuer les prestations**

**Constat n°5 :** les procédures et les outils sur lesquels reposent la gestion des tiers (bailleurs de loyers, débiteurs de pensions alimentaires) et celle des bénéficiaires de prestations ne permettent toujours pas de garantir la fiabilité de leurs données d'identification.

La branche famille gère dans ses bases de données 6,8 millions de tiers physiques et moraux et environ 42 millions de bénéficiaires de prestations au titre de plus de 13,6 millions de foyers. Malgré les progrès constatés dans certaines CAF, les données d'identification des tiers, principalement les personnes physiques (bailleurs, débiteurs de pensions alimentaires, tutelles), présentent toujours une fiabilité insuffisante. Des actions programmées par la CNAF pour l'améliorer ont été reportées à 2021.

L'absence de base unique de référencement des tiers expose la branche au risque de création de tiers en doublons entre plusieurs CAF, enregistrés avec des données d'identification différentes, et à celui d'erreur dans les données prises en compte pour le versement à un tiers, alors que la base de référencement propre à chaque CAF (*TIERSI*) ne permet pas d'assurer la traçabilité des contrôles effectués.

En l'absence de ciblage des opérations les plus risquées, les supervisions internes aux services ordonnateurs sur les opérations relatives à la gestion des tiers ont une efficacité limitée.

La maîtrise des risques relatifs à l'identification et à la gestion des allocataires présente encore des lacunes en matière de contrôle des pièces justificatives nécessaires à leur immatriculation, ainsi que de notification d'indus pour ceux auxquels un numéro d'immatriculation d'attente (NIA) a été attribué, sans être suivi de celui d'un NIR certifié. Les montants de prestations versés à ces allocataires nés à l'étranger (une centaine de milliers), dont les droits ont été suspendus et pour lesquels un indu devrait être notifié, n'ont pu être chiffrés par la CNAF.

**Constat n°6** : bien que leur emploi progresse en 2020, les procédés informatisés d'acquisition des données de situation des allocataires ne couvrent que partiellement les risques d'erreur affectant les données déclarées et prises en compte pour attribuer les prestations.

La part des déclarations et des pièces justificatives dématérialisées transmises par les allocataires continue d'augmenter, atteignant 73,4 % en 2020, contre 63,7 % en 2019, selon un nouvel indicateur établi par la CNAF. Néanmoins, les télé-procédures restent insuffisamment développées, alors qu'elles intègrent des contrôles automatisés permettant aux allocataires de prendre connaissance et de corriger, dès leur déclaration en ligne, d'éventuelles incohérences dans les données qu'ils transmettent.

La part des foyers d'allocataires dont les revenus fiscaux de l'exercice précédent n'ont pu être fournis par la direction générale des finances publiques (DGFIP), du fait de données d'identification différentes entre l'administration fiscale et les CAF ou de l'absence de déclaration fiscale a fortement diminué, tout en restant élevée (2,2 millions de foyers, soit 9,6 % du total, contre 12,2 % en 2019, selon les données communiquées par la CNAF). En outre, le calendrier de transmission des données de revenus fiscaux par la DGFIP conduit à retarder le contrôle des ressources annuelles des allocataires.

Cette situation a pour effet de réduire l'étendue possible des vérifications et corrections des déclarations des allocataires. Pour autant, bien qu'une estimation réalisée par la CNAF début 2020 fasse apparaître un enjeu financier significatif (430 M€ de prestations versées à ces allocataires au titre du seul mois de janvier 2020 hors prime d'activité et RSA), la branche ne mène pas de contrôles compensatoires ciblés sur ces mêmes foyers.

Par nature, l'étendue des vérifications des données des allocataires est limitée par l'absence de croisement automatisé avec celles détenues par d'autres partenaires administratifs<sup>62</sup>. Les CAF ont seulement la faculté de consulter les informations qu'ils détiennent<sup>63</sup>.

Par ailleurs, plus de 31 millions de croisements, en forte hausse par rapport à 2019 (+ 12 %), ont été effectués en 2020 avec les données de situation professionnelle et de montants d'allocations chômage connues de Pôle emploi. Dans le cadre de l'échange mensuel de données avec Pôle emploi, les allocataires nouvellement demandeurs d'emploi ne sont cependant pas identifiés, ce qui limite la portée de ce dispositif pour la maîtrise des risques d'erreur affectant les prestations.

Enfin, la branche famille ne recourait pas en 2020 aux données de salaires et de prestations transmises par les employeurs, dans le cadre de la déclaration sociale nominative (DSN), et les organismes de protection sociale, au moyen du portail numérique des droits sociaux (PNDS), pour corroborer ou contrôler les ressources déclarées par les allocataires.

**Constat n°7** : les faiblesses du dispositif de maîtrise des risques liés aux données déclaratives ont été accrues par l'allègement des contrôles intervenu dans le contexte de la crise sanitaire.

Dans le contexte de la crise sanitaire, les montants de prestations versés, portés notamment par la progression de la prime d'activité et du RSA, ont augmenté. En revanche, l'impact financier global des actions de contrôle a diminué (1,1 Md€ d'indus et de rappels, contre 1,2 Md€ en 2019), sous l'effet de la diminution du nombre de contrôles sur place, dont le rendement unitaire est le plus élevé, et malgré le redéploiement des contrôles sur pièces vers ceux à plus fort rendement.

La forte diminution du nombre de contrôles sur place (- 37 %), du fait de l'état d'urgence sanitaire et de ses suites, combinée à une forte hétérogénéité des résultats entre contrôleurs et entre CAF, a réduit l'efficacité du dispositif de sécurisation des données déclaratives. Développées dans le contexte de la crise sanitaire, les modalités alternatives au contrôle sur place domiciliaire étaient encore peu mises en œuvre par les CAF en 2020.

Par ailleurs, la disparité des modalités de réalisation des contrôles sur pièces entre agents et entre CAF affecte la portée de ces actions de maîtrise des risques. Les actions de supervision sont insuffisantes et le rattachement aux différents types de contrôles de l'évaluation financière des indus et rappels propres à ces derniers n'est pas fiabilisée.

---

<sup>62</sup> CNAM pour les prestations en espèces, CNAV pour les retraites, ministère de l'intérieur pour l'interruption prématurée du séjour en France de ressortissants étrangers, DGFIP s'agissant du fichier des comptes bancaires.

<sup>63</sup> La CNAV constituant une exception à cet égard.

En outre, les levées de suspensions de droits, non compensées par des contrôles, ont accru le risque d'erreur dans l'attribution des prestations. L'incidence financière potentielle de cette mesure n'a pas été évaluée pour l'ensemble des prestations.

Enfin, la gestion par la branche de certains indus de RSA et d'AAH et des indus d'aides exceptionnelles de solidarité n'est pas conforme au cadre juridique applicable. Une partie des maintiens de droits de RSA et d'AAH n'est pas intégrée au dispositif de contrôle et les indus d'aides exceptionnelles de solidarité issus des actions de contrôle ne sont pas encore enregistrés dans l'application de gestion de ces prestations et, ce faisant, dans les comptes de la branche. Le montant de ces indus n'ayant pas été suivi par la branche au cours de l'exercice, l'évaluation de l'impact financier effectué *a posteriori* par la CNAF pour les seuls indus d'aides exceptionnelles de solidarité ne présente pas une fiabilité suffisante.

### **La maîtrise des risques d'erreurs de liquidation internes aux CAF**

**Constat n°8** : bien qu'en progrès, l'automatisation des processus de liquidation des prestations légales dans l'application de gestion (*CRISTAL*) reste insuffisante, ce qui ne permet pas de réduire suffisamment les risques d'erreur propres aux saisies manuelles.

Si les liquidations automatisées des pièces télétransmises par les allocataires ont progressé en 2020, elles couvrent une part toujours limitée des prestations versées (38,8 %), avec des écarts marqués entre CAF.

En outre, les agents de la branche continuent d'effectuer les actes de liquidation les plus complexes sans assistance suffisante du système d'information, ce qui accroît l'exposition de la branche aux risques d'erreurs propres à des traitements manuels.

**Constat n°9** : dans un contexte de hausse sensible de ces prestations, les moyens de maîtrise des risques mis en œuvre pour le revenu de solidarité active (12,1 Md€) et la prime d'activité (9,6 Md€) ne permettent toujours pas de sécuriser leur liquidation.

Dans le contexte d'une hausse des montants de RSA (+ 8,2 %) et de prime d'activité (+ 2,3 %) versés en 2020, le dispositif de contrôle interne demeure insuffisant, qu'il s'agisse des moyens de maîtrise ou des actions de contrôle à mettre en œuvre. Les référentiels de gestion ne permettent pas de couvrir les risques majeurs relatifs à ces prestations, tels que ceux liés au traitement des déclarations trimestrielles de ressources.

En outre, le dispositif de supervision interne aux services ordonnateurs a un caractère facultatif et couvre une part réduite des liquidations effectuées.

Les relations partenariales avec les conseils départementaux pour la gestion du RSA reposent sur des conventions souvent incomplètes et mises à jour selon une périodicité insuffisante. Dans certaines conventions, l'absence de délais encadrant les décisions de qualification de la fraude par les conseils départementaux engendre un risque de prescription des indus correspondants. Par ailleurs, les décisions prises par les CAF au titre de compétences déléguées en application de conventions de gestion expirées font naître un risque juridique et financier difficile à évaluer en l'absence de suivi consolidé des conventions par la CNAF.

En 2020, la branche famille a poursuivi l'expérimentation consistant à calculer, uniquement dans le cadre de contrôles, le montant de la prime d'activité à partir de règles simplifiées non conformes au cadre juridique applicable. Bien qu'ayant présenté des résultats non concluants en 2019, elle ne fait plus l'objet d'un suivi par la CNAF.

**Constat n°10** : malgré la mise en œuvre de nouveaux outils, les risques liés à la prestation d'accueil du jeune enfant (10,5 Md€ en 2020) restent insuffisamment couverts par les dispositifs de contrôle interne. De surcroît, ces dispositifs ont été allégés dans le contexte de la crise sanitaire.

La prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE) a quatre composantes : la prime à la naissance ou à l'adoption (0,5 Md€), l'allocation de base (3,1 Md€), la prestation partagée d'éducation de l'enfant (PreParE, 0,9 Md€) et le complément de libre choix du mode de garde (CMG, 5,9 Md€), qui compense pour partie le coût de la garde d'un enfant par une structure agréée ou une assistante maternelle agréée.

Malgré la diffusion par la CNAF de nouveaux outils, le dispositif de maîtrise des risques continue à présenter des insuffisances, liées à une application inégale des consignes par les CAF et à l'absence de supervisions internes aux services ordonnateurs et de contrôles du directeur comptable et financier, malgré les fréquentes erreurs qui affectent la prise en compte de certains paramètres de la prestation (comme la situation professionnelle des allocataires).

La crise sanitaire a conduit à alléger le dispositif de maîtrise des risques en matière de justificatifs attendus des allocataires (attestation de l'employeur justifiant de la quotité de travail à temps partiel ouvrant droit à la PreParE, attestation mensuelle de complément de mode de garde en établissement), sans que des contrôles compensatoires soient mis en œuvre.

Alors que la législation prévoit que le droit au CMG est ouvert à compter du premier jour du mois civil précédent celui au cours duquel la demande est déposée, la CNAF retient, à tort, la date de la première manifestation de l'allocataire, même lorsque son dossier est incomplet, ce qui est de nature à majorer les charges de prestations.

Enfin, les contrôles mis en œuvre par les CAF sur la validité des agréments des assistantes maternelles et des établissements requis par la réglementation en vigueur couvrent insuffisamment le risque de versement à tort des prestations, du fait de l'absence d'échanges de données informatisés avec la base recensant ces agréments, dont la gestion relève respectivement des conseils départementaux et des DIRECCTE.

**Constat n°11** : les risques liés à l'activité du centre national Pajemploi, affectée de surcroît par les incidences de la crise sanitaire, sont insuffisamment couverts par le contrôle interne.

Depuis mai 2019, le complément de libre choix du mode de garde de la PAJE est versé aux parents employeurs qui recourent à une assistante maternelle ou à une garde d'enfants à domicile non plus par les CAF, mais par le centre national Pajemploi. Il est renvoyé sur ce point à la motivation de la position de la Cour sur les comptes combinés de l'activité de recouvrement (cf. partie I, constat n°22).

**Constat n°12** : la dématérialisation des flux de données et les moyens de maîtrise des risques relatifs à l'allocation aux adultes handicapés (AAH) demeurent insuffisants, ce qui affecte le calcul des droits de cette prestation et la correcte comptabilisation des charges facturées à l'État à ce titre.

En 2020, 11,2 Md€ ont été versés au titre de l'AAH à un million d'allocataires. L'attribution de l'AAH est subordonnée à des conditions médicales et administratives appréciées, respectivement, par les commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) et par les CAF.

La généralisation incomplète de la dématérialisation des flux de données entre les MDPH et les CAF réduit le niveau d'assurance sur la fiabilité des données prises en compte par ces dernières et, ce faisant, sur celle des droits liquidés et comptabilisés. L'absence de flux dématérialisés avec certains de ses partenaires (CNAV, CNAM) renforce la dépendance de la branche à l'égard des données déclarées par les allocataires.

Les délais d'instruction des demandes de renouvellement, généralement supérieurs au délai légal de quatre mois, conduisent les caisses à accorder des avances sur droits supposés d'AAH. Ces avances ne font pas l'objet d'un encadrement suffisant, ce qui est de nature à entraîner la constatation d'indus significatifs dont une partie ne pourra être recouvrée.

La branche n'exploite que partiellement les données qu'elle détient pour détecter des incohérences et anomalies portant sur le taux d'incapacité, la période et les droits du bénéficiaire au regard de son âge.



Le processus de gestion de la prestation défini par la CNAF couvre insuffisamment les situations les plus à risque ou faisant l'objet d'erreurs récurrentes lors de sa liquidation. Par ailleurs, la CNAF ne dispose que d'une information très limitée sur les dispositifs de contrôle interne que les MDPH sont susceptibles de mettre en œuvre afin de garantir la correcte détermination du taux d'incapacité pour les bénéficiaires de l'AAH.

Enfin, l'enregistrement des cartes d'invalidité dans le système d'information de la branche famille ne fait pas l'objet d'un encadrement suffisant, ce qui suscite des erreurs récurrentes dans l'identification des bénéficiaires et le calcul des droits à l'AAH, compte tenu de l'incidence de la détention d'une carte d'invalidité sur la durée et le calcul de ces derniers.

**Constat n°13** : si leur niveau est comparable à celui de 2019, les indicateurs de qualité de la liquidation traduisent toujours une efficacité insuffisante du contrôle interne et des disparités entre les CAF.

L'indicateur mesurant la fréquence des erreurs de liquidation des dossiers avant contrôle éventuel des directions comptables et financières (IQL0) s'établit à 5,7 % (soit - 0,2 point par rapport à 2019). Celui mesurant les erreurs non corrigées 6 mois après la liquidation s'établit à 3,4 % (- 0,1 point).

Ces fréquences d'erreurs, mesurées par les directions comptables et financières des CAF sur la production des services ordonnateurs de leur propre caisse, traduisent une efficacité perfectible du contrôle interne. Le déploiement d'une vérification croisée entre CAF est trop récent (octobre 2020) pour réduire notablement la part des disparités entre caisses imputable à l'hétérogénéité de la détection d'anomalies.

### **Les erreurs résiduelles affectant les prestations, après contrôle interne**

La CNAF a calculé, pour la sixième année consécutive, deux indicateurs qui mesurent les erreurs affectant les prestations versées et comptabilisées, après que l'ensemble des dispositifs de contrôle ont prévenu ou corrigé des erreurs initiales : l'un relatif aux données déclarées par les allocataires prises en compte pour attribuer les prestations, l'autre aux opérations effectuées par les CAF<sup>64</sup>.

---

<sup>64</sup> Les résultats de ces deux indicateurs ne peuvent être additionnés dans la mesure où une partie des erreurs relève concomitamment de chacun d'eux.

Ces indicateurs de risque financier résiduel ne prennent pas en compte une prestation importante (l'allocation de rentrée scolaire, soit 2,6 Md€ en 2020).

La crise sanitaire a conduit la CNAF à décaler le calendrier de production des indicateurs de risque financier résiduel liés aux données déclaratives et aux opérations réalisées par les CAF, à réduire l'échantillon de dossiers pris en compte pour les déterminer et à ajuster la taille des différentes strates de prestations qui les composent, ces deux dernières adaptations méthodologiques permettant de maintenir l'intervalle de confiance (95 %) nécessaire à la validité statistique des résultats.

**Constat n°14** : le niveau des erreurs résiduelles imputables à des données déclaratives non corrigées confirme la fiabilité insuffisante des données prises en compte pour attribuer les prestations.

L'indicateur de risque résiduel relatif aux données déclaratives est calculé à partir des résultats de l'enquête annuelle « paiement à bons droits et fraude » (voir *supra*). Il rapporte aux montants de prestations versées les montants agrégés d'indus et de rappels non détectés au bout de neuf mois en moyenne ou bien de 24 mois en moyenne (lorsque les prestations versées à tort deviennent prescrites en faveur des allocataires).

En 2020, la valeur centrale statistique de l'indicateur à neuf mois connaît une forte dégradation et s'établit à 9,4 % des prestations légales, soit un montant de 7,0 Md€<sup>65</sup>, contre 7,8 % et 5,7 Md€ en 2019<sup>66</sup>. Si la CNAF attribue pour partie cette évolution à l'adaptation des contrôles intervenue dans le contexte de la crise sanitaire, l'incidence de cette situation sur les résultats de la mesure reste difficile à apprécier. En tout état de cause, depuis 2017, le risque financier résiduel à neuf mois s'est accru de 2,6 points à périmètre de prestations comparable.

---

<sup>65</sup> Compte tenu de la taille de l'échantillon, le taux d'incidence financière des anomalies est compris, avec une probabilité de 95 %, entre 8,4 % et 10,4 % du montant des prestations versées, soit respectivement 6,3 Md€ et 7,8 Md€.

<sup>66</sup> Soit 8,1 % et 5,9 Md€ à structure de prestations comparable, compte tenu de la forte progression des montants de prime d'activité versés au cours de l'exercice 2020.

Trois prestations sont à l'origine de 81 % du montant ainsi estimé d'indus et de rappels non détectés : 2,3 Md€ pour la prime d'activité, 2,2 Md€ pour le RSA, et 1,2 Md€ pour les aides au logement. Les indus et rappels non détectés équivalent ainsi à un quart des montants versés au titre de la prime d'activité et un cinquième au titre du RSA. Les indus non détectés représentent 74 % des anomalies estimées au titre de ces trois prestations (26 % pour les rappels).

Pour sa part, l'indicateur à 24 mois s'établit, en valeur centrale statistique, à 5,5 %<sup>67</sup> des prestations versées en 2019, soit 4 Md€ d'indus et accessoirement de rappels qui ne seront jamais détectés par les diverses actions de contrôle mises en œuvre (contre 3,3 Md€, soit 4,9 %, pour les prestations versées en 2018 et 2,9 Md€, soit 4,2 %, pour celles versées en 2017). Ainsi, sur les 5,7 Md€ d'indus et de rappels non détectés à neuf mois en moyenne estimés au titre des prestations versées en 2019, seuls 1,7 Md€ sont susceptibles d'être finalement détectés. Pour l'essentiel, il s'agit d'indus, au détriment notamment de l'État (prime d'activité et aides au logement) et des départements (RSA).

La portée des contrôles sur place qui servent à déterminer les indicateurs et l'exactitude de la prise en compte de leurs résultats dans l'outil de gestion des prestations restent hétérogènes entre CAF, ce qui est de nature à affecter la fiabilité des mesures du risque financier résiduel.

**Constat n°15** : l'indicateur de risque financier résiduel relatif aux opérations effectuées par les CAF continue à s'inscrire à un niveau élevé, tout en étant moins probant dans le contexte particulier de l'année 2020.

L'indicateur de risque financier résiduel sur les opérations effectuées par les CAF correspond aux indus et rappels résiduels non-détectés après 6 mois et attribuables à des erreurs internes aux caisses.

---

<sup>67</sup> Compte tenu de la taille de l'échantillon, le taux est compris, avec une probabilité de 95 %, entre 4,5 % et 6,5 % du montant des prestations versées, soit respectivement 3,3 Md€ et 4,7 Md€.

Pour 2020, il s'établit, en valeur centrale statistique, à 1,4 %<sup>68</sup>, ce qui confirme les fragilités du processus de liquidation des prestations et les insuffisances du contrôle interne. Comme lors des exercices précédents, une part prépondérante du montant des erreurs détectées (73 %) porte sur les allocations logement, le RSA et la prime d'activité.

L'évolution de l'indicateur par rapport à 2019 (1,65 %) doit être appréciée avec prudence. En effet, la période au cours de laquelle des contrôles sur des échantillons de prestations ont été effectués afin de le calculer (novembre 2019 à mars 2020) ne couvre quasiment pas la crise sanitaire. Or les résultats qui en découlent sont extrapolés à l'ensemble de l'exercice 2020, en conservant l'hypothèse habituelle selon laquelle les périodes avant et après mars sont comparables<sup>69</sup>. Pour 2020, ce postulat pourrait ne pas être vérifié.

**Constat n°16** : les risques financiers liés aux droits à l'assurance vieillesse des parents au foyer (AVPF) ne sont pas mesurés.

Sauf exception d'ampleur limitée<sup>70</sup>, la CNAF ne mesure pas la portée des erreurs qui affectent l'attribution et le calcul des prestations ouvrant droit à l'AVPF<sup>71</sup>, sous certaines conditions, sur ces ouvertures de droit et le montant des cotisations versées à ce titre par la CNAF à la CNAV (4,9 Md€ en 2020). Cet état de fait induit une limitation à l'audit.

### **Les rapports avec la MSA, délégataire de la gestion des prestations familiales**

**Constat n°17** : Les faiblesses du contrôle interne de la Mutualité sociale agricole sont susceptibles d'affecter le montant des charges et produits notifiées par la CCMSA et comptabilisés par la CNAF.

La dégradation du niveau de l'indicateur de risque financier résiduel à neuf mois au titre des données déclaratives de l'ensemble des prestations gérées par les caisses de la MSA (17,4 % du montant des prestations versées en 2020, contre 15,5 % en 2019) illustre les faiblesses persistantes du dispositif de contrôle. Les anomalies résiduelles se concentrent sur les prestations de solidarité, dont l'AAH.

<sup>68</sup> Compte tenu de la taille de l'échantillon, le taux est compris, avec une probabilité de 95 %, entre 1,2 % et 1,7 % du montant des prestations versées, soit respectivement 0,86 Md€ et 1,24 Md€.

<sup>69</sup> La période de contrôle habituelle a été reconduite en 2020 afin de garantir la disponibilité des indicateurs pour l'audit annuel des comptes.

<sup>70</sup> Les droits AVPF procèdent pour l'essentiel de calculs automatisés, la part des liquidations manuelles, sur lesquelles portent les cibles spécifiques de contrôle, s'établissant en 2020 à 0,3 % du montant des cotisations versées à la branche vieillesse.

<sup>71</sup> Il s'agit en particulier de la PAJE-allocation de base et PreParE, du complément familial, de l'allocation journalière de présence parentale, de l'allocation journalière du proche aidant et de l'AAEH.

## Le recouvrement des créances d'indus de prestations

**Constat n°18** : le processus de gestion des créances mises en recouvrement (2,6 Md€) couvre insuffisamment les risques de non-recouvrement de ces dernières.

L'interfaçage des diverses applications permettant de gérer les créances sur les allocataires conserve des fragilités de nature à affecter la mise en œuvre des actions de recouvrement. Malgré le déploiement d'un référentiel national, la correcte codification des créances n'est pas assurée, ce qui induit notamment un risque de non-recouvrement pour cause de prescription.

La CNAF retient la date de notification de l'indu à l'allocataire par la voie d'un courrier simple comme point de départ de la prescription, alors que le délai légal court à compter de la date de versement des indus et que l'envoi d'une notification sans accusé de réception n'interrompt pas le délai de prescription. Le correct suivi des créances prescrites et le calcul de la dépréciation afférente s'en trouvent affectés.

Sur les 2,4 Md€ d'indus recouverts par la branche en 2020<sup>72</sup>, plus de 2 Md€ résultent de retenues sur des prestations versées aux allocataires. Or les modalités de mise en œuvre des retenues ne respectent pas en tous points le cadre juridique applicable, ce qui entraîne une incertitude sur le montant des créances comptabilisées par la branche à la clôture de l'exercice au titre de restes à recouvrer sur les prestations versées.

L'éligibilité des créances à des admissions en non-valeur reste insuffisamment contrôlée, ce qui ne permet pas de garantir l'exhaustivité de leur constatation lorsque les conditions réglementaires sont remplies.

### *c) Les prestations extralégales d'action sociale*

En 2020, les prestations extralégales d'action sociale de la branche famille se sont élevées à 5,6 Md€. Elles sont principalement constituées de subventions à des structures (5,3 Md€), essentiellement des établissements d'accueil du jeune enfant (EAJE) et des accueils de loisirs sans hébergement (ALSH). Les aides individuelles sont minoritaires (0,3 M€).

---

<sup>72</sup> Hors transferts de créances de RSA aux départements, annulations de créances et admissions en non-valeur.

Au titre de l'exercice 2020, la CNAF a versé 721 M€ d'aides exceptionnelles afin de compenser la baisse des recettes des structures, suscitée par la crise sanitaire.

**Réserve n°3** : le dispositif national de contrôle interne des prestations extralégales d'action sociale (5,6 Md€) procure une assurance limitée sur la maîtrise des risques financiers auxquels est exposée la branche dans ce domaine.

Cette réserve est motivée par les **trois constats d'audit suivants**.

### **Le dispositif national de contrôle interne**

**Constat n°19** : dans l'attente du déploiement complet du nouveau système d'information, le dispositif de télédéclaration des données d'activité ne couvre pas la totalité des structures aidées, ce qui affecte la qualité de la liquidation des prestations d'action sociale.

Bien que le nouveau système d'information des prestations d'action sociale (*OMEGA*) ait continué à être déployé en 2020, de nombreux actes de gestion liés aux aides collectives continuent d'être réalisés dans l'ancien système d'information (*SIAS*)<sup>73</sup>. Ce dernier ne permet pas aux structures subventionnées de télédéclarer les données à partir desquelles les CAF attribuent les aides dans un portail comprenant des contrôles de cohérence intégrés.

### **La maîtrise des risques relatifs à la gestion des prestations**

**Constat n°20** : le dispositif de contrôle interne de l'action sociale couvre encore insuffisamment les risques inhérents à la liquidation des aides collectives et ceux liés aux erreurs de déclaration des structures aidées.

Dans le contexte de la crise sanitaire, les contrôles de cohérence réalisés par les CAF sur les données d'activité télédéclarées par les structures pour le calcul des subventions qui leur sont versées, ont été réduits en 2020, ce qui affecte la fiabilité des montants comptabilisés. Si ces contrôles ont été étendus aux accueils de loisir sans hébergement, leur profondeur a été allégée et leur supervision réduite de moitié.

---

<sup>73</sup> Environ 10 % des montants de prestations de service ordinaire versés demeurent encore en marge du dispositif de télédéclaration, notamment les foyers de jeunes travailleurs (FJT), les centres sociaux, et les lieux d'accueil enfants-parents (LAEP, dont 30 % n'étaient pas encore intégrés à fin 2020).

Par ailleurs, les contrôles sur place portant sur les structures financées au titre de l'action sociale ont été réduits de moitié et les risques de fraudes sont insuffisamment couverts. Ils font apparaître une incidence financière moyenne en forte progression (+ 30,5 %), que la CNAF explique par un ciblage accru des contrôles sur les établissements présentant les situations les plus à risque.

Enfin, les contrôles spécifiques sur les données déclarées par les structures d'accueil des jeunes enfants afin de bénéficier d'aides exceptionnelles (721 M€) ne couvrent pas certains risques d'erreurs et sont mis en œuvre en dehors du système d'information, ce qui affecte la fiabilité de leurs résultats.

Pour 2020, l'indicateur de risque financier résiduel affectant les prestations d'action sociale collective du fait de données déclaratives erronées a été suspendu, ce qui induit une limitation à l'audit<sup>74</sup>.

### Les charges comptabilisées

**Constat n°21** : l'estimation du montant des charges à payer d'action sociale (4 Md€) présente une incertitude liée aux faiblesses du dispositif mis en œuvre par les CAF pour contrôler les données d'activité prévisionnelles déclarées par les structures sur lesquelles elles se fondent.

Les charges d'action sociale de l'exercice sont essentiellement constituées de charges à payer. En effet, les montants définitifs dus aux structures aidées en fonction de leur activité ne sont connus qu'au cours de l'exercice suivant. Ces charges sont calculées sur la base du budget prévisionnel des structures, mis à jour au mois de septembre de l'exercice.

La fiabilité des données d'activité prévisionnelles déclarées par les structures, et par conséquent de l'estimation du montant des charges à payer d'action sociale comptabilisé par la branche, en particulier celui de la décote<sup>75</sup> appliquée en 2020, est affectée par l'incidence de la crise sanitaire sur l'activité des structures.

---

<sup>74</sup> En 2020, la CNAF a reconduit, sur un nombre accru de dossiers (55 contre 40 en 2019), l'opération visant à apprécier la mise en œuvre par les CAF des protocoles de contrôle sur place et la fiabilité des résultats de ces derniers. Si ces travaux font apparaître des insuffisances dans la réalisation des contrôles, leur incidence financière n'a toutefois pas été mesurée.

<sup>75</sup> La CNAF intègre au montant de charges à payer comptabilisées une décote visant à tenir compte du fait que le montant définitif (réel) de la charge, constaté lors de l'exercice N+1, est en général d'un montant inférieur aux données déclarées par les structures. Pour calculer le montant de cette décote, la CNAF se fonde sur les taux de régularisation des charges observés au cours des cinq derniers exercices connus lors de la clôture des comptes (soit les exercices 2014 à 2018 pour les comptes 2020).

d) *Les montants attribués par l'activité de recouvrement*

**Réserve n°4** : les incertitudes et désaccords relevés par la Cour sur les comptes de l'activité de recouvrement affectent les principaux postes de produits et de créances de cotisations et contributions sociales de la branche famille.

Il est renvoyé sur ce point à l'opinion formulée par la Cour sur les comptes de l'activité de recouvrement de l'exercice 2020 (cf. partie I *supra*), notamment aux constats n°1, 2 et 3.

## **V - Les comptes combinés de la branche vieillesse**

Le périmètre de combinaison de la branche vieillesse du régime général comprend les comptes de la CNAV et ceux des quinze caisses d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT) et des quatre caisses générales de sécurité sociale (CGSS) pour leurs activités relatives à la retraite. La suppression du régime social des indépendants, engagée en 2018 et effective depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2020, s'est traduite par l'intégration aux comptes des entités de la branche des opérations auparavant effectuées par les ex-caisses locales déléguées pour la sécurité sociale des travailleurs indépendants et la caisse nationale.

Les prestations de droit propre des travailleurs indépendants sont désormais liquidées dans l'*Outil retraite* quand ils ont eu une activité salariée au cours de leur carrière. Les autres prestations de retraite (droits propres sans activité salariée, droits dérivés et allocation de solidarité aux personnes âgées) restent liquidées dans l'application de l'ex-RSI (*ASUR*).

Les comptes des CARSAT font l'objet d'une combinaison partagée avec les branches maladie et AT-MP du régime général, ceux des CGSS donnent lieu à une combinaison partagée avec ces mêmes branches, l'activité de recouvrement et le régime agricole.

## **A - La position de la Cour**

Au terme des vérifications dont elle rend compte au chapitre III du présent rapport, la Cour estime avoir collecté les éléments probants nécessaires pour fonder sa position sur les comptes de l'exercice 2020 de la branche vieillesse, signés le 15 avril 2021 par le directeur et par le directeur comptable et financier de la CNAV.



La Cour certifie qu'au regard des règles et principes comptables qui leur sont applicables, les comptes combinés de la branche vieillesse de l'exercice 2020 sont réguliers et sincères et donnent une image fidèle du résultat, de la situation financière et du patrimoine de la branche, sous les cinq réserves suivantes :

- **réserve n°1** : les faiblesses du cadre général du contrôle interne, qui intègre désormais les dossiers des travailleurs indépendants, et la fiabilité insuffisante des données émanant de certains organismes tiers de sécurité sociale à l'origine de transferts financiers affectent le paiement à bon droit des prestations de retraite et l'exactitude des états financiers de la branche ;
- **réserve n°2** : les données de carrière déclarées et reportées aux comptes des assurés en vue d'ouvrir des droits à retraite, de même que le dispositif permettant leur régularisation, présentent une fiabilité insuffisante ;
- **réserve n°3** : le contrôle interne des prestations de retraite (133 Md€) ne prévient pas avec une efficacité suffisante les erreurs de liquidation qui les affectent ;
- **réserve n°4** : les prestations de retraite sont affectées par des erreurs à caractère définitif, en faveur ou au détriment des assurés sociaux, dont le nombre et l'incidence financière ont continué à s'accroître en 2020 ;
- **réserve n°5** : les incertitudes et désaccords relevés par la Cour sur les comptes de l'activité de recouvrement affectent les principaux postes de produits et de créances de cotisations sociales de la branche vieillesse.

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

Malgré une solidarité financière de fait avec celle-ci, le Fonds de solidarité vieillesse (FSV) n'est pas intégré au périmètre des comptes combinés de la branche vieillesse du régime général de sécurité sociale. Le résultat de cette dernière s'en trouve amélioré, puisque son déficit (- 3,7 Md€ en 2020) devrait être majoré à hauteur de la quote-part du résultat déficitaire du FSV induite par les prises en charge de cotisations et de prestations en faveur de la branche vieillesse et atteindre ainsi 6 Md€ au total. En outre, à fin 2020, les déficits du FSV non encore repris par la CADES atteignent 6,1 Md€ au total. Ils sont intégralement supportés en trésorerie par la branche vieillesse du régime général, y compris pour la part des concours du fonds à d'autres régimes de protection sociale, sous la forme de retards de versement non rémunérés<sup>76</sup>.

---

<sup>76</sup> L'existence d'un dispositif de financement des déficits jusqu'en 2023 conduit à lever le point mentionné dans le rapport de certification des comptes de 2019 relatif à l'incertitude d'un apurement de la dette du fonds vis-à-vis de la CNAV.

L'annexe aux comptes de la branche vieillesse ne mentionne pas les engagements pluriannuels à l'égard des titulaires d'une pension de retraite au 31 décembre 2020 et de leurs ayants droit, appréciés et évalués en fonction des règles de droit en vigueur à cette date. En l'absence de mécanismes d'équilibrage automatique des résultats de la branche vieillesse, les pensions de retraite déjà attribuées ou qui seront liquidées au titre des droits déjà acquis par les cotisants dans leurs comptes de carrière et dont le versement se poursuivra sur plusieurs exercices constituent des charges futures de nature à affecter le montant et la consistance du patrimoine de la branche, au cours des exercices à venir. Elles répondent ainsi à la définition des engagements hors bilan au sens du plan comptable général.

## **B - Les motivations détaillées de la position de la Cour**

### **1 - L'évolution des constats par rapport à l'opinion exprimée sur les comptes de l'exercice 2019**

La Cour avait certifié les états financiers de la branche vieillesse de l'exercice 2019 en assortissant sa position de trois réserves relatives au contrôle interne de la branche et des organismes tiers (réserve n°1), à la liquidation des droits à retraite (réserve n°2) et à la fiabilisation préalable des données de carrière des assurés (réserve n°3).

Au 31 décembre 2020, un point d'audit a été satisfait au titre des réserves de l'exercice précédent : depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2020, les prestations de retraite renseignées dans le répertoire qui recense l'ensemble des droits attribués à un assuré par les régimes de retraite de base et complémentaires (*EIRR*) sont prises en compte de manière automatisée lors des révisions de service pour les assurés titulaires d'avantages de retraite soumis à conditions de ressources, ce qui réduit le risque d'inexactitude de ces révisions.

Par rapport à l'opinion exprimée sur les comptes de 2019, plusieurs constats ont été renforcés (notamment les n°1, 6, 14 et 17). Le constat sur les systèmes d'information a été scindé en deux nouveaux constats, pour mieux en refléter les enjeux afférents. Enfin, quatre constats nouveaux ont été introduits ou réintroduits (n°5 sur l'audit interne, n°9 sur les cotisations prises en compte pour les retraites de base des travailleurs indépendants, n°20 sur le risque financier résiduel affectant les prestations liquidées dans l'outil *ASUR* et n°21 sur le risque financier résiduel affectant les révisions de service).

## 2 - Les constats sur les comptes de l'exercice 2020

### a) *Le cadre général du contrôle interne de la branche et des organismes tiers*

**Réserve n°1** : les faiblesses du cadre général du contrôle interne, qui intègre désormais les dossiers des travailleurs indépendants, et la fiabilité insuffisante des données émanant de certains organismes tiers de sécurité sociale à l'origine de transferts financiers affectent le paiement à bon droit des prestations de retraite et l'exactitude des états financiers de la branche.

Cette réserve est motivée par **les sept constats d'audit suivants**.

#### **Le dispositif national de contrôle interne**

**Constat n°1** : le dispositif d'évaluation des moyens de maîtrise des risques liés aux prestations de retraite des salariés ne fournit toujours pas d'éléments d'appréciation pertinents sur leur efficacité réelle. Pour sa part, le dispositif relatif aux travailleurs indépendants ne procure pas les informations nécessaires à la maîtrise des risques d'irrégularité.

Dans l'attente du déploiement complet du système de management intégré (SMI) prévu en 2023, l'évaluation des moyens de maîtrise des risques affectant les droits et prestations de retraite des salariés n'est toujours pas mise en relation avec les résultats des indicateurs de la qualité de la liquidation et du risque financier résiduel affectant ces prestations.

L'absence de représentation consolidée et exhaustive de la réalité et des résultats des actions de maîtrise des risques ne permet pas une mise à jour régulière de la nature et de la criticité des risques affectant le traitement des dossiers des travailleurs indépendants dans l'application *ASUR*, qu'il s'agisse de retraites de base ou complémentaires.

#### **Les systèmes d'information**

**Constat n°2** : les contrôles généraux des systèmes d'information demeurent insuffisants, ce qui expose la branche à un risque d'indisponibilité de ces systèmes.

La cartographie du système d'information de la branche vieillesse ne couvre pas la totalité des applications, notamment celles propres à certaines caisses et celles pour lesquelles la CNAV agit en tant qu'opérateur, tel que le répertoire de gestion des carrières unique (*RGCU*). Son contenu reste limité aux aspects fonctionnels des applications et n'intègre pas des informations plus techniques nécessaires à la gestion des risques du système d'information.

Les exigences réglementaires récentes en matière de sécurité des systèmes d'information ne sont que partiellement satisfaites, ce qui fait peser des risques significatifs sur la branche, s'agissant de la protection des données, de la prévention des intrusions et de la gestion des sinistres.

**Constat n°3** : les risques liés aux évolutions du système d'information, en particulier celles présentant une incidence majeure sur le processus « retraite », et aux incidents d'exploitation sont imparfaitement maîtrisés.

Si les données du système national de gestion des carrières (*SNGC*) ont migré en 2020 vers le répertoire de gestion des carrières unique (*RGCU*)<sup>77</sup>, la CNAV n'a pas encore formalisé le processus d'évaluation des risques de toute nature liés aux évolutions de l'architecture du *RGCU* et leur impact sur la performance de ce dernier.

Le dispositif de gestion des incidents présente des faiblesses. Ainsi, bien que formalisés depuis 2016, les engagements de service de la CNAV restent à préciser quant aux rôles et responsabilités des acteurs, aux objectifs de performance à atteindre et aux indicateurs à utiliser. Le nombre d'incidents déclarés en 2020 a augmenté de 33 %, en raison de l'intégration des applications de gestion des travailleurs indépendants dans le système d'information. À périmètre comparable, le nombre d'incidents a toutefois diminué de 6 %.

Enfin, si la CNAV a entamé des démarches visant à le concevoir, aucun dispositif de gestion des problèmes<sup>78</sup> n'est mis en œuvre à ce stade.

### La lutte contre les fraudes

**Constat n°4** : alors que le montant de la fraude potentielle n'est pas estimé, les risques de fraude sont insuffisamment couverts par le dispositif défini au plan national et mis en œuvre par les caisses de retraite.

La CNAV n'évalue pas le montant de la fraude aux prestations de retraite, ce qui la prive d'un indispensable instrument d'appréciation de l'efficacité de son dispositif et d'orientation des efforts de prévention et de détection. Une estimation des principaux risques est prévue pour 2021.

Le dispositif de prévention et de lutte contre les fraudes externes demeure inégalement mis en œuvre par les caisses de retraite. Le procédé automatisé de sélection des dossiers à contrôler (*OCDC*) détecte une fréquence croissante d'irrégularités à caractère potentiellement frauduleux.

---

<sup>77</sup> Les prestations de retraite restent liquidées à partir des données du *SNGC* jusqu'à ce que le *RGCU* s'y substitue, en 2021.

<sup>78</sup> Un problème est la conséquence d'un incident majeur ou de nombreux incidents récurrents dont l'origine est inconnue.

Cependant, l'exploitation de ces signalements par les caisses demeure hétérogène. Dans l'attente du déploiement complet de l'outil de suivi de l'activité (*OGEDA*), le pilotage de cette dernière et la fiabilité des indicateurs nationaux comportent des limites persistantes.

Pour le contrôle de l'existence des assurés titulaires de prestations de retraite qui résident à l'étranger, les accords ou les expérimentations en cours avec des organismes étrangers de protection sociale couvrent un nombre croissant de pays. Néanmoins, ce dispositif reste à étendre à certains pays extra-européens à forts enjeux.

Le traitement par reconnaissance optique des certificats d'existence, mis en œuvre par l'AGIRC-ARRCO pour le compte de l'ensemble des régimes de retraite, présente des faiblesses. Les supervisions de la CNAV sur les certificats d'existence validés dans le cadre de ce dispositif font apparaître un taux de non-conformité d'environ 10 %.

Le dispositif de prévention et de détection de la fraude interne couvre imparfaitement certains risques auxquels est exposée la branche, notamment au titre de l'activité des travailleurs indépendants. De plus, les caisses locales mettent en œuvre dans des conditions hétérogènes le plan national de lutte contre la fraude interne.

Plus de 9 200 situations de cumul d'habilitations dans les applications de gestion des comptes des titulaires de prestations peuvent être relevées au 31 décembre 2020, ce qui expose la branche à des risques de fraude insuffisamment couverts par le dispositif de contrôle interne.

### **L'audit interne**

**Constat n°5** : l'audit interne apporte une contribution limitée à la maîtrise des risques.

Le plan national d'audit a été réduit de moitié dans le contexte de la crise sanitaire. Au demeurant, l'audit interne, dont les effectifs locaux sont souvent limités et mobilisés par la CNAV sur des missions transversales, peine à constituer un outil adapté aux enjeux et risques propres à chaque caisse. La mise en œuvre des actions préconisées à ce titre, suivie au moyen d'outils frustes et hétérogènes, est imparfaitement assurée.

### **La gestion des données de paiement et les opérations de paiement des prestations**

**Constat n°6** : des insuffisances affectent les dispositifs de contrôle interne des processus de gestion des comptes des titulaires de prestations et des opérations de paiement, en particulier pour les dossiers de travailleurs indépendants.

Le dispositif de contrôle interne des activités de gestion des comptes des titulaires de prestations comporte des faiblesses persistantes. Ainsi, les taux de contrôle de certaines activités prescrits par la caisse nationale ne garantissent pas une maîtrise suffisante des risques d'erreurs, le cas échéant intentionnelles (fraude interne). Par ailleurs, les limites fonctionnelles de certains outils perdurent, notamment pour les activités de contrôle.

Le dispositif de contrôle interne de la gestion des comptes des travailleurs indépendants titulaires de prestations de retraite, déployé au second semestre 2020, est mis en œuvre dans des conditions hétérogènes par les caisses et le contrôle des activités réalisées au premier semestre n'a pas systématiquement été réalisé. Les limites des outils informatiques et l'absence d'interface entre les applications utilisées pour gérer les prestations des salariés et celles des travailleurs indépendants exposent la branche à des risques d'anomalies.

Bien que le dispositif de contrôle interne des opérations de paiement soit correctement mis en œuvre, il présente encore certaines limites liées notamment aux outils employés à cette fin.

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

### **Les données à la source de transferts financiers avec des organismes de sécurité sociale tiers**

**Constat n°7** : les produits de cotisations d'assurance vieillesse des parents au foyer (AVPF) que comptabilise la CNAV manquent de fiabilité.

La détermination des équivalents salaires liés à l'AVPF notifiés par la CNAF à la CNAV et reportés aux comptes de carrière des assurés, ainsi que les cotisations versées à ce titre (4,9 Md€), sont affectées par des erreurs relatives à l'attribution et au calcul des prestations familiales qui y ouvrent droit. La portée des risques correspondants n'est pas appréciée par la CNAF (cf. partie IV, constat n°16).

#### *b) La fiabilisation des données de carrière des assurés préalablement à la liquidation des droits à retraite*

Les droits à retraite des salariés sont liquidés en fonction des données reportées à leurs comptes de carrière dans le système national de gestion des carrières (SNGC).

Le *SNGC* est alimenté par les déclarations sociales des employeurs (35 % des reports) ; les données relatives à des « périodes assimilées » à des périodes d'assurance adressées par Pôle emploi et par les organismes du régime général (30 % des reports) ; des données de salaire (chèque emploi-service universel et prestation d'accueil du jeune enfant) ou équivalents de salaires, comme l'assurance vieillesse des parents au foyer-AVPF (20 % des reports) ; des données provenant des autres régimes de sécurité sociale (15 % des reports).

**Réserve n°2** : les données de carrière déclarées et reportées aux comptes des assurés en vue d'ouvrir des droits à retraite, de même que le dispositif permettant leur régularisation, présentent une fiabilité insuffisante.

Cette réserve est motivée par les **trois constats d'audit suivants**.

### **L'alimentation primaire des comptes de carrière**

**Constat n°8** : le niveau d'assurance procuré par le contrôle interne sur la fiabilité des données de carrière adressées par les employeurs et les organismes sociaux partenaires reste insuffisant.

Le niveau d'assurance obtenu par la CNAV sur l'exhaustivité et l'exactitude des données de carrière transmises par les organismes sociaux partenaires et intégrées au *SNGC* est insuffisant. L'absence de conventions d'échange de données ou leur défaut de mise à jour prive la CNAV d'éléments d'assurance sur la réalité et la portée des contrôles mis en œuvre par ses partenaires pour garantir la fiabilité des données qu'ils lui adressent.

Les contrôles automatisés visant à sécuriser ces données avant leur intégration aux comptes de carrière des assurés sont eux-mêmes incomplets et, malgré des progrès en la matière, la CNAV ne dispose pas encore de moyens efficaces de corroboration statistique de ces flux de données.

Par ailleurs, les contrôles réalisés par la CNAV sur les données contenues dans les déclarations sociales des employeurs ne réduisent que partiellement les risques d'absence d'exhaustivité ou d'inexactitude des reports effectués aux comptes de carrière des assurés.

Les opérations de fiabilisation des données individuelles des salariés transmises par les déclarations sociales nominatives (DSN), menées conjointement par l'ACOSS et la CNAV, appellent ainsi un renforcement. Celles concernant les données individuelles des travailleurs indépendants ont quant à elles vocation à être engagées.

Enfin, un volume toujours significatif de données déclarées sur des supports papier<sup>79</sup>, de déclarations dématérialisées et d'anomalies détectées par les contrôles automatisés de cohérence demeure en attente d'intégration au *SNGC*. Le nouveau dispositif de maîtrise des risques liés au traitement de ces données ne permet pas encore d'en apprécier l'efficacité.

### **Les cotisations prises en compte pour les retraites de base des travailleurs indépendants**

**Constat n°9** : pour les prestations de retraite de base, l'exactitude des données de carrière est affectée par les faiblesses du processus de gestion des flux informatisés de données transmis ou échangés avec l'ACOSS.

Les travaux menés par la Cour afin de vérifier la correcte prise en compte des cotisations versées par les travailleurs indépendants pour le calcul de leurs prestations de droit propre font apparaître des écarts entre les données de la CNAV et celles d'une URSSAF à forts enjeux, ce qui ne permet pas de disposer d'une assurance raisonnable sur l'exactitude du décompte des droits à prestations.

### **Les régularisations de carrière**

Les régularisations de carrière ont pour objet de sécuriser les données reportées aux comptes de carrière des assurés, en amont de la liquidation de leurs droits, en complétant ou en corrigeant les données acquises auprès des employeurs et des organismes sociaux partenaires. Il s'agit d'un enjeu majeur : près de la moitié des erreurs affectant les prestations liquidées et mises en paiement ont pour origine des données de carrière absentes ou erronées.

**Constat n°10** : les régularisations de carrière fiabilisent toujours insuffisamment les données de carrière préalablement à la liquidation des droits à retraite.

Des moyens de maîtrise renforcés encadrent l'instruction des régularisations de carrière, mais ceux-ci ne comportent pas de contrôles intégrés faisant apparaître les anomalies potentielles à traiter, tandis que les supports techniques mis à la disposition des agents ne permettent pas de sécuriser l'instruction des régularisations de carrière par ces derniers.

---

<sup>79</sup> Notamment les contrats d'apprentissage, les périodes assimilées des contractuels de la fonction publique au titre du chômage et le montant des indemnités journalières maternité.



L'efficacité des dispositifs de supervision par les services ordonnateurs, allégés en 2020, et de contrôle par les directions comptables et financières n'est pas évaluée. Les caisses mettent en œuvre des modalités hétérogènes de contrôle, dont les résultats font apparaître des disparités dans la fiabilité des instructions des régularisations de carrière effectuées par les services ordonnateurs. Des erreurs de saisie ou des défaillances informatiques affectant le typage de la régularisation effectuée faussent toujours la sélection des dossiers à superviser ou à contrôler.

Par ailleurs, la suspension par certaines caisses des régularisations anticipées de carrière en faveur des demandeurs d'emploi indemnisés, en contradiction avec la convention avec l'Unédic, prive la branche vieillesse de leviers d'amélioration de la qualité des données reportées aux comptes de carrière des assurés.

### *c) La maîtrise des risques d'erreurs de liquidation*

En 2020, les caisses de la branche vieillesse du régime général ont attribué plus de 831 000 prestations (dont 80 % de droit propre et 20 % de droit dérivé) au moyen de l'*Outil retraite*, soit un nombre stable par rapport à l'année précédente et 41 000 dans *ASUR* (dont 35 % de droit propre et 65 % de droit dérivé).

Elles ont, par ailleurs, effectué plus de 260 000 révisions de droit et près de 200 000 révisions de service, en augmentation de près de 5 % par rapport à 2019. Les révisions de droit modifient rétroactivement les prestations attribuées depuis la date de leur entrée en jouissance ; les révisions de service peuvent conduire à modifier pour l'avenir la prestation versée. S'agissant des retraites de base traitées dans *ASUR*, les limites de cette application ne permettent pas de distinguer ces catégories, ni de procéder à un décompte fiable des révisions effectuées.

**Réserve n°3** : le contrôle interne des prestations de retraite (133 Md€) ne prévient pas avec une efficacité suffisante les erreurs de liquidation qui les affectent.

Cette réserve est motivée par les **six constats d'audit suivants**.

## La supervision et le contrôle avant la mise en paiement des prestations

**Constat n°11** : en 2020, la fiabilité de la liquidation des prestations de retraite par les services ordonnateurs a continué à se dégrader.

Les services ordonnateurs commettent de fréquentes erreurs de portée financière quand ils liquident les prestations de retraite. Cet état de fait résulte notamment de l'insuffisance des contrôles intégrés à l'outil informatique de gestion des prestations, de l'absence d'automatisation de plusieurs étapes de leur calcul et de l'assistance limitée apportée aux agents par le système d'information. Le contexte de crise sanitaire n'a pas eu d'incidence notable sur cet état de fait.

Les évolutions apportées en 2020 au plan qualité et au plan socle de supervision vont dans le sens d'une responsabilisation accrue des caisses et d'une meilleure appréciation de l'efficacité du dispositif de supervision. Cependant, la portée de ces outils reste affectée par l'hétérogénéité des modalités de sélection des dossiers à superviser et du positionnement des supervisions (avant ou après contrôle des directions comptables et financières).

Par ailleurs, le dispositif de supervision de la liquidation, dans l'outil *ASUR*, des dossiers relatifs aux travailleurs indépendants, qu'il s'agisse des retraites de base ou complémentaires, est fragilisé par une maturité hétérogène des caisses et par la multiplicité des outils employés à ce titre.

**Constat n°12** : la capacité des directions comptables et financières des caisses de retraite à détecter les erreurs de liquidation des services ordonnateurs avant la mise en paiement des prestations de retraite continue de se réduire.

En 2020, le taux de contrôle des prestations liquidées dans l'*Outil retraite* a baissé de près de 3 points par rapport à l'exercice précédent (60,5 % fin 2020), dans le contexte de la crise sanitaire et d'un ciblage fondé désormais sur une analyse automatisée du niveau présumé de risque.

En particulier, le taux de dossiers contrôlés a baissé de plus de 4 points pour les attributions de droits propres (à 64,2 %) et de près de 4 points pour les attributions de droits dérivés (à 68,1 %).

Les contrôles sur l'attribution de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA), auparavant systématiques, ont également été réduits (pour ne plus couvrir que 73,4 % des prestations attribuées). Cette prestation concentre pourtant une part importante des erreurs qui affectent les prestations de retraite dans leur ensemble. En outre, les mesures de simplification de la gestion et de spécialisation des agents, engagées pour l'essentiel en 2020, n'ont pas encore produit les effets qui en sont attendus sur la fiabilité des allocations liquidées.

De plus, les directions comptables et financières des caisses de retraite ont détecté à peine un peu plus de la moitié (54,6 % fin 2020) des erreurs dans les dossiers qu'elles ont contrôlés préalablement à la mise en paiement des prestations liquidées dans l'*Outil retraite* (soit un niveau comparable à celui de 2019). Si un recentrage des contrôles sur les erreurs ayant une portée financière avérée a été amorcé, les contrôleurs des directions comptables et financières mettent en œuvre de manière hétérogène, avec de fréquentes erreurs, la fonctionnalité mise à leur disposition à cet effet. Les supervisions sur l'activité des contrôleurs ont par ailleurs une incidence limitée sur la détection d'erreurs.

Enfin, les services de l'ordonnateur ne corrigent qu'une partie des erreurs détectées par les directions comptables et financières. Dans le cadre d'une expérimentation à la CNAV en Île-de-France, les dossiers corrigés par le service ordonnateur à la suite de la détection d'erreurs par la direction comptable et financière ont cessé d'être vérifiés à nouveau par cette dernière. Des taux élevés de non-conformité, s'agissant notamment des dossiers d'ASPA (34 %), ont alors été constatés.

### Les révisions de droit

**Constat n°13** : une grande partie des révisions de droit liées aux majorations dues au titre du minimum contributif et de la pension de réversion ne peuvent toujours pas être effectuées.

En 2020, le nombre de majorations de la pension de réversion et du minimum contributif en attente de calcul pour les salariés a continué d'augmenter (1,4 million de majorations en instance au 31 décembre 2020 pour un montant provisionné de 0,6 Md€), tandis que plus des trois-quarts des majorations en faveur des travailleurs indépendants restaient en attente de calcul (près de 442 000 majorations en instance pour un montant provisionné de 0,1 Md€).

La fiabilisation de la qualité et de l'exhaustivité des informations contenues dans le répertoire d'échange inter-régimes de retraite (*EIRR*), dont dépend le calcul de ces majorations, s'est ralentie, aucune opération notable n'étant intervenue en 2020. Elle dépend, notamment, de la capacité de l'ensemble des régimes partenaires et de la CNAV à développer des correctifs informatiques, dont les plus importants ont été repoussés à 2021.

**Constat n°14** : alors que la liquidation provisoire des prestations peut engendrer des risques supplémentaires d'erreur avec incidence financière, le dispositif de maîtrise des risques afférents présente des faiblesses, en particulier s'agissant des dossiers de travailleurs indépendants.

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

### Les révisions de service

**Constat n°15** : le dispositif de maîtrise des risques d'erreur affectant les révisions de service effectuées présente des faiblesses persistantes.

Compte tenu des faiblesses persistantes de la supervision de l'ordonnateur, le dispositif de maîtrise des risques continue de reposer principalement sur les contrôles réalisés par les directions comptables et financières, lesquels sont mis en œuvre de manière hétérogène par les caisses de retraite. S'agissant des révisions traitées dans *ASUR*, le manque de précision des informations disponibles, n'a pas permis à la Cour d'apprécier la portée des actions de maîtrise des risques, ce qui induit une limitation à son audit.

**Constat n°16** : les révisions de service prennent encore insuffisamment en compte l'évolution de la situation des pensionnés.

Les stocks de révisions de service non traitées continuent de se réduire, mais restent importants, en particulier pour la CNAV en Île-de-France. S'agissant des dossiers traités dans *ASUR*, les limites du système affectent la fiabilité de l'information relative aux stocks de révisions, lesquels ne font par conséquent l'objet d'aucun suivi.

Par ailleurs, depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2020, les prestations des autres régimes de retraite de base et complémentaires renseignées dans l'*EIRR* sont prises en compte de manière automatisée pour les révisions de service des prestations du minimum vieillesse. Néanmoins, le dispositif de pilotage des questionnaires encore adressés à intervalle régulier aux assurés concernés présente des faiblesses. Ainsi, les questionnaires aux assurés dont les dossiers sont traités dans *ASUR* sont insuffisamment suivis.

#### *d) Les erreurs résiduelles affectant les prestations de retraite*

La CNAV mesure annuellement la fréquence et la portée financière des erreurs qui affectent à titre définitif les attributions et révisions de prestations de retraite, en faveur ou au détriment des assurés, à la suite ou non d'un contrôle des directions comptables et financières sur les prestations liquidées préalablement à leur mise en paiement.

Ces mesures sont déterminées à partir du contrôle, par des cellules spécialisées<sup>80</sup>, d'échantillons représentatifs de dossiers.

**Réserve n°4** : les prestations de retraite sont affectées par des erreurs à caractère définitif, en faveur ou au détriment des assurés sociaux, dont le nombre et l'incidence financière ont continué à s'accroître en 2020.

Cette réserve est motivée par les **cinq constats d'audit suivants**.

### **Les erreurs résiduelles affectant les attributions et les révisions de droit, après contrôle interne**

**Constat n°17** : la fréquence et la portée financière des erreurs résiduelles de liquidation dans l'*Outil retraite*, qui ont à nouveau augmenté, traduisent les faiblesses persistantes du dispositif de maîtrise des risques et font apparaître une situation particulièrement dégradée.

La fréquence et l'incidence financière des erreurs résiduelles de liquidation dans l'*Outil retraite* ont été déterminées, en 2020, à partir du contrôle d'un échantillon représentatif de 9 386 dossiers couvrant tous les types de prestations<sup>81</sup>.

Pour 2020, la fréquence des erreurs de portée financière en faveur ou au détriment des assurés continue d'augmenter, poursuivant la dégradation observée chaque année depuis 2016. Elle s'établit ainsi, en valeur centrale statistique, à 16,4 %<sup>82</sup>, contre 15,3 % en 2019, soit une dégradation de 1,1 point. Ainsi, une nouvelle retraite sur six comporte au moins une erreur de portée financière.

---

<sup>80</sup> Les centres nationaux délégués d'Orléans et de Strasbourg pour les dossiers traités dans l'*Outil retraite* et l'établissement d'Auray pour ceux liquidés dans *ASUR*.

<sup>81</sup> Droits personnels, droits dérivés, droits non contributifs (ASPA notamment), avantages complémentaires (majoration enfant, majoration tierce personne, etc.).

<sup>82</sup> Compte tenu de la taille de l'échantillon, la fréquence des erreurs est comprise, avec une probabilité de 95 %, entre 15,7 % et 17,1 %. Dans le détail, la fréquence des erreurs atteint 23,8 % pour l'ASPA, 22,4 % pour les révisions de droits propres, 16,3 % pour les attributions de droits propres et 10 % pour celles de droits dérivés.

Les erreurs relatives à la carrière représentent près de la moitié du nombre total d'erreurs (49,5 %). Par ailleurs, la part des révisions de droit ayant fait l'objet d'une erreur résiduelle continue à s'accroître (22,4 %, contre 19,5 % en 2019 et 13,9 % en 2018).

Malgré certains progrès, la qualité de la liquidation reste insuffisante dans un nombre significatif d'organismes métropolitains. Dans quatre d'entre eux (CNAV en Île-de-France et CARSAT Hauts de France, Languedoc-Roussillon et Sud-Est), une retraite sur cinq nouvellement mise en paiement comporte au moins une erreur résiduelle ayant une incidence financière. À la CARSAT Sud-Est, la fréquence des erreurs définitives a augmenté de 3,5 points en 2020.

Pour sa part, le taux d'incidence financière des erreurs en faveur ou au détriment des assurés est passé, en valeur centrale statistique, de 1,8 % en 2019 à 1,9 %<sup>83</sup> en 2020 du montant des prestations nouvellement mises en paiement, sous l'effet notamment des résultats de la CNAV en Île-de-France<sup>84</sup> et de l'ASPA<sup>85</sup>. Pour les trois-quarts, ce taux correspond à des erreurs au détriment des assurés<sup>86</sup>. Rapporté au montant des attributions de prestations au cours de l'exercice (5,5 Md€), il implique un montant probable d'erreurs de 105 M€.

La fréquence et l'incidence financière des erreurs résiduelles témoignent de la maîtrise toujours plus faible par la CNAV, année après année, des risques afférents aux attributions et aux révisions de droit.

La fréquence des erreurs résiduelles portant sur les seules instructions de l'exercice, c'est-à-dire excluant celles antérieures à la décision d'attribution de la retraite, se dégrade aussi (11,6 %, contre 10 % en 2019), ce qui démontre que les causes de l'augmentation des erreurs résiduelles sont contemporaines.

**Constat n°18** : l'incidence cumulative des erreurs financières portant sur les attributions de prestations et les révisions de droit de l'année, qui affectent les charges de la branche pendant toute la durée du service des prestations, se dégrade en 2020.

---

<sup>83</sup> Compte tenu de la taille de l'échantillon, ce résultat donne une assurance à 95 % que le TIF est compris entre 1,6 % et 2,3 %.

<sup>84</sup> Le taux d'incidence financière des erreurs commises par la CNAV en Île-de-France augmente de 1,7 point en 2020 pour s'établir à 4,4 %.

<sup>85</sup> Pour laquelle le taux d'incidence financière des erreurs atteint 4,9 %.

<sup>86</sup> Les erreurs résiduelles sont majoritairement en défaveur de l'assuré (75 % du TIF, soit 1,4 %). Rapporté au montant des prestations légales mises en paiement en 2020, l'impact net sur les comptes annuels serait une minoration des charges de 50 M€.

La CNAV a renouvelé le calcul d'un taux d'incidence financière des erreurs de l'année mesurée sur la durée moyenne de service des prestations (soit 21,1 années). Cet indicateur retient les erreurs qui auront une incidence financière sur toute la durée de versement des prestations, soustrait les erreurs ayant une incidence uniquement l'année d'attribution de manière certaine (erreurs portant sur les prélèvements sociaux) ou probable (erreurs portant sur la date d'entrée en jouissance de la prestation), et corrige les effets des rejets à tort de demandes de retraite, celles-ci ayant vocation à être satisfaites à une date ultérieure.

En 2020 et à périmètre comparable<sup>87</sup>, ce taux s'établit à 1,4 %, contre 1,3 % en 2019.

Les erreurs résiduelles affectant les attributions et révisions de droit intervenues en 2020 auraient, sur ces bases, une incidence financière cumulative en valeur absolue d'au plus 1,6 Md€ sur toute la durée de versement des prestations.

**Constat n°19** : l'évaluation de l'incidence des erreurs résiduelles sur l'intégralité des charges de prestations légales de l'exercice, engagée en 2019, présente des limites méthodologiques qui en affectent la fiabilité.

Le taux d'incidence financière (TIF) des erreurs résiduelles de liquidation que la CNAV évalue chaque année porte sur les charges de prestations légales correspondant uniquement aux attributions et révisions de droit réalisées durant l'exercice, lesquelles représentent une faible part des charges enregistrées en comptabilité. Afin d'élargir la portée de cette estimation, la CNAV a estimé pour la première fois en 2019 un taux d'incidence financière des erreurs résiduelles portant sur l'intégralité des charges de prestations légales comptabilisées au titre des droits propres<sup>88</sup>.

En 2020, ce taux s'établit à 0,3 % (0,4 % en « fourchette haute »), soit une incidence financière des erreurs résiduelles évaluée à 0,4 Md€ (0,5 Md€ en « fourchette haute ») pour un montant total de charges de prestations légales de 107 Md€.

Toutefois, la méthode employée par la CNAV présente des limites de nature à influencer significativement les résultats de l'indicateur dans un sens plus favorable. En effet, la CNAV se fonde, sans redressement, sur les résultats des contrôles *a posteriori* intervenus entre 2012 et 2019. Or, avant 2016, ces résultats étaient sous-évalués, les contrôles étant effectués

---

<sup>87</sup> En 2020, ont été contrôlés non seulement les premières attributions de droits, mais aussi les seconds droits à retraite (droit dérivé faisant suite à un droit propre par exemple). Sur ce périmètre élargi, le taux d'incidence financière s'établit à 1,1 %.

<sup>88</sup> En 2019, en « fourchette haute », le TIF s'établissait à 0,4 %, soit 0,4 Md€.

de manière insuffisamment exhaustive et homogène par les directions comptables et financières de chaque caisse de retraite. En outre, ils excluent par principe les dossiers avec erreur financière dès lors qu'ils ont fait l'objet d'une révision de droit. Or, des erreurs définitives affectent une grande partie de ces révisions (cf. constat n°17 *supra*).

**Constat n°20** : si la fréquence et l'incidence financière des erreurs résiduelles qui affectent les prestations de retraite des travailleurs indépendants traitées dans l'outil *ASUR* s'inscrivent à des niveaux peu élevés, les mesures correspondantes ne sont pas exhaustives.

La fréquence et l'incidence financière des erreurs résiduelles de liquidation des retraites nouvellement attribuées dans l'outil *ASUR* ont été déterminées, en 2020, à partir du contrôle d'un échantillon représentatif d'un peu plus de 7 000 dossiers de retraites de base et complémentaires de travailleurs indépendants.

Pour 2020, la fréquence des erreurs de portée financière s'établit, en valeur centrale statistique, à 2,9 %<sup>89</sup> pour l'ensemble des caisses métropolitaines (contre 3,1 % en 2019).

Le taux d'incidence financière des erreurs en faveur ou au détriment des travailleurs indépendants s'inscrit quant à lui à un faible niveau (0,2 %<sup>90</sup> en valeur centrale statistique du montant des prestations nouvellement mises en paiement, contre 0,3 % en 2019).

Rapporté au montant des attributions de prestations au cours de l'exercice (135 M€), ce taux conduit à un montant probable d'erreurs de 0,3 M€. L'évolution la plus marquée concerne les retraites de base, dont le taux d'incidence financière est divisé par près de trois en 2020 (0,1 %).

Si la procédure mise en œuvre à cet égard repose sur des actions correctement encadrées et formalisées, elle présente des fragilités liées notamment au caractère non systématique du contrôle approfondi de l'adéquation des droits à retraite aux cotisations versées par l'assuré et à ses revenus professionnels déclarés.

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

---

<sup>89</sup> Compte tenu de la taille de l'échantillon, ce résultat donne une assurance à 95 % que le résultat de l'indicateur est compris entre 2,5 % et 3,3 %.

<sup>90</sup> Compte tenu de la taille de l'échantillon, ce résultat donne une assurance à 95 % que le résultat de l'indicateur est compris entre 0,1 % et 0,3 %.



dans *ASUR* sont respectivement minorées d'au moins 25 % et 50 %. De plus, la fiabilité des instructions des services ordonnateurs et des contrôles des directions comptables et financières ne peuvent être appréciées.

Enfin, la très grande hétérogénéité des niveaux d'erreurs entre les caisses et dans le temps suscite une interrogation sur la fiabilité des indicateurs sur le périmètre incomplet ainsi couvert.

**Constat n°21** : les mesures du risque financier résiduel affectant les révisions de service ne sont pas exhaustives.

En 2020, la CNAV a renouvelé les contrôles permettant de mesurer les erreurs résiduelles (risque après contrôle interne) propres aux révisions de service, mais uniquement pour celles liquidées dans l'*Outil retraite*, excluant de ce fait les révisions liquidées dans *ASUR*.

Dans le contexte de la crise sanitaire, l'échantillon de dossiers contrôlés à ce titre a été réduit (près de 800, contre 1 120 en 2019). Il continue par ailleurs de ne porter que sur des révisions ayant conduit à modifier le montant de la prestation servie à l'assuré, ce qui exclut plus de deux révisions sur cinq et induit une limitation à l'appréciation du risque financier résiduel affectant les révisions de service.

Sur le périmètre ainsi contrôlé, la part des révisions de service affectées d'une erreur de portée financière diminue d'un point en 2020 (12 %, en valeur centrale statistique), mais le montant agrégé en valeur absolue des erreurs s'accroît (0,9 %, contre 0,8 % en 2019). Ces résultats constituent des planchers : ils ne tiennent compte ni des révisions sans modification du montant de la prestation versée, ni des révisions pour lesquelles l'incidence financière de l'anomalie n'a pu être évaluée<sup>91</sup>.

*e) Les montants attribués par l'activité de recouvrement*

**Réserve n°5** : Les incertitudes et désaccords relevés par la Cour sur les comptes de l'activité de recouvrement affectent les principaux postes de produits et de créances de cotisations sociales de la branche vieillesse.

Il est renvoyé sur ce point à l'opinion formulée par la Cour sur les comptes de l'activité de recouvrement de l'exercice 2020 (cf. partie I *supra*), notamment aux constats n°1, 2 et 3.

---

<sup>91</sup> Soit 34 dossiers représentant 4,3 % de l'échantillon 2020 (784 dossiers), contre 3,6 % de l'échantillon 2019 (1 120 dossiers).



## Chapitre II

# Les positions de la Cour sur les comptes des organismes nationaux du régime général de l'exercice 2020

### I - Les comptes de l'ACOSS

#### A - La position de la Cour sur les comptes

Au terme des vérifications dont elle rend compte au chapitre III du présent rapport, la Cour estime avoir collecté les éléments probants nécessaires pour fonder ses positions sur les comptes annuels de l'exercice 2020 de l'ACOSS, signés le 22 avril 2021 par le directeur et par la directrice comptable et financière de cet organisme.

La Cour certifie qu'au regard des règles et principes comptables qui leur sont applicables, les comptes annuels de l'agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) de l'exercice 2020 sont réguliers et sincères et donnent une image fidèle de son résultat, de sa situation financière et de son patrimoine, sous les deux réserves suivantes :

- **réserve n°1** : l'établissement public national ne dispose pas d'un dispositif de contrôle interne complet et formalisé couvrant l'ensemble des risques auxquels ses activités sont exposées ;

- **réserve n°2** : des désaccords ou des limitations affectent les montants comptabilisés par l'ACOSS au titre de plusieurs flux significatifs : impôts et taxes affectés recouvrés par l'État (77,1 Md€), réduction générale des contributions chômage et des cotisations retraite complémentaire prise en charge par l'ACOSS (8,1 Md€) et exonérations (6,2 Md€) et de l'aide au paiement (2,2 Md€) des prélèvements sociaux prises en charge par l'État.

La Cour avait certifié les états financiers de l'ACOSS de l'exercice 2019 en assortissant sa position de deux réserves.

L'audit des comptes de 2020 ne conduit pas à lever de réserve ou de partie de réserve formulée sur les comptes de 2019.

## **B - Les motivations détaillées de la position de la Cour**

Il est renvoyé sur ce point aux motivations détaillées de la position de la Cour sur les comptes de l'activité de recouvrement.

# **II - Les comptes de la CNAM**

## **A - La position de la Cour sur les comptes**

Au terme des vérifications dont elle rend compte au chapitre III du présent rapport, la Cour estime avoir collecté les éléments probants nécessaires pour fonder sa position sur les comptes annuels de l'exercice 2020 de la CNAM, signés le 22 avril 2021 par le directeur général et par le directeur délégué aux finances et à la comptabilité de cet organisme.

La Cour certifie qu'au regard des règles et principes comptables qui leur sont applicables, les comptes annuels de la caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM) de l'exercice 2020 sont réguliers et sincères et donnent une image fidèle de son résultat, de sa situation financière et de son patrimoine, sous les deux réserves suivantes :

- **réserve n°1** : les réserves et parties de réserves exprimées par la Cour sur les comptes combinés des branches maladie et AT-MP au titre du dispositif de contrôle interne de la CNAM, de la détermination des taux des cotisations AT-MP, de la justification des comptes et des montants notifiés par l'activité de recouvrement concernent des opérations comptabilisées par la CNAM ;

- **réserve n°2** : les réserves exprimées par la Cour sur les comptes combinés des branches maladie et AT-MP concernent la CNAM en sa qualité de caisse nationale qui attribue aux entités combinées des deux branches des dotations couvrant les charges comptabilisées par ces entités.

La Cour avait certifié les états financiers de la CNAM de l'exercice 2019 en assortissant sa position de deux réserves.

Le constat d'audit n°1 relatif à l'enregistrement dans les comptes de la CNAM d'écritures relatives aux droits et obligations des caisses locales a été levé au titre de la réserve n°1, ces écritures ayant été régularisées en 2020 (*Rapport de certification des comptes de 2019*, p. 119).

Par ailleurs, sans remettre en cause son opinion, la Cour appelle de nouveau l'attention sur un point particulier relatif à la compréhension des états financiers de la CNAM. L'annexe aux comptes de la CNAM, entité combinante des branches maladie et AT-MP, ne mentionne pas d'engagements pluriannuels à l'égard des titulaires de pensions d'invalidité et de rentes pour incapacité permanente à fin 2020 et de leurs ayants droit, appréciés et évalués en fonction des règles de droit en vigueur à cette date.

Ces engagements significatifs, qui peuvent être chiffrés de manière fiable, portent sur des prestations ayant un objet identique à celui de prestations pour lesquelles l'État reconnaît des passifs à ce même titre (sous la forme de provisions pour charges).

## **B - Les motivations détaillées de la position de la Cour**

Il est renvoyé sur ce point aux motivations détaillées de la position de la Cour sur les comptes combinés des branches maladie et AT-MP.

# **III - Les comptes de la CNAF**

## **A - La position de la Cour sur les comptes**

Au terme des vérifications dont elle rend compte au chapitre III du présent rapport, la Cour estime avoir collecté les éléments probants nécessaires pour fonder sa position sur les comptes annuels de l'exercice 2020 de la CNAF, signés le 15 avril 2021 par le directeur et par le directeur comptable et financier de cet organisme.

La Cour certifie qu'au regard des règles et principes comptables qui leur sont applicables, les comptes annuels de la caisse nationale des allocations familiales (CNAF) de l'exercice 2020 sont réguliers et sincères et donnent une image fidèle de son résultat, de sa situation financière et de son patrimoine, sous les deux réserves suivantes :

- **réserve n°1** : les réserves n°1, 2 et 3 sur les comptes combinés de la branche famille concernent la CNAF en sa qualité de caisse nationale qui attribue aux entités combinées de la branche des dotations reflétant les charges comptabilisées par ces dernières ;
- **réserve n°2** : une partie de la réserve n°1 (couverture partielle par le contrôle interne des risques liés aux activités de la caisse nationale), une partie de la réserve n°2 (prestations légales déléguées à la MSA) et la réserve n°4 (montants notifiés par l'activité de recouvrement) portent sur des opérations comptabilisées par la CNAF.

La Cour avait certifié les états financiers de la CNAF de l'exercice 2019 en assortissant sa position de deux réserves.

L'audit des comptes de 2020 ne conduit pas à lever de réserve ou de partie de réserve formulée sur les comptes de 2019.

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

L'annexe aux comptes de la CNAF, entité combinante de la branche famille, ne mentionne pas d'engagements à l'égard des titulaires de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé au 31 décembre 2020, appréciés et évalués en fonction des règles de droit en vigueur à cette date. Ces engagements peuvent être évalués de manière fiable. 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 pour son compte.

## **B - Les motivations détaillées de la position de la Cour**

Il est renvoyé sur ce point aux motivations détaillées de la position de la Cour sur les comptes combinés de la branche famille.

## IV - Les comptes de la CNAV

### A - La position de la Cour sur les comptes

Au terme des vérifications dont elle rend compte au chapitre III du présent rapport, la Cour estime avoir collecté les éléments probants nécessaires pour fonder ses positions sur les comptes annuels de l'exercice 2020 de la CNAV, signés le 15 avril 2021 par le directeur et par le directeur comptable et financier de cet organisme.

La Cour certifie qu'au regard des règles et principes comptables qui leur sont applicables, les comptes annuels de la caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV) de l'exercice 2020 sont réguliers et sincères et donnent une image fidèle de son résultat, de sa situation financière et de son patrimoine, sous les deux réserves suivantes :

- **réserve n°1** : les six premiers constats de la réserve n°1 (contrôle interne de la branche) et les réserves n°2, 3 et 4 formulées par la Cour sur les comptes combinés de la branche vieillesse concernent la CNAV en sa double qualité de caisse régionale pour l'Île-de-France et de caisse nationale qui attribue aux entités combinées de la branche des dotations reflétant les charges comptabilisées par ces dernières ;

- **réserve n°2** : le dernier constat de la réserve n°1 (les données provenant des organismes tiers) et la réserve n°5 (montants notifiés par l'activité de recouvrement) concernent des opérations comptabilisées par la CNAV.

La Cour avait certifié les états financiers de la CNAV de l'exercice 2019 en assortissant sa position de deux réserves relatives aux incidences sur les comptes annuels de l'établissement public de ses réserves sur les comptes combinés de la branche vieillesse.

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

Malgré une solidarité financière de fait avec celle-ci, le Fonds de solidarité vieillesse (FSV) n'est pas intégré au périmètre des comptes combinés de la branche vieillesse. Le résultat de la CNAV s'en trouve amélioré, puisque son déficit (- 3,7 Md€ en 2020) devrait être majoré à hauteur de la quote-part du résultat déficitaire du FSV induite par les prises en charge de cotisations et de prestations en sa faveur et atteindre ainsi 6 Md€ au total. En outre, à fin 2020, les déficits du FSV non encore repris par la CADES atteignent 6,1 Md€ au total. Ils sont intégralement supportés

en trésorerie par la CNAV, y compris pour la part des concours du fonds à d'autres régimes de protection sociale, sous la forme de retards de versement non rémunérés<sup>92</sup>.

L'annexe aux comptes de la CNAV ne mentionne pas les engagements pluriannuels à l'égard des titulaires d'une pension de retraite au 31 décembre 2020 et de leurs ayants droit, appréciés et évalués en fonction des règles de droit en vigueur à cette date. En l'absence de mécanismes d'équilibrage automatique des résultats de la CNAV, 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 CNAV, au cours des exercices à venir. Elles répondent ainsi à la définition des engagements hors bilan au sens du plan comptable général.

## **B - Les motivations détaillées de la position de la Cour**

Il est renvoyé sur ce point aux motivations détaillées de la position de la Cour sur les comptes combinés de la branche vieillesse.

---

<sup>92</sup> L'existence d'un dispositif de financement des déficits jusqu'en 2023 conduit à lever le point mentionné dans le rapport de certification des comptes de 2019 relatif à l'incertitude d'un apurement de la dette du fonds vis-à-vis de la CNAV.



# **Chapitre III**

## **Le compte rendu des vérifications opérées par la Cour**

### **I - Le cadre et la démarche d'audit**

En tant qu'institution membre de l'Organisation internationale des institutions supérieures de contrôle des finances publiques (INTOSAI), la Cour se réfère, dans l'exercice de ses différentes missions, aux normes internationales des institutions supérieures de contrôle (ISSAI).

Dans le domaine de la certification des comptes, les normes ISSAI transposent les normes internationales d'audit (ISA) et 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 de la Cour des comptes n°19-1022 du 3 janvier 2020 portant 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 dispositions des normes ISA et de 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<sup>93</sup>.

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

Cette démarche d'audit 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 production 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'évaluation de la fréquence et de l'incidence financière des erreurs qui affectent les opérations effectuées et comptabilisées et, ce faisant, la correcte représentation des droits et obligations des entités de sécurité sociale à l'égard de tiers retracée par leur comptabilité ;
- l'évaluation de la qualité de l'information financière procurée par les états financiers, y compris l'annexe aux comptes.

En application de l'article R. 114-6-1 du code de la sécurité sociale, les comptes soumis à certification - qui comprennent chacun un bilan, un compte de résultat et une annexe - sont établis par le directeur comptable et financier et arrêtés par le directeur, puis présentés au conseil d'administration pour approbation.

---

<sup>93</sup> Dans le cadre de la certification des comptes du régime général de l'exercice 2019, huit normes n'ont pas trouvé à s'appliquer, pour tout ou partie de leurs dispositions : ISA 210 « *Accord sur les termes des missions d'audit* » ; ISA 220 « *Contrôle qualité d'un audit d'états financiers* » et ISQC 1 « *Contrôle qualité des cabinets réalisant des missions d'audit ou d'examen limité d'états financiers et d'autres missions d'assurance et de services connexes* » ; ISA 510 « *Missions d'audit initiale – Soldes d'ouverture* » ; ISA 570 « *Continuité de l'exploitation* » ; 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* » ; ISA 810 « *Missions ayant pour but d'émettre un rapport sur des états financiers résumés* ».

Ils sont établis en application du plan comptable unique des organismes de sécurité sociale (PCUOSS), qui ne s'écarte des dispositions du règlement n°2014-03 de l'Autorité des normes comptables relatives au plan comptable général (modifié au 1<sup>er</sup> janvier 2020) que si des mesures législatives et réglementaires l'exigent. Le plan comptable en vigueur a été fixé par un arrêté interministériel du 24 février 2010.

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

En raison du rôle central du régime général dans le financement des organismes sociaux, la Cour audite les flux et les soldes notifiés aux attributaires significatifs, y compris extérieurs au régime général (comme l'Unédic).

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. Elle examine par ailleurs les opérations effectuées pour le compte de l'État (prime d'activité, aides au logement), des départements (RSA) ou d'autres organismes de protection sociale et comptabilisées en comptes de tiers.

Dans le cadre de l'application de l'article L. 141-10 du code des juridictions financières, la Cour communique aux commissaires aux comptes de plusieurs organismes<sup>94</sup> 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 et médico-sociales entre les régimes d'assurance maladie.

En raison 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 par ces organismes. Au titre de la compensation par l'ACOSS au régime de retraite complémentaire des salariés de la réduction générale de cotisations, depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2019, la Cour est par ailleurs rendue destinataire d'une attestation des commissaires aux comptes de l'AGIRC-ARRCO. Des

---

<sup>94</sup> L'Unédic, l'Association pour la gestion du régime de garantie des créances des salariés (AGS), l'AGIRC-ARRCO, l'Association de gestion du fonds paritaire national (AGFPN).

éléments d'assurance ont également été demandés aux commissaires aux comptes du Fonds de réserve pour les retraites (FRR) au titre du versement en 2020 à la CNAV de la totalité du montant de la soulte jusque-là gérée par le FRR pour le compte de la CNAV, versée en 2005 par les industries électriques et gazières dans le cadre de l'adossement de leur régime spécial de retraite au régime général.

La Cour a conduit ses travaux dans les organismes nationaux et dans un échantillon d'organismes de base, sur place et sur pièces<sup>95</sup>. Des réunions régulières ont permis d'accompagner les organismes nationaux des différentes branches dans la formalisation et le suivi de trajectoires pluriannuelles de levée des réserves. Des échanges ont eu lieu avec la direction de la sécurité sociale, la direction du budget et la DGFIP.

La Cour a pris en compte, dans l'exercice de sa mission de certification des comptes de l'exercice 2020, le contexte créé par la crise sanitaire, les contraintes qui en ont résulté pour les organismes et leurs administrations de tutelle et les risques nouveaux ou amplifiés sur les activités des organismes retracées par leurs états financiers.

## II - Les vérifications 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, à prévenir les risques d'erreurs significatives dans les comptes et à en assurer la correction. Les effets de la crise sanitaire ont par ailleurs constitué un fait majeur de l'exercice.

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 examiné les procédures de validation des développements informatiques, la gestion des incidents informatiques, celle de la sécurité informatique et celle des habilitations.

---

<sup>95</sup> Pour l'**activité de recouvrement**, les URSSAF d'Île-de-France, d'Aquitaine et du Centre-Val de Loire ainsi que l'URSSAF d'Auvergne pour le centre Pajemploi. Pour les **branches maladie et AT-MP**, les CPAM des Bouches-du-Rhône, du Finistère, du Morbihan, de l'Oise, de Paris et du Puy-de-Dôme ainsi que la CARSAT Nord-Est et le centre de traitement informatique d'Île-de-France. Pour la **branche famille**, les CAF de la Sarthe, des Yvelines, de Haute-Garonne, des Hauts-de-Seine et du Rhône, ainsi que le centre de données de la CNAF (Gradignan). Pour la **branche vieillesse**, la CNAV en Île-de-France et les CARSAT Sud-Est, Nord-Est, Centre-Val-de-Loire et Bretagne, ainsi que le centre de données de la CNAV (Lyon).

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, ont été audités l'entrepôt de données SAAEC, qui retrace les résultats du traitement de répartition des prélèvements sociaux entre attributaires au niveau détaillé des comptes individuels des cotisants, ainsi que les modalités de calcul de trois estimations comptables (dépréciations de créances, provisions pour réductions de produits et produits à recevoir) ;
- pour les branches maladie et AT-MP, un audit a porté sur le nouvel applicatif de gestion des indemnités journalières des travailleurs indépendants (ARPEGE), en service depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2020 ;
- pour la branche famille, un audit a porté sur le déversement des flux de données de l'application de gestion des prestations légales vers l'application de gestion des paiements, puis à celle de comptabilité générale et enfin à celle de combinaison des comptes ;
- pour la branche vieillesse, deux audits ont été réalisés, le premier sur la migration du système national de gestion des carrières (SNGC) vers le répertoire de gestion des carrières unique (RGCU) et le second sur la mise en place du nouveau système de régularisation des carrières (SYRCA).

Par ailleurs, la Cour a 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.

À l'issue des missions intermédiaires et sur le fondement de l'article R. 143-20 du code des juridictions financières, le président de la sixième chambre de la Cour a adressé aux directeurs des organismes nationaux du régime général de sécurité sociale et à leurs administrations de tutelle (direction de la sécurité sociale et direction du budget), le 14 décembre 2020, des communications présentant des constats provisoires et des préconisations au regard de ces derniers.

Les rapporteurs de la Cour ont transmis le même jour aux organismes nationaux et à leurs administrations de tutelle, sur le fondement de l'article R. 143-19 du code précité, des notes de synthèse détaillant les constats provisoires découlant des vérifications opérées.

### III - Les vérifications finales

Les vérifications finales ont permis à la Cour de compléter l'appréciation portée sur les dispositifs de contrôle interne et d'examiner les flux d'opérations retracés dans les comptes, les soldes des comptes en fin de période et les informations fournies par les états financiers.

La Cour a, en particulier, analysé la consolidation nationale des résultats des contrôles effectués par les services ordonnateurs et les directions comptables et financières des organismes de base des différents réseaux, en vue d'apprécier l'exhaustivité et l'exactitude des enregistrements comptables issus des processus de recouvrement des prélèvements et de versement des prestations.

Les mesures du risque financier résiduel qui affecte les principales prestations légales 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.

En application de l'arrêté du 24 décembre 2014 fixant le calendrier d'établissement des comptes annuels des organismes de sécurité sociale, les versions provisoires des comptes de résultat et des bilans ont été communiquées à la Cour le 22 février et les versions définitives le 15 mars 2021<sup>96</sup>.

La Cour a recueilli auprès de chacun des organismes nationaux, les 22 et 23 février 2021, les déclarations de la direction prévues par la norme internationale d'audit ISA 580, portant sur des points susceptibles d'affecter ses positions 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.

Les travaux de validation des comptes des organismes de base par les directions comptables et financières des organismes nationaux et leurs résultats ont été évalués, la norme ISA 610 reconnaissant à l'auditeur la faculté de les utiliser pour ses propres travaux. La justification des opérations comptabilisées et la correcte application par les organismes des réseaux des traitements comptables fixés par le niveau national ont été vérifiées, ainsi que la correcte comptabilisation par les caisses nationales des notifications de l'ACOSS.

---

<sup>96</sup> Les comptes définitifs de l'ACOSS ont fait l'objet d'une nouvelle transmission le 17 mars 2021.

Plus largement, la Cour a examiné la correcte répartition entre les attributaires des produits, des encaissements et des charges de prélèvements sociaux et d'impôts et de taxes, ainsi que la réciprocité des créances et des dettes avec l'État.

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. Ont été examinées la détermination des estimations comptables de dépréciations, provisions, charges à payer et produits à recevoir et les feuilles de calcul sous-tendant les principales estimations.

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.

Au cours des vérifications opérées sur les comptes du régime général de l'exercice 2020, 46 observations d'audit ont été adressées aux producteurs des comptes (31 au titre des comptes de 2019). Plusieurs de ces observations comportaient des demandes d'ajustements des comptes, pour les montants suivants.

Corrections demandées (en M€)	Nature des incidences sur les comptes	Correction prises en compte en M€
- 2 166,6	Baisse du résultat du régime général	- 266
1 200	Hausse du résultat du régime général ayant l'impact sur les comptes de l'État	-
7 290	Reclassements sans incidence sur les résultats du régime général	3 260

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 9 avril 2021.

En application de la norme ISA 580, les directeurs et les directeurs comptables et financiers des organismes nationaux ont transmis à la Cour, les 19 et 21 avril 2021, 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, avec la direction de la sécurité sociale et la direction du budget, ainsi qu'avec la DGFIP, pour les parties qui les concernent. Il a donné lieu les 16, 21 et 22 avril 2021 à une audition devant la sixième chambre des directeurs et directeurs comptables et financiers des organismes nationaux, du directeur de la sécurité sociale et des représentants de la directrice du budget et du directeur général des finances publiques.

Enfin, la Cour a examiné l'incidence sur les comptes des branches du régime général et de l'activité de recouvrement, ainsi que sur les comptes des organismes nationaux, des événements significatifs intervenus entre le 31 décembre 2020 et le 12 mai 2021, date d'approbation du rapport de certification du régime général par la chambre du conseil.



# Annexes

## A - Les états financiers de l'exercice 2020

Les états financiers de la CNAM, de la CNAF, de la CNAV et de l'ACOSS, comme ceux des branches maladie, accidents du travail et maladies professionnelles, famille et vieillesse et ceux de l'activité de recouvrement du régime général 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 combinés des branches et de l'activité de recouvrement du régime général. Les annexes ne sont pas reprises, compte tenu de leur volume.

À la suite de la suppression du régime social des indépendants, les bilans et comptes de résultat de l'activité de recouvrement, de la branche maladie et de la branche vieillesse intègrent, pour l'exercice 2019, les comptes retraçant l'activité qu'ont exercée la Caisse nationale et les caisses locales déléguées pour la sécurité sociale des travailleurs indépendant au titre du concours apporté durant cet exercice aux caisses du régime général.

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 à certains attributaires extérieurs au régime général de sécurité sociale étant comptabilisés uniquement au bilan, en comptes de tiers. De même, les prestations versées par les CAF pour le compte de l'État (prime d'activité et aides au logement) et des départements (RSA) ne figurent pas au compte de résultat de la branche famille, compte tenu de leur comptabilisation uniquement au bilan, en comptes de tiers.

<b>Bilan résumé - Activité de recouvrement</b>					
ACTIF (en M€)	2020			2019 publié	Variation
	Brut	Amortissements et dépréciations	Net	Net	
<b>ACTIF IMMOBILISE</b>					
Immobilisations incorporelles	418,5	191,1	227,4	179,2	26,9%
Immobilisations corporelles	1 082,7	644,7	438,0	361,2	21,3%
Immobilisations financières	1 915,6	0,1	1 915,5	4 068,4	-52,9%
<b>TOTAL DE L'ACTIF IMMOBILISE</b>	<b>3 416,8</b>	<b>835,9</b>	<b>2 580,9</b>	<b>4 608,7</b>	<b>-44,0%</b>
<b>ACTIF CIRCULANT</b>					
Créances à l'égard des cotisants	78 682,5	26 924,1	51 758,4	41 725,2	24,0%
Cotisants douteux ou litigieux	40 951,4	26 924,1	14 027,3	6 364,4	120,4%
Cotisants : produits à recevoir	37 731,1	0,0	37 731,1	35 360,9	6,7%
Prestations et allocations indues	0,2	0,0	0,2	0,0	-
Créances sur l'Etat et entités publiques	13 952,4	0,0	13 952,4	11 521,0	21,1%
Etat et entités publiques	13 879,7	0,0	13 879,7	11 423,0	21,5%
Créances à l'égard des entités publiques (PAFAR)	72,6	0,0	72,6	97,9	-25,8%
Entités publiques	0,0	0,0	0,0	0,1	-73,2%
Créances sur les organismes et autres régimes de sécurité sociale	57 315,1	0,0	57 315,1	28 657,4	100,0%
Comptes courants des Caisses Nationales	54 179,9	0,0	54 179,9	25 230,0	114,7%
CNAM Maladie	45 275,8	0,0	45 275,8	21 130,2	114,3%
CNAF	2 180,0	0,0	0,0	0,0	-
CNAV	6 724,1	0,0	6 724,1	4 099,8	64,0%
Créances à l'égard des autres organismes et régimes (PAFAR)	4,6	0,0	4,6	7,8	-41,5%
Créances à l'égard des Caisses Nationales du RG (hors PAFAR)	837,3	0,0	837,3	755,7	10,8%
Créances à l'égard des Caisses	0,4	0,0	0,4	0,0	-
Autres organismes et régimes	2 293,0	0,0	2 293,0	2 663,9	-13,9%
Créances au titre de la gestion administrative	7,3	0,0	7,3	6,1	20,2%
Disponibilités	12 317,2	0,0	12 317,2	1 482,4	730,9%
Débiteurs divers	276,7	4,8	271,9	133,7	103,4%
Comptes transitoires ou d'attente	167,7	0,0	167,7	126,8	32,3%
Charges constatées d'avance	53,0	0,0	53,0	54,1	-1,9%
<b>TOTAL DE L'ACTIF CIRCULANT</b>	<b>162 772,2</b>	<b>26 928,9</b>	<b>135 843,2</b>	<b>83 706,7</b>	<b>62,3%</b>
<b>TOTAL ACTIF</b>	<b>166 189,0</b>	<b>27 764,9</b>	<b>138 424,1</b>	<b>88 315,4</b>	<b>56,7%</b>
<b>PASSIF (en M€)</b>					
			2020	2019 publié	Variation
<b>CAPITAUX PROPRES</b>					
Dotations, apports			45,8	45,4	0,8%
Réserves combinées			399,1	416,8	-4,3%
Report à nouveau			180,0	-0,7	-
Résultat de l'exercice (excédent ou déficit)			-17,8	-17,8	0,0%
Subventions d'investissement			0,1	0,1	19,0%
<b>TOTAL DES CAPITAUX PROPRES</b>			<b>607,2</b>	<b>444,0</b>	<b>36,8%</b>
<b>PROVISIONS</b>					
Provisions au titre de la gestion administrative			27,0	25,0	8,1%
Provisions au titre de la gestion du recouvrement			3 482,9	3 748,2	-7,1%
Autres provisions pour charges			32,4	30,0	8,0%
<b>TOTAL DES PROVISIONS</b>			<b>3 542,3</b>	<b>3 803,2</b>	<b>-6,9%</b>
<b>DETTES FINANCIERES</b>					
Dépôts reçus d'autres organismes de sécurité sociale (<1 an)			408,0	403,9	1,0%
Prêts Caisse des dépôts et consignations (<1an)			0,2	0,2	-2,1%
Billets de trésorerie / Neu Commercial Papers			17 755,5	6 742,1	163,4%
Euro commercial papers			44 749,7	19 792,8	126,1%
Autres			6,8	1,6	326,7%
<b>TOTAL DES DETTES FINANCIERES</b>			<b>62 920,3</b>	<b>26 940,6</b>	<b>133,6%</b>
<b>PASSIF CIRCULANT</b>					
Dettes à l'égard des cotisants			2 738,4	1 657,4	65,2%
Versements directs			65,3	0,0	-
Dettes à l'égard de l'Etat et entités publiques			4 753,5	2 712,9	75,2%
Dettes à l'égard d'organismes et autres régimes de sécurité sociale			51 996,4	45 739,7	13,7%
Compte de suivi financier CCMSA			266,7	205,2	29,9%
Compte de suivi financier Fonds CMU			453,6	386,3	17,4%
Compte de suivi financier CPSTI			332,1	0,0	-
Autres comptes de suivi financier			106,0	0,0	-
Dettes au titre de la gestion administrative			228,4	222,3	2,8%
Créditeurs divers			5 539,8	3 959,5	39,9%
Comptes transitoires ou d'attente			2 482,7	1 317,3	88,5%
Instruments financiers			1 752,0	350,2	400,2%
Produits constatés d'avance			639,6	576,9	10,9%
<b>TOTAL DES AUTRES DETTES</b>			<b>71 354,4</b>	<b>57 127,7</b>	<b>24,9%</b>
<b>TOTAL PASSIF</b>			<b>138 424,1</b>	<b>88 315,4</b>	<b>56,7%</b>

## Compte de résultat résumé - Activité de recouvrement

PRODUITS (en M€)	2020	2019 publié	Variation
<b>PRODUITS DE GESTION TECHNIQUE</b>			
Cotisations, impôts et produits affectés	427 967,7	438 534,4	-2,4%
Cotisations sociales	194 521,4	206 575,7	-5,8%
Cotisations prises en charge par l'Etat	8 400,2	5 149,9	63,1%
Cotisations prises en charge par la sécurité sociale	1 535,7	1 601,9	-4,1%
Impôts : contribution sociale généralisée	121 764,1	126 753,6	-3,9%
Impôts et taxes affectés	92 976,9	90 443,7	2,8%
Autres impôts et taxes affectés	-23,5	15,6	-251,2%
Autres cotisations et contributions affectées	1 376,3	330,0	317,1%
Contribution au remboursement de la dette sociale	7 416,6	7 664,2	-3,2%
Produits techniques	6 939,1	5 268,5	31,7%
Transferts de charges	10 042,5	3 607,9	178,4%
Reprises sur provisions pour charges techniques et pour dépréciation	470,5	1 189,7	-60,5%
<b>TOTAL PRODUITS DE GESTION TECHNIQUE</b>	<b>445 419,8</b>	<b>448 600,5</b>	<b>-0,7%</b>
<b>PRODUITS D'ACTION SANITAIRE ET SOCIALE</b>			
Transferts de charges	1 141,6	0,0	-
Annulations action sanitaire et sociale	1,9	0,0	-
<b>TOTAL PRODUITS D'ACTION SANITAIRE ET SOCIALE</b>	<b>1 143,5</b>	<b>0,0</b>	<b>-</b>
<b>PRODUITS DE GESTION COURANTE</b>			
Ventes de produits et prestations de services	295,0	295,2	-0,1%
Production immobilisée	72,1	46,0	56,6%
Divers produits de gestion courante	48,8	28,9	69,0%
Contribution des caisses nationales du régime général	1 015,6	860,8	18,0%
Reprises sur amortissements, prov. pour risque et dépréciation	26,0	22,1	17,8%
<b>TOTAL PRODUITS DE GESTION COURANTE</b>	<b>1 457,5</b>	<b>1 253,0</b>	<b>16,3%</b>
<b>PRODUITS FINANCIERS</b>			
<b>TOTAL PRODUITS FINANCIERS</b>	<b>255,8</b>	<b>176,7</b>	<b>44,8%</b>
<b>PRODUITS EXCEPTIONNELS</b>			
<b>TOTAL PRODUITS EXCEPTIONNELS</b>	<b>89,0</b>	<b>113,8</b>	<b>-21,8%</b>
<b>TOTAL PRODUITS</b>	<b>448 365,6</b>	<b>450 144,0</b>	<b>-0,4%</b>
<b>CHARGES (en M€)</b>			
<b>CHARGES DE GESTION TECHNIQUE</b>			
Transferts de produits	425 516,3	438 613,5	-3,0%
CNAM	211 575,2	216 668,8	-2,4%
CNAF	47 886,9	50 473,0	-5,1%
CNAV	103 863,7	106 986,8	-2,9%
Autres attributaires	62 190,5	64 484,8	-3,6%
Pertes sur créances irrécouvrables	2 010,3	2 463,2	-18,4%
Frais d'assiette et de rec. au titre de recettes recouvrées par l'Etat	693,7	693,3	0,1%
Compensation réduction générale chômage UNEDIC	3 397,1	943,1	260,2%
Solde compensation réduction générale UNEDIC	46,9	199,1	-76,4%
Compensation réduction générale retraite complémentaire AGIRC-ARRCO	4 700,0	5 279,7	-11,0%
Solde compensation réduction générale AGIRC-ARRCO	270,4	34,7	678,6%
Compensation aide au paiement des cotisations	2 151,9	0,0	-
Dotations aux provisions et dépréciations pour les charges techniques	6 715,7	483,8	1288,1%
<b>TOTAL CHARGES DE GESTION TECHNIQUE</b>	<b>445 502,2</b>	<b>448 710,3</b>	<b>-0,7%</b>
<b>CHARGES D'ACTION SANITAIRE ET SOCIALE</b>			
<b>TOTAL CHARGES D'ACTION SANITAIRE ET SOCIALE</b>	<b>1 143,5</b>	<b>0,0</b>	<b>-</b>
<b>CHARGES DE GESTION COURANTE</b>			
Achats	15,6	13,1	19,1%
Autres charges externes	255,0	224,3	13,7%
Impôts, taxes et versements assimilés	102,8	85,0	20,9%
Charges de personnel	879,7	766,8	14,7%
Diverses charges de gestion courante	105,3	86,4	22,0%
Dotations aux amortissements et provisions	119,7	94,6	26,5%
<b>TOTAL CHARGES DE GESTION COURANTE</b>	<b>1 478,2</b>	<b>1 270,2</b>	<b>16,4%</b>
<b>CHARGES FINANCIERES</b>			
<b>TOTAL CHARGES FINANCIERES</b>	<b>255,8</b>	<b>176,7</b>	<b>44,8%</b>
<b>CHARGES EXCEPTIONNELLES</b>			
<b>TOTAL CHARGES EXCEPTIONNELLES</b>	<b>3,6</b>	<b>4,5</b>	<b>-21,8%</b>
<b>TOTAL DES CHARGES</b>	<b>448 383,3</b>	<b>450 161,7</b>	<b>-0,4%</b>
<b>RESULTAT NET DE L'EXERCICE</b>	<b>- 17,8</b>	<b>-17,8</b>	<b>0,0%</b>

## Bilan résumé - Branche Maladie

ACTIF (en M€)	2020			2019	Variation
	Brut	Amortissements et dépréciations	Net	Net	
<b>ACTIF IMMOBILISE</b>					
Immobilisations incorporelles	1 428,2	1 013,7	414,5	417,8	-0,8%
Immobilisations corporelles	3 701,9	2 184,9	1 517,0	1 546,6	-1,9%
Immobilisations financières	887,8	0,8	886,9	1 008,5	-12,1%
<b>TOTAL ACTIF IMMOBILISE</b>	<b>6 017,9</b>	<b>3 199,5</b>	<b>2 818,4</b>	<b>2 973,0</b>	<b>-5,2%</b>
<b>ACTIF CIRCULANT</b>					
Stock et en-cours	0,3		0,3	0,3	0,1%
Créances d'exploitation	54 363,5	12 454,8	41 908,7	32 651,1	28,4%
Fournisseurs, intermédiaires soc et prest débiteurs	8 489,8	1 632,7	6 857,2	3 888,6	76,3%
Clients, cofisants et comptes rattachés	34 221,5	10 822,2	23 399,3	18 942,0	23,5%
Personnel et comptes rattachés	12,9		12,9	11,7	10,4%
Sécurité sociale et autres organismes sociaux	17,8		17,8	14,9	19,4%
Entités publiques	8 970,4		8 970,4	7 818,5	14,7%
Organismes et autres régimes de sécurité sociale	2 651,0		2 651,0	1 975,3	34,2%
Débiteurs divers	3 025,0	113,6	2 911,4	2 481,5	17,3%
Comptes transitoires et d'attente	139,3		139,3	110,5	26,0%
Charges constatées d'avance	29,1		29,1	30,3	-4,1%
Disponibilités	16,8		16,8	6,7	152,2%
<b>TOTAL ACTIF CIRCULANT</b>	<b>57 574,0</b>	<b>12 568,5</b>	<b>45 005,5</b>	<b>35 280,4</b>	<b>27,6%</b>
<b>TOTAL ACTIF</b>	<b>63 591,9</b>	<b>15 767,9</b>	<b>47 824,0</b>	<b>38 253,4</b>	<b>25,0%</b>
<b>PASSIF (en M€)</b>					
<b>CAPITAUX PROPRES</b>					
Dotations, apports et réserves			2 098,4	2 110,1	-0,6%
Report à nouveau			-6 105,9	-14 882,4	59,0%
Résultat net de l'exercice			-30 439,9	-1 465,6	-1977,0%
Subventions d'investissement, provisions réglementées			4,9	5,5	-11,5%
<b>TOTAL CAPITAUX PROPRES</b>			<b>-34 442,5</b>	<b>-14 232,3</b>	<b>-142,0%</b>
<b>PROVISIONS</b>					
Provisions pour risques et charges de gestion courante			57,5	63,3	-9,2%
Provisions pour risques et charges de gestion technique			13 094,4	9 530,3	37,4%
Autres provisions pour charges			125,5	119,8	4,8%
<b>TOTAL PROVISIONS</b>			<b>13 277,4</b>	<b>9 713,4</b>	<b>36,7%</b>
<b>DETTES FINANCIERES</b>					
<b>TOTAL DETTES FINANCIERES</b>			<b>415,4</b>	<b>514,0</b>	<b>-19,2%</b>
<b>AUTRES DETTES</b>					
Cofisants et clients créditeurs			2 195,3	1 242,9	76,6%
Fournisseurs			156,8	197,3	-20,6%
Prestataires-versements directs aux assurés et allocataires			48,7	57,0	-14,5%
Prestataires-versements à des tiers			898,8	902,2	-0,4%
Personnel et comptes rattachés			356,1	320,9	11,0%
Sécurité sociale et autres organismes sociaux			203,1	189,8	7,0%
Entités publiques			1 640,8	994,4	65,0%
Organismes et autres régimes de sécurité sociale			50 118,9	24 448,8	105,0%
Créditeurs divers			10 688,0	11 997,9	-10,9%
Comptes transitoires ou d'attente			2 244,2	1 878,9	19,4%
Produits constatés d'avance			22,9	28,2	-18,8%
<b>TOTAL AUTRES DETTES</b>			<b>68 573,6</b>	<b>42 258,3</b>	<b>62,3%</b>
<b>TOTAL PASSIF</b>			<b>47 824,0</b>	<b>38 253,4</b>	<b>25,0%</b>

## Compte de résultat résumé - Branche Maladie

PRODUITS (en M€)	2020	2019	Variation
<b>PRODUITS DE GESTION TECHNIQUE</b>			
Cotisations, impôts et produits affectés	195 855,0	201 665,9	-2,9%
Cotisations sociales	65 822,6	69 707,0	-5,6%
Cotisations prises en charge par l'Etat	2 397,1	2 063,0	16,2%
Cotisations prises en charge par la sécurité sociale	1 356,3	1 415,4	-4,2%
Produits versés par une entité publique	862,4	928,2	-7,1%
Contribution sociale généralisée (CSG)	65 954,4	68 559,2	-3,8%
Impôts et taxes affectés	58 128,4	58 694,9	-1,0%
Autres impôts et taxes affectés	-2,4	-1,9	-21,3%
Autres cotisations et contributions affectées	1 336,1	300,1	345,2%
Produits techniques	23 305,9	20 511,9	13,6%
Divers produits techniques	6 171,9	4 614,1	33,8%
Reprises sur provisions et dépréciations	8 224,3	8 524,8	-3,5%
<b>TOTAL PRODUITS DE GESTION TECHNIQUE</b>	<b>233 557,0</b>	<b>235 316,7</b>	<b>-0,7%</b>
<b>PRODUITS DE GESTION COURANTE</b>			
<b>TOTAL PRODUITS DE GESTION COURANTE</b>	<b>390,5</b>	<b>388,4</b>	<b>0,5%</b>
<b>PRODUITS FINANCIERS</b>			
<b>TOTAL PRODUITS FINANCIERS</b>	<b>121,3</b>	<b>128,1</b>	<b>-5,3%</b>
<b>PRODUITS EXCEPTIONNELS</b>			
<b>TOTAL PRODUITS EXCEPTIONNELS</b>	<b>148,5</b>	<b>109,2</b>	<b>36,1%</b>
<b>TOTAL DES PRODUITS</b>	<b>234 217,3</b>	<b>235 942,4</b>	<b>-0,7%</b>
<b>CHARGES (en M€)</b>			
<b>CHARGES DE GESTION TECHNIQUE</b>			
Prestations sociales	198 994,6	186 683,4	6,6%
Prestations légales	198 057,0	185 712,0	6,6%
Prestations extra-légales : action sanitaire et sociale	111,5	122,3	-8,8%
Autres prestations	826,1	849,1	-2,7%
Charges techniques, transferts, subventions et contributions dont :	44 522,3	35 556,7	25,2%
Compensations	11 202,7	9 739,4	15,0%
Prise en charge cotisations	2 265,5	2 298,7	-1,4%
Contributions versées à la CNSA	21 503,2	18 823,5	14,2%
Autres charges techniques	9 551,0	4 695,1	103,4%
Diverses charges techniques	1 387,9	1 698,9	-18,3%
Dotations aux provisions pour charges techniques	14 111,6	8 092,2	74,4%
<b>TOTAL CHARGES DE GESTION TECHNIQUE</b>	<b>259 016,3</b>	<b>232 031,3</b>	<b>11,6%</b>
<b>CHARGES DE GESTION COURANTE</b>			
Achats et charges externes	703,7	753,7	-6,6%
Impôts et taxes	351,6	335,4	4,8%
Charges de personnel	3 394,0	3 201,0	6,0%
Diverses charges de gestion courante	827,3	730,3	13,3%
Dotations aux amortissements, aux dépréciations et aux provisions	335,4	316,0	6,2%
<b>TOTAL CHARGES DE GESTION COURANTE</b>	<b>5 612,0</b>	<b>5 336,4</b>	<b>5,2%</b>
<b>CHARGES FINANCIERES</b>			
<b>TOTAL CHARGES FINANCIERES</b>	<b>4,0</b>	<b>15,7</b>	<b>-74,5%</b>
<b>CHARGES EXCEPTIONNELLES</b>			
<b>TOTAL CHARGES EXCEPTIONNELLES</b>	<b>24,7</b>	<b>24,5</b>	<b>0,9%</b>
<b>IMPOTS SUR LES BENEFICES ET ASSIMILES</b>			
<b>TOTAL IMPOTS SUR LES BENEFICES ET ASSIMILES</b>	<b>0,1</b>	<b>0,1</b>	<b>-3,6%</b>
<b>TOTAL DES CHARGES</b>	<b>264 657,2</b>	<b>237 408,0</b>	<b>11,5%</b>
<b>RESULTAT NET DE L'EXERCICE</b>	<b>-30 439,9</b>	<b>-1 465,6</b>	<b>-1977,0%</b>

## Bilan résumé - Branche AT-MP

ACTIF (en M€)	2020			2019	Variation
	Brut	Amortissements et dépréciations	Net	Net	
<b>ACTIF IMMOBILISE</b>					
Immobilisations incorporelles	197,9	135,9	62,0	61,8	0,4%
Immobilisations corporelles	456,1	270,4	185,7	188,5	-1,5%
Immobilisations financières	30,5	0,0	30,5	28,4	7,6%
<b>TOTAL ACTIF IMMOBILISE</b>	<b>684,6</b>	<b>406,3</b>	<b>278,3</b>	<b>278,6</b>	<b>-0,1%</b>
<b>ACTIF CIRCULANT</b>					
Stock et en-cours	0,0		0,0	0,0	7,8%
Créances d'exploitation	7 785,4	1 883,1	5 902,3	5 872,1	0,5%
Fournisseurs, intermédiaires soc et prest débiteurs	1 004,0	607,3	396,8	409,6	-3,1%
Clients, coisants et comptes rattachés	3 208,5	1 275,9	1 932,7	1 669,6	15,8%
Personnel et comptes rattachés	1,7		1,7	1,7	3,6%
Sécurité sociale et autres organismes sociaux	2,3		2,3	1,9	21,1%
Entités publiques	109,6		109,6	19,0	477,8%
Organismes et autres régimes de sécurité sociale	3 459,3		3 459,3	3 770,4	-8,3%
Débiteurs divers	24,9	0,0	24,8	24,9	-0,2%
Comptes transitoires et d'attente	147,4		147,4	150,9	-2,3%
Charges constatées d'avance	10,5		10,5	10,3	2,1%
Disponibilités	5,4		5,4	14,8	-63,6%
<b>TOTAL ACTIF CIRCULANT</b>	<b>7 973,6</b>	<b>1 883,1</b>	<b>6 090,5</b>	<b>6 073,1</b>	<b>0,3%</b>
<b>TOTAL ACTIF</b>	<b>8 658,2</b>	<b>2 289,4</b>	<b>6 368,8</b>	<b>6 351,7</b>	<b>0,3%</b>

PASSIF (en M€)	2020	2019	Variation
<b>CAPITAUX PROPRES</b>			
Dotations, apports et réserves	115,4	115,5	0,0%
Report à nouveau	3 532,5	2 563,9	37,8%
Résultat net de l'exercice	-222,4	975,3	-122,8%
Subventions d'investissement, provisions réglementées	0,3	0,2	11,7%
<b>TOTAL CAPITAUX PROPRES</b>	<b>3 425,8</b>	<b>3 654,9</b>	<b>-6,3%</b>
<b>PROVISIONS</b>			
Provisions pour risques et charges de gestion courante	9,2	10,3	-10,3%
Provisions pour risques et charges de gestion technique	1 429,4	1 366,5	4,6%
Autres provisions pour charges	47,9	24,0	99,7%
<b>TOTAL PROVISIONS</b>	<b>1 486,5</b>	<b>1 400,8</b>	<b>6,1%</b>
<b>DETTES FINANCIERES</b>			
<b>TOTAL DETTES FINANCIERES</b>	<b>32,5</b>	<b>34,3</b>	<b>-5,1%</b>
<b>AUTRES DETTES</b>			
Coisants et clients créditeurs	141,5	83,9	68,6%
Fournisseurs	25,0	24,2	3,3%
Prestataires-versements directs aux assurés et allocataires	5,8	4,2	36,3%
Prestataires-versements à des tiers	29,6	29,2	1,5%
Personnel et comptes rattachés	61,7	57,3	7,8%
Sécurité sociale et autres organismes sociaux	36,1	35,5	1,6%
Entités publiques	282,5	264,8	6,7%
Organismes et autres régimes de sécurité sociale	314,7	242,3	29,9%
Créditeurs divers	465,4	470,0	-1,0%
Comptes transitoires ou d'attente	61,6	50,2	22,7%
Produits constatés d'avance	0,0	0,0	-8,5%
<b>TOTAL AUTRES DETTES</b>	<b>1 424,0</b>	<b>1 261,8</b>	<b>12,9%</b>
<b>TOTAL PASSIF</b>	<b>6 368,8</b>	<b>6 351,7</b>	<b>0,3%</b>

## Compte de résultat résumé - Branche AT-MP

PRODUITS (en M€)	2020	2019	Variation
<b>PRODUITS DE GESTION TECHNIQUE</b>			
Cotisations, impôts et produits affectés	12 103,0	12 972,4	-6,7%
Cotisations sociales	11 913,9	12 864,3	-7,4%
Cotisations prises en charge par l'Etat	183,5	98,6	86,1%
Produits versés par une entité publique	5,6	9,3	-40,3%
Impôts et taxes affectés	0,0	0,1	-90,7%
Produits techniques	39,0	22,8	71,0%
Divers produits techniques	404,3	497,4	-18,7%
Reprises sur provisions et dépréciations	614,2	555,3	10,6%
<b>TOTAL PRODUITS DE GESTION TECHNIQUE</b>	<b>13 160,6</b>	<b>14 047,9</b>	<b>-6,3%</b>
<b>PRODUITS DE GESTION COURANTE</b>			
<b>TOTAL PRODUITS DE GESTION COURANTE</b>	<b>40,1</b>	<b>38,2</b>	<b>4,9%</b>
<b>PRODUITS FINANCIERS</b>			
<b>TOTAL PRODUITS FINANCIERS</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>-13,2%</b>
<b>PRODUITS EXCEPTIONNELS</b>			
<b>TOTAL PRODUITS EXCEPTIONNELS</b>	<b>15,6</b>	<b>7,1</b>	<b>119,0%</b>
<b>TOTAL DES PRODUITS</b>	<b>13 216,3</b>	<b>14 093,2</b>	<b>-6,2%</b>
<b>CHARGES (en M€)</b>			
<b>CHARGES DE GESTION TECHNIQUE</b>			
Prestations sociales	9 291,3	9 223,3	0,7%
Prestations légales	8 812,8	8 756,0	0,6%
Prestations extra-légales : action sanitaire et sociale	1,7	2,2	-24,2%
Autres prestations	476,8	465,0	2,5%
Charges techniques, transferts, subventions et contributions dont :	886,3	899,2	-1,4%
Compensations	414,5	431,2	-3,9%
Contributions versées à la CNSA	11,8	9,1	30,4%
Autres charges techniques	289,9	285,6	1,5%
Diverses charges techniques	1 368,3	1 422,1	-3,8%
Dotations aux provisions pour charges techniques	976,4	706,3	38,2%
<b>TOTAL CHARGES DE GESTION TECHNIQUE</b>	<b>12 522,3</b>	<b>12 250,9</b>	<b>2,2%</b>
<b>CHARGES DE GESTION COURANTE</b>			
Achats et charges externes	77,1	81,5	-5,3%
Impôts et taxes	64,9	62,6	3,7%
Charges de personnel	605,0	580,9	4,1%
Diverses charges de gestion courante	81,5	76,8	6,2%
Dotations aux amortissements, aux dépréciations et aux provisions	73,1	41,7	75,0%
<b>TOTAL CHARGES DE GESTION COURANTE</b>	<b>901,6</b>	<b>843,5</b>	<b>6,9%</b>
<b>CHARGES FINANCIERES</b>			
<b>TOTAL CHARGES FINANCIERES</b>	<b>11,4</b>	<b>18,8</b>	<b>-39,2%</b>
<b>CHARGES EXCEPTIONNELLES</b>			
<b>TOTAL CHARGES EXCEPTIONNELLES</b>	<b>3,5</b>	<b>4,7</b>	<b>-26,6%</b>
<b>IMPOTS SUR LES BENEFICES ET ASSIMILES</b>			
<b>TOTAL IMPOTS SUR LES BENEFICES ET ASSIMILES</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>-16,1%</b>
<b>TOTAL DES CHARGES</b>	<b>13 438,8</b>	<b>13 118,0</b>	<b>2,4%</b>
<b>RESULTAT NET DE L'EXERCICE</b>	<b>-222,4</b>	<b>975,3</b>	<b>-122,8%</b>

## Bilan résumé - Branche Famille

ACTIF (en M€)	2020			2019	Variation
	Brut	Amortissements et dépréciations	Net	Net	
<b>ACTIF IMMOBILISE</b>					
Immobilisations incorporelles	280,7	203,7	77,1	62,2	23,9%
Immobilisations corporelles	2 205,2	1 265,3	940,0	960,1	-2,1%
Immobilisations financières	270,2	8,5	261,7	291,8	-10,3%
<b>TOTAL ACTIF IMMOBILISE</b>	<b>2 756,2</b>	<b>1 477,5</b>	<b>1 278,7</b>	<b>1 314,0</b>	<b>-2,7%</b>
<b>ACTIF CIRCULANT</b>					
Stock et en-cours	0,0	0,0	0,0	0,0	-
Créances d'exploitation	21 039,4	4 407,4	16 631,9	16 109,9	3,2%
Fournisseurs, intermédiaires soc et prest débiteurs	4 375,8	188,7	4 187,1	4 266,3	-1,9%
Clients, cotisants et comptes rattachés	9 337,7	3 726,5	5 611,1	4 765,8	17,7%
Personnel de sécurité sociale	0,4	0,0	0,4	1,1	-62,7%
Sécurité sociale et autres organismes sociaux	6,7	0,0	6,7	7,4	-9,1%
Entités publiques	6 604,1	0,0	6 604,1	6 346,5	4,1%
Organismes et autres régimes de sécurité sociale	119,0	23,5	95,5	613,4	-84,4%
Débiteurs divers	595,6	468,7	126,9	109,4	16,0%
Comptes transitoires et d'attente	3,1	0,0	3,1	2,0	61,1%
Charges constatées d'avance	16,5	0,0	16,5	13,4	23,7%
Disponibilités	14,6	0,0	14,6	48,8	-70,1%
<b>TOTAL ACTIF CIRCULANT</b>	<b>21 073,6</b>	<b>4 407,4</b>	<b>16 666,2</b>	<b>16 174,0</b>	<b>3,0%</b>
<b>TOTAL ACTIF</b>	<b>23 829,8</b>	<b>5 884,9</b>	<b>17 944,9</b>	<b>17 488,0</b>	<b>2,6%</b>
<b>PASSIF (en M€)</b>					
<b>CAPITAUX PROPRES</b>					
Dotations, apports et réserves			544,2	548,9	-0,9%
Report à nouveau			2 558,7	1 030,1	148,4%
Résultat net de l'exercice			-1 814,8	1 524,6	-219,0%
Subventions d'investissement, provisions réglementées			8,4	11,1	-24,2%
<b>TOTAL CAPITAUX PROPRES</b>			<b>1 296,5</b>	<b>3 114,8</b>	<b>-58,4%</b>
<b>PROVISIONS</b>					
Provisions pour risques et charges de gestion courante			18,5	21,3	-13,2%
Provisions pour risques et charges de gestion technique			1 484,4	1 545,0	-3,9%
Autres provisions pour charges			54,2	53,0	2,2%
<b>TOTAL PROVISIONS</b>			<b>1 557,2</b>	<b>1 619,4</b>	<b>-3,8%</b>
<b>DETTES FINANCIERES</b>					
<b>TOTAL DETTES FINANCIERES</b>			<b>5 051,2</b>	<b>4 122,8</b>	<b>22,5%</b>
<b>AUTRES DETTES</b>					
Cotisants et clients créditeurs			676,7	373,6	81,1%
Fournisseurs			4 310,1	4 940,9	-12,8%
Prestataires-versements directs aux assurés et			95,4	885,5	-89,2%
Prestataires-versements à des tiers			410,1	434,3	-5,6%
Personnel et sécurité sociale			181,9	175,3	3,8%
Sécurité sociale et autres organismes sociaux			99,3	103,6	-4,1%
Entités publiques			647,8	298,6	117,0%
Organismes et autres régimes de sécurité sociale			3 528,4	1 339,4	163,4%
Créditeurs divers			45,4	45,9	-1,1%
Comptes transitoires ou d'attente			23,5	16,7	40,5%
Produits constatés d'avance			21,4	17,4	23,4%
<b>TOTAL AUTRES DETTES</b>			<b>10 040,0</b>	<b>8 631,0</b>	<b>16,3%</b>
<b>TOTAL PASSIF</b>			<b>17 944,9</b>	<b>17 488,0</b>	<b>2,6%</b>



## Compte de résultat résumé - Branche Famille

PRODUITS (en M€)	2 020	2019	Variation
<b>PRODUITS DE GESTION TECHNIQUE</b>			
Cotisations, impôts et produits affectés	48 623,1	50 905,4	-4,5%
Cotisations sociales	29 162,2	30 596,2	-4,7%
Cotisations prises en charge par l'Etat	879,6	686,3	28,2%
Cotisations prises en charge par la sécurité sociale	179,3	186,4	-3,8%
Contribution sociale généralisée (CSG)	11 645,8	12 014,0	-3,1%
Impôts et taxes affectés	6 756,2	7 422,5	-9,0%
Produits techniques	19,9	16,1	24,0%
Divers produits techniques	144,5	162,2	-10,9%
Reprises sur provisions et dépréciations	456,9	923,6	-50,5%
<b>TOTAL PRODUITS DE GESTION TECHNIQUE</b>	<b>49 244,4</b>	<b>52 007,3</b>	<b>-5,3%</b>
<b>PRODUITS DE GESTION COURANTE</b>			
<b>TOTAL PRODUITS DE GESTION COURANTE</b>	<b>544,1</b>	<b>655,4</b>	<b>-17,0%</b>
<b>PRODUITS FINANCIERS</b>			
<b>TOTAL PRODUITS FINANCIERS</b>	<b>3,9</b>	<b>3,5</b>	<b>9,5%</b>
<b>PRODUITS EXCEPTIONNELS</b>			
<b>TOTAL PRODUITS EXCEPTIONNELS</b>	<b>48,8</b>	<b>42,9</b>	<b>13,9%</b>
<b>TOTAL DES PRODUITS</b>	<b>49 841,2</b>	<b>52 709,1</b>	<b>-5,4%</b>
<b>CHARGES (en M€)</b>			
<b>CHARGES DE GESTION TECHNIQUE</b>			
Prestations sociales	36 933,2	37 040,5	-0,3%
Prestations légales	31 254,5	31 342,4	-0,3%
Prestations extra-légales : action sanitaire et sociale	5 637,8	5 633,1	0,1%
Autres prestations	40,9	65,1	-37,2%
Charges techniques, transferts, subventions et contributions dont :	10 281,9	10 276,5	0,1%
AVPF	4 992,1	5 006,2	-0,3%
Majorations pour enfants	4 926,8	4 863,6	1,3%
Diverses charges techniques	439,5	512,6	-14,3%
Dotations aux provisions pour charges techniques	1 107,9	505,4	119,2%
<b>TOTAL CHARGES DE GESTION TECHNIQUE</b>	<b>48 762,5</b>	<b>48 335,1</b>	<b>0,9%</b>
<b>CHARGES DE GESTION COURANTE</b>			
Achats et charges externes	315,6	336,6	-6,2%
Impôts et taxes	199,6	196,0	1,8%
Charges de personnel	1 913,0	1 889,1	1,3%
Diverses charges de gestion courante	275,4	240,2	14,7%
Dotations aux amortissements, aux dépréciations et aux provisions	159,4	160,5	-0,7%
<b>TOTAL CHARGES DE GESTION COURANTE</b>	<b>2 863,0</b>	<b>2 822,4</b>	<b>1,4%</b>
<b>CHARGES FINANCIERES</b>			
<b>TOTAL CHARGES FINANCIERES</b>	<b>5,9</b>	<b>12,8</b>	<b>-54,3%</b>
<b>CHARGES EXCEPTIONNELLES</b>			
<b>TOTAL CHARGES EXCEPTIONNELLES</b>	<b>24,2</b>	<b>13,8</b>	<b>75,7%</b>
<b>TOTAL IMPOTS SUR LES BENEFICES ET ASSIMILES</b>	<b>0,3</b>	<b>0,3</b>	<b>-13,2%</b>
<b>TOTAL DES CHARGES</b>	<b>51 655,9</b>	<b>51 184,4</b>	<b>0,9%</b>
<b>RESULTAT NET DE L'EXERCICE</b>	<b>-1 814,8</b>	<b>1 524,6</b>	<b>-219,0%</b>

## Bilan résumé - Branche Vieillesse

ACTIF (en M€)	2020			2019	Variation
	Brut	Amortissements et dépréciations	Net	Net	
<b>ACTIF IMMOBILISE</b>					
Immobilisations incorporelles	330,2	166,9	163,4	140,8	16,0%
Immobilisations corporelles	868,6	579,3	289,3	261,5	10,6%
Immobilisations financières dont :	649,4	2,0	647,4	3 777,0	-82,9%
Créances fin. : fraction (40%) de la soule IEG gérée par le FRR	0,0		0,0	3 060,0	-100,0%
Prêts aux lieux de vie (action sanitaire et sociale) et autres	649,4	2,0	647,4	717,0	-9,7%
<b>TOTAL ACTIF IMMOBILISE</b>	<b>1 848,2</b>	<b>748,1</b>	<b>1 100,1</b>	<b>4 179,3</b>	<b>-73,7%</b>
<b>ACTIF CIRCULANT</b>					
Fournisseurs, intermédiaires sociaux	392,2	130,3	261,8	241,3	8,5%
Créances d'exploitation	31 508,8	8 142,7	23 366,1	23 551,3	-0,8%
Clients, cotisants et comptes rattachés dont :	21 110,1	8 142,7	12 967,4	10 947,0	18,5%
<i>Créances sur les cotisants</i>	11 506,1	8 142,6	3 363,4	1 375,5	144,5%
<i>Cotisants - produits à recevoir</i>	9 430,2		9 430,2	9 394,7	0,4%
<i>Rachats de cotisations et versements pour la retraite</i>	75,0		75,0	68,4	9,7%
<i>CFE et Autres</i>	98,8	0,0	98,8	110,4	-10,5%
Etat et entités publiques dont :	2 129,1	0,0	2 129,1	1 662,5	28,1%
<i>Exonérations de cotisations</i>	1 016,6		1 016,6	774,7	31,2%
<i>Exonérations de cotisations - produits à recevoir</i>	255,0		255,0	220,3	15,8%
<i>Impôts et taxes affectées - produits à recevoir</i>	817,0		817,0	646,1	26,4%
<i>Autres</i>	40,5		40,5	21,4	89,5%
Organismes et autres régimes de sécurité sociale dont :	8 256,8	0,0	8 256,8	10 935,2	-24,5%
<i>FSV</i>	6 590,5		6 590,5	9 923,0	-33,6%
<i>Autres</i>	1 666,3		1 666,3	1 012,2	64,6%
Personnel et organismes sociaux	4,9		4,9	4,4	10,4%
Débiteurs divers	8,0	0,0	8,0	2,2	262,1%
Charges constatées d'avance	523,5		523,5	505,8	3,5%
Disponibilités	1,0	0,0	1,0	1,7	-43,2%
<b>TOTAL ACTIF CIRCULANT</b>	<b>32 425,5</b>	<b>8 273,0</b>	<b>24 152,5</b>	<b>24 300,0</b>	<b>-0,6%</b>
<b>TOTAL ACTIF</b>	<b>34 273,7</b>	<b>9 021,1</b>	<b>25 252,7</b>	<b>28 479,2</b>	<b>-11,3%</b>

PASSIF (en M€)	2020	2019	Variation
<b>CAPITAUX PROPRES</b>			
Dotations, apports et réserves	784,1	783,0	0,1%
Report à nouveau	4 911,9	6 492,8	-24,3%
Résultat net de l'exercice	-3 728,9	-1 408,0	164,8%
Subventions d'investissement	1,7	1,8	-4,5%
<b>TOTAL CAPITAUX PROPRES</b>	<b>1 968,9</b>	<b>5 869,6</b>	<b>-66,5%</b>
<b>PROVISIONS</b>			
Provisions pour risques de gestion technique	1 984,7	2 257,0	-12,1%
Provisions pour risques de gestion courante	34,2	32,7	4,7%
<b>TOTAL PROVISIONS</b>	<b>2 018,9</b>	<b>2 289,6</b>	<b>-11,8%</b>
<b>DETES FINANCIERES</b>			
<b>TOTAL DETTES FINANCIERES</b>	<b>0,2</b>	<b>0,1</b>	<b>56,7%</b>
<b>AUTRES DETTES</b>			
Cotisants	1 195,8	717,5	66,7%
Fournisseurs	163,4	121,8	34,1%
Prestataires	10 334,2	10 032,3	3,0%
Etat et entités publiques	1 353,4	814,3	66,2%
Organismes et autres régimes de sécurité sociale	7 504,1	4 894,8	53,3%
Compte courant ACOSS	6 724,3	4 099,7	64,0%
Prélèvement sociaux précomptés sur prestations	654,5	565,4	15,8%
Autres	125,3	229,7	-45,4%
Personnel et organismes sociaux	102,6	89,7	14,3%
Créditeurs divers et comptes transitoires ou d'attente	98,4	87,8	12,1%
Produits constatés d'avance dont :	48,2	3 108,9	-98,4%
Fraction (40%) de la soule IEG gérée par le FRR	0,0	3 060,0	-100,0%
Autres	48,2	48,9	-1,5%
Trésorerie	464,7	452,8	2,6%
<b>TOTAL AUTRES DETTES</b>	<b>21 264,8</b>	<b>20 320,0</b>	<b>4,6%</b>
<b>TOTAL PASSIF</b>	<b>25 252,7</b>	<b>28 479,3</b>	<b>-11,3%</b>

## Compte de résultat résumé - Branche Vieillesse

PRODUITS (en M€)	2020	2019	Variation
<b>PRODUITS DE GESTION TECHNIQUE</b>			
Cotisations, impôts et produits affectés	104 098,3	107 038,9	-2,7%
Cotisations des salariés et non salariés	83 204,5	88 535,5	-6,0%
Cotisations des assurés volontaires	386,7	420,0	-7,9%
Rachats de cotisations et versements pour la retraite	116,3	115,0	1,1%
Cotisations prises en charge par l'Etat	2 772,8	2 259,9	22,7%
Impôts et taxes affectés	17 577,7	15 678,6	12,1%
Autres cotisations et contributions affectées	40,2	30,0	34,0%
Produits techniques dont :	29 429,1	28 918,8	1,8%
Cotisations d'assurance vieillesse des parents au foyer	4 946,8	4 992,1	-0,9%
Prises en charge de cotisations par le FSV	14 465,1	13 396,2	8,0%
Prises en charge de prestations par le FSV	3 084,7	3 669,4	-15,9%
Quote part annuelle de la fraction de 60%-soulte IEG	343,4	341,0	0,7%
Transferts CNIIEG - Cotisations	1 157,5	1 170,6	-1,1%
Autres (Prises en charge CNAF, AT/MP, FCAATA, Compensation...)	5 431,5	5 349,5	1,5%
Divers produits techniques	5 082,8	103,4	4817,3%
Reprises sur provisions et dépréciations	1 683,0	1 791,9	-6,1%
<b>TOTAL PRODUITS DE GESTION TECHNIQUE</b>	<b>140 293,2</b>	<b>137 852,9</b>	<b>1,8%</b>
<b>PRODUITS DE GESTION COURANTE</b>			
<b>TOTAL PRODUITS DE GESTION COURANTE</b>	<b>156,6</b>	<b>117,2</b>	<b>33,6%</b>
<b>PRODUITS FINANCIERS</b>			
<b>TOTAL PRODUITS FINANCIERS</b>	<b>39,5</b>	<b>31,2</b>	<b>26,8%</b>
<b>PRODUITS EXCEPTIONNELS</b>			
<b>TOTAL PRODUITS EXCEPTIONNELS</b>	<b>82,0</b>	<b>86,8</b>	<b>-5,5%</b>
<b>TOTAL DES PRODUITS</b>	<b>140 571,3</b>	<b>138 088,1</b>	<b>1,8%</b>
<b>CHARGES (en M€)</b>			
<b>CHARGES DE GESTION TECHNIQUE</b>			
Prestations sociales	132 991,2	129 646,7	2,6%
Prestations légales de l'assurance vieillesse dont :	132 620,8	129 250,7	2,6%
Droits propres	120 384,9	117 110,7	2,8%
Droits dérivés et divers	12 236,0	12 140,0	0,8%
Prestations légales de l'assurance veuvage	40,7	47,1	-13,6%
Prestations extra-légales : action sanitaire et sociale	329,6	348,8	-5,5%
Transferts entre organismes de sécurité sociale et assimilés	5 463,1	6 078,6	-10,1%
Compensations	3 245,9	4 037,7	-19,6%
Prise en charge de cotisations et de prestations par le FSV	132,5	46,3	186,3%
Reversements aux régimes spéciaux de retraite	256,1	227,0	12,8%
Prestations au titre de l'adossment IEG	1 828,5	1 767,6	3,4%
Diverses charges techniques dont :	695,1	812,4	-14,4%
Pertes sur créances irrécouvrables, frais d'assiette et de recouvrement	682,7	795,1	-14,1%
Autres	12,4	17,2	-28,1%
Dotations aux provisions techniques	3 659,2	1 633,3	124,0%
<b>TOTAL CHARGES DE GESTION TECHNIQUE</b>	<b>142 808,6</b>	<b>138 171,0</b>	<b>3,4%</b>
<b>CHARGES DE GESTION COURANTE</b>			
Contributions nationales de la branche	348,6	273,8	27,3%
Achats et charges externes	178,0	184,6	-3,6%
Impôts et taxes	79,0	70,4	12,2%
Charges de personnel	732,2	648,8	12,9%
Diverses charges de gestion courante	85,4	82,5	3,6%
Dotations aux amortissements, aux dépréciations et aux provisions	64,7	58,1	11,3%
<b>TOTAL CHARGES DE GESTION COURANTE</b>	<b>1 487,8</b>	<b>1 318,2</b>	<b>12,9%</b>
<b>CHARGES FINANCIERES</b>			
<b>TOTAL CHARGES FINANCIERES</b>	<b>1,2</b>	<b>4,2</b>	<b>-72,3%</b>
<b>CHARGES EXCEPTIONNELLES</b>			
<b>TOTAL CHARGES EXCEPTIONNELLES</b>	<b>2,5</b>	<b>2,7</b>	<b>-4,5%</b>
<b>TOTAL IMPOTS SUR LES BENEFICES ET ASSIMILES</b>	<b>0,1</b>	<b>0,1</b>	<b>0,0%</b>
<b>TOTAL DES CHARGES</b>	<b>144 300,2</b>	<b>139 496,2</b>	<b>3,4%</b>
<b>RESULTAT NET DE L'EXERCICE</b>	<b>-3 728,9</b>	<b>-1 408,0</b>	<b>N/S</b>

## B - Les positions de la Cour sur les comptes des exercices 2006 à 2020

	Certification (avec 1 ou 2 réserves)
	Certification (avec 3 ou 4 réserves)
	Certification (avec 5 réserves ou plus)
	Refus de certification (nombre de motifs)
	Impossibilité d'exprimer une opinion

	Branche maladie	Branche AT-MP	Branche famille	Branche vieillesse	Recou- vrement		CNAM	CNAF	CNAV	ACOSS
<b>2006</b>	Certification (7)	Certification (4)	Impossibilité	Certification (7)	Certification (3)		Certification (3)	Impossibilité	Certification (7)	Certification (1)
<b>2007</b>	Certification (9)	Certification (5)	Impossibilité	Certification (4)	Refus (11)		Certification (4)	Impossibilité	Certification (4)	Refus (3)
<b>2008</b>	Certification (7)	Certification (2)	Refus (7)	Refus (9)	Certification (10)		Certification (2)	Refus (2)	Refus (2)	Certification (2)
<b>2009</b>	Certification (6)	Certification (3)	Certification (7)	Refus (7)	Certification (5)		Certification (2)	Certification (4)	Refus (2)	Certification (2)
<b>2010</b>	Certification (6)	Refus (3)	Certification (5)	Certification (7)	Certification (9)		Certification (1)	Certification (3)	Certification (2)	Certification (3)
<b>2011</b>	Certification (5)	Refus (5)	Refus (6)	Certification (6)	Certification (8)		Certification (3)	Refus (3)	Certification (3)	Certification (3)
<b>2012</b>	Certification (4)	Impossibilité	Certification (4)	Certification (6)	Certification (6)		Certification (3)	Certification (2)	Certification (3)	Certification (3)
<b>2013</b>	Certification (4)	Certification (5)	Certification (6)	Certification (4)	Certification (4)		Certification (2)	Certification (3)	Certification (2)	Certification (3)
<b>2014</b>	Certification (4)	Certification (5)	Certification (6)	Certification (4)	Certification (4)		Certification (2)	Certification (3)	Certification (2)	Certification (3)
<b>2015</b>	Certification (5)	Certification (6)	Certification (4)	Certification (4)	Certification (4)		Certification (3)	Certification (2)	Certification (2)	Certification (3)
<b>2016</b>	Certification (6)	Certification (6)	Certification (3)	Certification (3)	Certification (4)		Certification (3)	Certification (2)	Certification (2)	Certification (2)
<b>2017</b>	Certification (5)	Certification (6)	Certification (3)	Certification (3)	Certification (3)		Certification (2)	Certification (2)	Certification (2)	Certification (2)
<b>2018</b>	Certification (5)	Certification (6)	Certification (3)	Certification (3)	Certification (3)		Certification (3)	Certification (2)	Certification (2)	Certification (2)
<b>2019</b>	Certification (5)	Certification (5)	Certification (3)	Certification (3)	Certification (4)		Certification (2)	Certification (2)	Certification (2)	Certification (2)
<b>2020</b>	Certification (7)	Certification (6)	Certification (4)	Certification (5)	Impossibilité		Certification (2)	Certification (2)	Certification (2)	Certification (2)

## C - Liste des abréviations

AAH	Allocation aux adultes handicapés
ALSH	Accueil de loisirs sans hébergement
ACOSS	Agence centrale des organismes de sécurité sociale
ASPA	Allocation de solidarité aux personnes âgées
AT-MP	Accidents du travail – maladies professionnelles
AVPF	Assurance vieillesse des parents au foyer
CAF	Caisse d’allocations familiales
CARSAT	Caisse d’assurance retraite et de la santé au travail
CCMSA	Caisse centrale de la mutualité sociale agricole
CDAPH	Commissions des droits et de l’autonomie des personnes handicapées
CESU	Chèque emploi service universel
CGSS	Caisse générale de sécurité sociale
CMG	Complément de libre choix du mode de garde
CRISTAL	« Conception relationnelle intégrée du système de traitement des allocations familiales » (application))
CSG	Contribution sociale généralisée
CSSM	Caisse de sécurité sociale de Mayotte
Datamining	Système de sélection par profilage
DADS	Déclaration annuelle des données sociales
DGDDI	Direction générale des douanes et impôts indirects
DGFIP	Direction générale des finances publiques
DOM	Département d’outre-mer
DRM	Dispositif ressources mutualisé
DSN	Déclaration sociale nominative
EAJE	Établissement d’accueil du jeune enfant
EIRR	Échange inter-régimes de retraite
FRR	Fonds de réserve pour les retraites

FSV	Fonds de solidarité vieillesse
IFAC	Fédération internationale des experts comptables
IQL	Indicateur de la qualité de la liquidation
IQL0	Indicateur de qualité en sortie de liquidation
IQL6	Indicateur de la qualité de la liquidation à six mois
ISQC	<i>International Standards on Quality Control</i> (normes internationales de contrôle qualité)
LFSS	Loi de financement de la sécurité sociale
LURA	Liquidation unique des régimes alignés
MAGIC	Modèle automatisé de gestion institutionnelle comptable
MDPH	Maison départementale des personnes handicapées
MGEN	Mutuelle générale de l'éducation nationale
MSA	Mutualité sociale agricole (régimes agricoles)
NIA	Numéro d'immatriculation d'attente
NIR	Numéro d'identification au répertoire national d'identification des personnes physiques
OMEGA	Observation, mesure et gestion de l'action sociale
PAJE	Prestation d'accueil du jeune enfant
PNDS	Portail numérique des droits sociaux
PUMa	Protection universelle maladie
PreParE	Prestation partagée d'éducation de l'enfant
RCD	Référentiel commun des déclarants
REI	Référentiel des entreprises et des individus
RGCU	Répertoire de gestion des carrières unique
Run MR	Référentiel unique de maîtrise des risques
RSP	Référentiel de sécurisation des processus
SMI	Système de management intégré
SNGC	Système national de gestion des carrières
SYRCA	Système de régularisation de la carrière