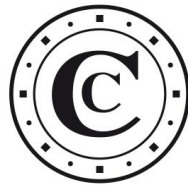


Cour des comptes



FINANCES ET COMPTES PUBLICS

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

Exercice 2021

Mai 2022

Sommaire

Sommaire	3
Procédures et méthodes	5
Délibéré	9
Synthèse	13
PREMIÈRE PARTIE – COMPTES DE L’ACTIVITÉ DU RECouvreMENT ET DES BRANCHES DU RÉGIME GÉNÉRAL.....	31
Opinion de la Cour sur les comptes de l’activité de recouvrement de l’exercice 2021	33
A - Opinion de la Cour	34
B - Fondements de l’opinion de la Cour	34
C - Anomalies significatives	34
D - Insuffisances d’éléments probants	39
Opinion de la Cour sur les comptes de la branche maladie de l’exercice 2021	61
A - Opinion de la Cour	62
B - Fondements de l’opinion de la Cour	63
C - Anomalies significatives	63
D - Insuffisances d’éléments probants	65
Opinion de la Cour sur les comptes de la branche accidents du travail – maladies professionnelles de l’exercice 2021	93
A - Opinion de la Cour	94
B - Fondements de l’opinion de la Cour	94
C - Anomalies significatives	95
D - Insuffisances d’éléments probants	96
Opinion de la Cour sur les comptes de la branche famille de l’exercice 2021	101
A - Opinion de la Cour	102
B - Fondements de l’opinion de la Cour	102
C - Anomalie significative	103
D - Insuffisances d’éléments probants	103
Opinion de la Cour sur les comptes de la branche vieillesse de l’exercice 2021	119
A - Opinion de la Cour	120
B - Fondements de l’opinion de la Cour	121

C - Anomalie significative	121
D - Insuffisances d'éléments probants	122
Opinion de la Cour sur les comptes de la branche autonomie de l'exercice 2021	135
A - Opinion de la Cour	136
B - Fondements de l'opinion de la Cour	136
C - Anomalies significatives	137
D - Insuffisances d'éléments probants	139
DEUXIÈME PARTIE - COMPTES DES ORGANISMES NATIONAUX DU RÉGIME GÉNÉRAL	151
Opinion de la Cour sur les comptes de l'Acoss	153
A - Opinion de la Cour	153
B - Fondements de l'opinion de la Cour	153
Opinion de la Cour sur les comptes de la Cnam	155
A - Opinion de la Cour	155
B - Fondements de l'opinion de la Cour	155
Opinion de la Cour sur les comptes de la Cnaf	157
A - Opinion de la Cour	157
B - Fondements de l'opinion de la Cour	157
Opinion de la Cour sur les comptes de la Cnav	159
A - Opinion de la Cour	159
B - Fondements de l'opinion de la Cour	159
TROISIÈME PARTIE - COMPTE RENDU DES VÉRIFICATIONS OPÉRÉES PAR LA COUR	161
I - Caractéristiques de la mission de la Cour	161
A - L'objet de la certification	161
B - Les normes d'audit appliquées	162
C - Responsabilité de la Cour à l'égard des comptes	163
II - Caractéristiques des comptes soumis à certification	163
A - Les comptes des organismes de sécurité sociale	163
B - Les responsabilités des organismes nationaux du régime général	164
III - Vérifications effectuées par la Cour	164
A - Démarche d'audit	164
B - Vérifications réalisées par la Cour	166
C - Suivi des constats formulés par la Cour au titre de l'exercice 2020	169
IV - Communication des résultats de l'audit	172
A - À l'issue des missions intermédiaires	172
B - À l'issue des missions finales	173
Annexes	176
A - Les états financiers de l'exercice 2021	176
B - Liste des abréviations	202

Procédures et méthodes

En application des dispositions de l'article LO. 132-2-1 du code des juridictions financières (CJF), la Cour établit chaque année un rapport de certification des comptes du régime général de sécurité sociale, qu'elle remet au Parlement et au Gouvernement au titre de sa mission constitutionnelle d'assistance au Parlement et au Gouvernement dans le contrôle de l'application des lois de financement de la sécurité sociale (article LO. 111-3 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 entités constitutives du régime général de sécurité sociale sur leur résultat, leur situation financière et leur patrimoine.

La Cour conduit ses vérifications en appliquant les normes internationales d'audit (normes ISA), qui ont été incorporées aux normes internationales des institutions supérieures de contrôle (Issai), ainsi que la norme ISQC1 relative au contrôle qualité en matière d'audit. Les conditions dans lesquelles ces normes sont appliquées sont précisées dans la partie du présent rapport consacrée au compte rendu des vérifications opérées par la Cour, établi en application de l'article LO. 132-2-1 du CJF.

Dans l'exercice de sa mission de certification, la Cour fait application des trois principes fondamentaux qui gouvernent son organisation et son activité, ainsi que celles des chambres régionales et territoriales des comptes : l'indépendance, la contradiction et la collégialité.

L'**indépendance** institutionnelle des juridictions financières et l'indépendance statutaire de leurs membres garantissent que les contrôles effectués et les conclusions tirées le sont en toute liberté d'appréciation.

La **contradiction** implique que toutes les constatations et appréciations faites lors d'un contrôle ou d'une enquête, de même que toutes les observations et recommandations formulées ensuite, sont systématiquement soumises aux responsables des administrations ou organismes concernés ; elles ne peuvent être rendues définitives qu'après prise en compte des réponses reçues et, s'il y a lieu, après audition des responsables concernés.

La **collégialité** intervient pour conclure les principales étapes des procédures de contrôle et de publication. Tout contrôle ou enquête est confié à un ou plusieurs rapporteurs. Le rapport d'instruction, comme le rapport définitif, sont examinés et délibérés de façon collégiale, par une formation comprenant au moins trois magistrats. L'un des magistrats assure le rôle de contre-rapporteur et veille à la qualité des contrôles.

**

L'audit des comptes du régime général de sécurité sociale est réalisé par la sixième chambre de la Cour. Les vérifications sont confiées à des équipes de rapporteurs composées de magistrats de la Cour et d'experts. L'un des magistrats de cette chambre assure le contre-rapport des travaux.

Le projet de rapport de certification soumis à la chambre du conseil a été préparé par la sixième chambre de la Cour des comptes, présidée par M. Morin, président de chambre, et composée de MM. Viola, Rabaté, Colcombet, Fulachier, Appia, Mme Hamayon, MM. Seiller, Burckel, Fourier et Bizeul, conseillers maître 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. Kersauze, Desfretier, Dorlhac, conseillers référendaires, Mmes Aghoyan (à compter du 1^{er} septembre 2021), Billard, Labidi-Farsi, Novikova, Sikora (du 1^{er} novembre 2021 au 3 janvier 2022), Vecchiato, Veyrat-Lafont, Yahy (à compter du 1^{er} septembre 2021), MM. Azran, Bellosta, Bullier, Colin, Dardigna, Debroas, Delmas, Dupouy, Renié, Mc Shine, Uffler (à compter du 1^{er} septembre 2021), 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 2 mai, par le comité du rapport public et des programmes de la Cour des comptes, composé de M. Moscovici, premier président, Mme Camby, Rapporteuse générale, MM. Morin, et Andréani, Mme Podeur, MM. Charpy et Gautier, Mme Démier et M. Bertucci, présidents de chambre de la Cour, M. Advielle et Mmes Bergogne et Renet, présidents de chambre régionale des comptes, Mme Hirsch, Procureure générale, entendue en ses avis.

Le rapport de certification a ensuite été délibéré par la chambre du conseil.

**

Le rapport de certification des comptes du régime général de sécurité sociale est accessible en ligne sur le site internet de la Cour des comptes et des chambres régionales et territoriales des comptes : www.ccomptes.fr.

Il est également diffusé par La Documentation française.

Délibéré

La Cour des comptes, délibérant en chambre du conseil, a adopté le présent rapport *de certification des comptes du régime général de sécurité sociale pour l'exercice 2021*.

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, M. Andréani, Mme Podeur, MM. Charpy, Gautier, Mmes Camby, Démier et M. Bertucci présidents de chambre, Mme Moati, présidente de chambre maintenue en activité, M. Courtois, Mme Trupin, MM. Le Mer, Albertini, Guillot, Potton, Mme Bouzanne des Mazery, MM. Appia, Strassel, Homé, Mmes Hamayon, Mondoloni, M. Allain, Mme Riou-Canals, MM. Oseredczuk, Mairal, Savy, Lion, Turenne, conseillers maîtres, M. Bouvier, Mme Prost, MM. Pelé, Brottes, conseillers maîtres en service extraordinaire, MM. Roguez, Diringer, Mme Daussin-Charpantier, présidents de chambre régionale des comptes.

Ont été entendus :

- en sa présentation, M. Viola, conseiller maître et président de section auprès 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. Kersauze, Desfretier et Dorlhac conseillers référendaires, 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, M. Barichard, Premier avocat général accompagné de M. Slama, substitut général.

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

Fait le 12 mai 2022

Présentation

Par le présent rapport, la Cour rend ses opinions sur les comptes de 2021 de l'activité recouvrement, des cinq branches de prestation et des organismes nationaux du régime général de la sécurité sociale, en détaille les fondements et décrit les vérifications qu'elle a effectuées. Un résumé des états financiers audités figure en annexe.

Une évolution de la présentation du rapport de certification

Afin d'en améliorer la lisibilité, la présentation du rapport sur la certification des comptes du régime général de sécurité sociale comporte, cette année, plusieurs évolutions, parmi lesquelles :

- l'ajustement de certaines formulations pour se rapprocher plus encore des formules recommandées par les normes internationales d'audit, en particulier la norme ISA 705 (révisée) « *Expression d'une opinion modifiée dans le rapport de l'auditeur indépendant* » ;
- le reclassement des « constats d'audit », qui justifiaient les opinions de la Cour dans le rapport de certification des comptes du régime général de 2020, en distinguant d'une part des « anomalies significatives » et, d'autre part, des « insuffisances d'éléments probants ».

Une anomalie significative traduit un désaccord sur les comptes. Elle correspond à un écart entre le montant, le classement, la présentation ou les informations fournies sur un élément dans les comptes audités d'une part, et ceux requis par les normes comptables applicables d'autre part.

L'insuffisance d'éléments probants traduit une limitation aux travaux d'audit. Elle recouvre deux situations distinctes :

- l'absence d'éléments permettant d'apprécier le caractère significatif ou non de la portée financière d'anomalies identifiées ou potentielles ;
- la présence d'éléments conduisant à constater des écarts significatifs entre les opérations effectuées et par conséquent comptabilisées et celles qui auraient dû l'être si les règles de droit applicables à la réalisation de ces opérations avaient été appliquées dans tous les cas. Compte tenu du caractère significatif des écarts constatés, le contrôle interne a un caractère insuffisamment probant pour la maîtrise des risques de portée financière qui ont une incidence sur les comptes.

Dans le rapport de certification des comptes du régime général de l'exercice 2020, la Cour avait relevé 114 constats d'audit. La nouvelle présentation a conduit à reformuler 13 constats de 2020, ce qui réduit à 101 le nombre de constats comparables de ce dernier exercice. L'audit de l'exercice 2021 conduit la Cour à constater une stabilité globale des constats d'audit, portés à 102 (hors branche autonomie), sous l'effet de la suppression de 7 constats du fait de progrès réalisés et de l'ajout de 8 nouveaux constats signalant des anomalies comptables ou des insuffisances d'éléments probants, l'objet de 84 constats n'étant par ailleurs pas modifié.

Le suivi des constats d'audit formulés par la Cour au titre de l'exercice 2020 est présenté dans le « Compte-rendu des vérifications opérées par la Cour ».

L'audit des comptes de la branche autonomie conduit par ailleurs la Cour à formuler 19 constats supplémentaires.

L'évolution de la présentation du rapport de certification n'a pas d'incidence sur les natures et motifs des opinions de la Cour.

Synthèse

La mission de certification 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 effectuées en vue de certifier la régularité, la sincérité et l'image fidèle donnée sur le résultat, la situation financière et le patrimoine du régime général de sécurité sociale pour l'exercice 2021, à travers les dix jeux de comptes suivants :

- les comptes¹ de l'activité de recouvrement, des branches maladie, accidents du travail-maladies professionnelles (AT-MP), famille et vieillesse, ainsi que les comptes de la branche autonomie. Les comptes de l'activité de recouvrement et des branches maladie, AT-MP, famille et vieillesse sont issus de la combinaison² de ceux de leurs organismes nationaux et locaux. Les comptes de la branche autonomie sont ceux de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), qui en est le seul organisme ;
- 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 des 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 s'être attachée à collecter les éléments de nature à procurer une assurance raisonnable sur la conformité des états financiers, dans tous leurs aspects significatifs, aux règles et principes comptables qui leur sont applicables.

¹ L'article LO. 132-2-1 du code des juridictions financières a été modifié par l'article 7 de la loi organique n° 2022-354 du 14 mars 2022 relative aux lois de financement de la sécurité sociale qui a supprimé à compter du 16 mars 2022 le mot « combinés » dans la phrase désignant les comptes des branches du régime général.

² Des comptes combinés sont établis au titre d'entités qui composent un même groupe, mais n'ont pas de liens en capital (à la différence de comptes consolidés).

L'exercice 2021 est le premier exercice pour lequel la Cour certifie les comptes de la branche autonomie, nouvellement créée.

Pour exprimer ses opinions, la Cour effectue des travaux d'audit, détaillés dans le présent rapport (« Compte rendu des vérifications opérées par la Cour »), se fonde sur son jugement professionnel et se conforme aux modalités de présentation généralement applicables en matière d'audit d'états financiers.

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 (406,9 Md€, contre 363,6 Md€ en 2020).

Pour le financement des charges liées à l'activité des branches du régime général sont reçus également des produits de l'État et des collectivités locales et des transferts internes à la sécurité sociale (163,1 Md€, contre 126,8 Md€ en 2020).

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 (109,4 Md€ de produits contre 105,6 Md€ en 2020).

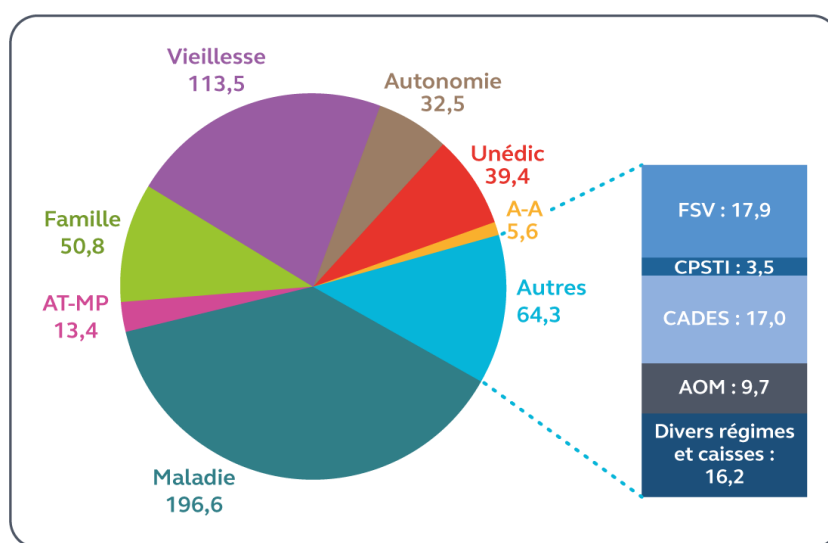
Tableau n° 1 : produits et charges entrant dans le champ de la mission de certification de la Cour (2021)

Produits	Md€	Charges	Md€
Produits recouvrés par le réseau des Urssaf pour les branches du régime général	406,9	Charges des branches du régime général	483,5
Produits apportés au régime général par l'État et des transferts internes à la sécurité sociale	53,7		
<i>Sous-total régime général</i>	<i>460,6</i>	<i>Sous-total R. général</i>	<i>483,5</i>
Produits apportés par l'État et les collectivités territoriales (hors régime général)	49,7	Prestations versées pour le compte de l'État et des collectivités territoriales	49,7
Produits recouvrés par le réseau des Urssaf pour d'autres attributaires (hors régime général)	109,4		
Total	619,7	Total	533,2

Source : Cour des comptes, à partir des états financiers des branches du régime général et de l'activité de recouvrement

Au total, les produits soumis à la certification de la Cour ont atteint 619,7 Md€ en 2021, soit 24,9 % du PIB (à comparer à 596,1 Md€ en 2020, représentant 26 % 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 2021 (en Md€)



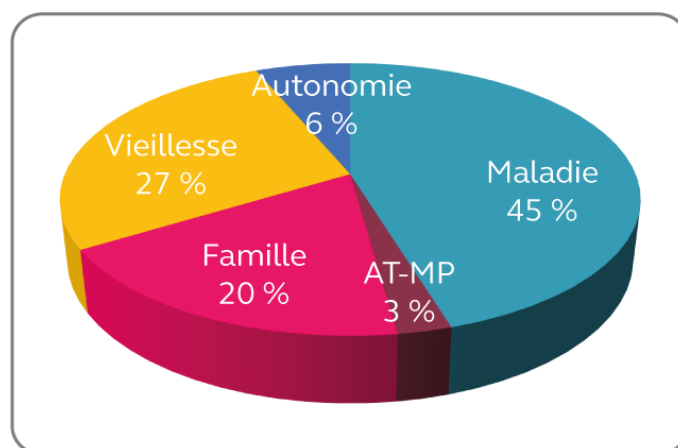
Source : Cour des comptes

A-A : Agirc-Arrco

Les charges soumises à certification

À titre principal, les charges du régime général sont constituées par des prestations sociales 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 : répartition des charges par branche du régime général (% des charges - 2021)



Source : Cour des comptes, à partir des états financiers des branches du régime général

Ces charges atteignent, en incluant celles financées par des tiers (soit pour l'essentiel 48,4 Md€ pour la branche famille et 1,3 Md€ pour la branche maladie), 533,2 Md€ en 2021, contre 526,6 Md€ en 2020.

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 10,25 millions d'entreprises ou de personnes cotisantes, ainsi que par l'importance des masses financières en jeu.

Sauf exception, 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 dispositifs³ qui concourent à prévenir ou bien à détecter et corriger les anomalies qui

³ 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.

les affectent, est un élément clé pour l'appréciation de la fiabilité des comptes par la Cour.

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 a prévu que les organismes nationaux établissent des indicateurs mesurant « *le risque financier résiduel après supervision de l'ordonnateur et contrôle de l'agent comptable* »⁴.

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 %.

⁴ Article D. 114-4-7 du code de la sécurité sociale 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.

La Cnaf s'est dotée d'indicateurs portant d'une part sur les données déclaratives pour partie fiabilisées par des actions de contrôle qui sont prises en compte par les CAF pour attribuer les prestations légales, et d'autre part sur les opérations qu'elles effectuent. La Cnam dispose d'indicateurs relatifs aux remboursements 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 s'est toujours pas dotée d'indicateurs synthétiques comparables. Il en va de même pour la branche autonomie.

Les opinions formulées par la Cour sur les comptes de 2021 : six éléments marquants à retenir

La Cour exprime une opinion défavorable sur les comptes de l'activité de recouvrement (refus de certifier) et certifie avec réserve ceux des branches maladie, AT-MP, famille, vieillesse et autonomie. Elle certifie également avec réserve les comptes des organismes nationaux du régime général de sécurité sociale.

La fiabilité des comptes suppose le respect des règles et principes comptables en vigueur, en particulier le principe de comptabilisation en droits constatés⁵ 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.

Pour le régime général de sécurité sociale, l'exercice 2021 revêt comme le précédent un caractère encore exceptionnel, en raison des effets très significatifs des mesures prises dans le contexte de la crise sanitaire sur les comptes, le résultat et la situation patrimoniale des branches du régime général, des conséquences sur l'activité de la branche famille de la mise en œuvre de la réforme des aides au logement, ainsi que de la création de la cinquième branche consacrée à l'autonomie.

L'examen de la fiabilité des comptes de l'exercice 2021 appelle six remarques essentielles.

⁵ Les produits et les charges doivent être rattachés à l'exercice qui a vu naître les droits et obligations, indépendamment des dates auxquelles sont intervenues les encaissements et décaissements en trésorerie. Les produits à recevoir, les dépréciations de créances, les charges à payer et les provisions inscrits dans les comptes permettent de retracer l'ensemble des droits et obligations au 31 décembre de l'exercice.

1 - S'agissant de la détermination même du solde du régime général, la Cour relève que les traitements retenus pour comptabiliser les produits de cotisations et de contributions sociales des travailleurs indépendants conduisent à ne pas donner une image fidèle du déficit en 2021 et de son évolution entre 2020 et 2021.

Selon les comptes transmis à la Cour, le déficit du régime général s'établirait à 22,8 Md€ (24,4 Md€ y compris FSV), après un déficit 2020 au niveau historique de 36,2 Md€ (38,7 Md€ y compris FSV).

Cette présentation donne l'image d'un redressement explicable par le dynamisme spontané des assiettes de prélèvements sociaux et fiscaux affectés aux branches du régime général (en particulier une hausse de la masse salariale de 8,9 % en moyenne annuelle entre 2020 et 2021⁶, contre 7,2 % prévus par la LFSS pour 2022), malgré le contrecoup en 2021 d'une opération exceptionnelle de 2020⁷.

Toutefois, le regard porté sur le résultat de l'exercice 2021 doit tenir compte du contrecoup des constats qui avaient conduit la Cour à constater une impossibilité de certifier les comptes de l'activité de recouvrement, ainsi qu'à émettre une réserve supplémentaire sur les comptes de chacune des branches du régime général. La Cour avait notamment relevé :

- un risque significatif de sous-évaluation des produits de l'exercice 2020, imputable aux modalités particulières d'appel des cotisations et contributions sociales des travailleurs indépendants au cours de l'année (réduction de moitié des revenus pris en compte pour calculer le montant des appels provisionnels, enregistrés en produits de l'exercice 2020) ;
- une méthode d'estimation *ad hoc* des charges liées aux dépréciations de créances sur les cotisants appliquée, sans justification suffisante, à une partie seulement des créances avec des taux conventionnels, choisis au sein d'un large éventail, qui suscitait un risque de surestimation des dépréciations.

⁶ Évaluation de l' Acoess en mars 2022.

⁷ En 2020, le FRR a versé la soulte des industries électriques et gazières à la branche vieillesse, ce qui a fait bénéficier celle-ci d'un produit de 5 Md€ au titre de cet exercice.

Le second constat a été confirmé, avec un impact sur le résultat pour 2021 de l'ensemble des attributaires de l'Acosse de 1 à 1,5 Md€ : toutes choses égales par ailleurs, l'excès de charges de dépréciations de créances comptabilisées en 2020 conduit à majorer les produits correspondant à leur reprise en 2021⁸.

Le premier constat a lui aussi été confirmé. Contrairement à l'ensemble des exercices précédents, pour lesquels les produits au titre des revenus d'une année étaient voisins de ceux enregistrés sur la base des appels provisionnels effectués au cours de cette même année, les produits de cotisations et de contributions sociales des travailleurs indépendants liés à leurs revenus de l'année 2020 dépassent dans une mesure particulièrement significative ceux appelés au cours de l'exercice. À la suite des régularisations intervenues en 2021⁹ des appels provisionnels effectués en 2020, le résultat de l'exercice 2021 du régime général se trouve majoré de 5 Md€¹⁰.

Afin d'assurer la comparabilité de l'exercice 2021 par rapport à l'exercice 2020, la Cour a demandé dans le cadre de son audit une correction des bilans d'ouverture de l'exercice 2021 et l'établissement de comptes *pro forma* de l'exercice 2020.

Cette demande n'a pas été suivie. Si cela avait été le cas, il aurait été constaté, pour le régime général, un déficit *pro forma* pour 2020 de 31,2 Md€ et un déficit pour 2021 de 27,8 Md€, après neutralisation de l'effet en 2021 de la régularisation des acomptes provisionnels appelés en 2020. Le redressement du résultat du régime général entre les deux exercices 2020 et 2021 se réduit alors à 3,4 Md€, au lieu de 13,4 Md€ dans les comptes arrêtés au titre de 2021.

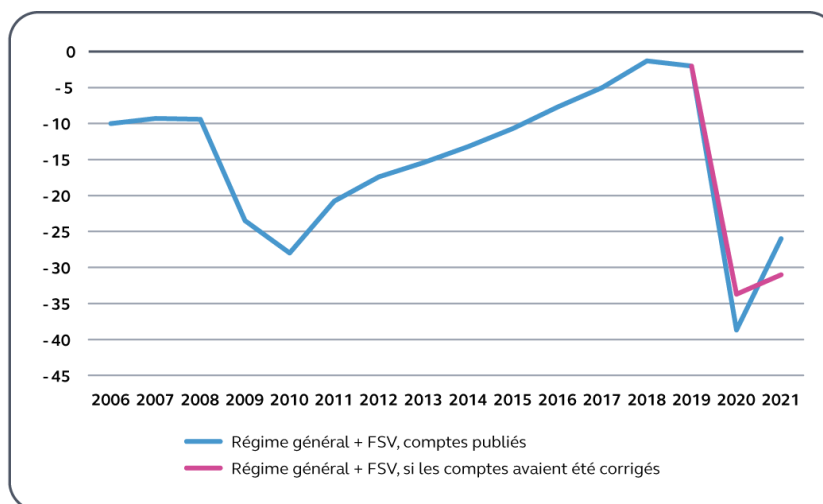
Ce désaccord relatif à la présentation des produits de cotisations et de contributions sociales des travailleurs indépendants entre les deux exercices 2020 et 2021 affecte les soldes de l'exercice 2021 des branches maladie, famille et vieillesse et, dans une moindre mesure, de la branche autonomie du régime général.

⁸ Les dépréciations de créances sont des charges de l'exercice au titre duquel elles sont constatées. Leur reprise au début de l'exercice suivant est un produit de ce dernier.

⁹ Ces régularisations découlent des déclarations de revenus professionnels 2020 effectuées par les travailleurs indépendants au printemps 2021.

¹⁰ Pour l'ensemble des attributaires de l'activité de recouvrement, cet effet atteint 6,7 Md€ au total.

Graphique n° 3 : évolution du solde du régime général et du FSV de 2006 à 2021 (en Md€)



Source : Cour des comptes

L'absence de neutralisation dans les comptes de l'exercice 2021 de l'effet en 2021 de la régularisation des acomptes provisionnels appelés en 2020 pour des montants minorés affecte ainsi dans une mesure très significative la lecture même des comptes de la sécurité sociale.

La Cour relève d'ailleurs que l'enregistrement à la clôture de l'exercice 2020, en tant que produits, d'acomptes provisionnels réduits de moitié avait conduit à faire diverger, à l'automne dernier, la présentation des comptes de la sécurité sociale en comptabilité générale, dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale, et celle retenue en comptabilité nationale, pour les administrations de sécurité sociale, dans les prévisions associées au projet de loi de finances pour 2022. Le rapport économique, social et financier annexé au PLF 2022 soulignait ainsi, s'agissant des travailleurs indépendants, que « les cotisations reportées de mars à août 2020 sont régularisées en 2021 sur la base de leurs revenus observés en 2020 ; cette recette est enregistrée en 2021 en comptabilité générale dans la trajectoire du régime général sous-jacente au projet de loi de financement de la sécurité sociale mais a été enregistrée dès 2020 en comptabilité nationale » (p. 129).

2 - La création de la branche autonomie reste inaboutie.

La branche autonomie a été créée au 1^{er} janvier 2021 par la loi n° 2020-992 du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie. La LFSS pour 2021 a prévu que la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), chargée de la gérer, en établirait les comptes pour la première fois au titre de l'exercice 2021.

La Cour a constaté en tant qu'auditeur externe les difficultés éprouvées par la CNSA pour établir ses comptes dans des conditions fiables et, plus généralement, exercer ses missions de caisse nationale.

Par certains aspects, la création de la cinquième branche de la sécurité sociale a été insuffisamment accompagnée : publication tardive de certains textes, processus de conventionnement avec les organismes tiers inachevé ; comptabilité lacunaire tout au long de l'année faute d'intégration d'écritures à fort enjeu financier ; traitement hétérogène des opérations comptables selon les branches ; système d'information comptable partiellement inadapté.

Le contrôle interne propre à la CNSA apparaît insuffisamment structuré au regard des enjeux financiers de la branche. À ce jour, elle ne dispose pas d'une autorité suffisante pour obtenir un renforcement des dispositifs de contrôle interne des branches du régime général auxquelles la plupart de ses opérations sont déléguées (maladie pour les concours financiers aux établissements et services médico-sociaux et famille pour le versement de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé – AEEH) ou structurer des dispositifs communs à l'ensemble des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH).

3 - Dans le contexte de la poursuite de la crise sanitaire, les branches du régime général ont engagé un retour progressif à la normale en matière de contrôle interne, mais celui-ci reste inachevé.

S'agissant de l'activité de recouvrement et de la branche maladie, l'exercice 2021 est resté marqué par la prolongation des mesures liées à la crise sanitaire.

Ces mesures se traduisent notamment par la suspension des procédures automatisées de recouvrement amiable et forcé des créances de prélèvements sociaux sur les cotisants et la mise en œuvre de plans d'apurement progressif des dettes considérables liées aux facultés de report de paiement qui leur ont été accordées. Le niveau des dettes à l'égard des Urssaf accentue la portée financière du risque de prescription. À ce jour,

les activités de contrôle de l'assiette déclarée des prélèvements sociaux n'ont pas retrouvé leur niveau d'avant-crise.

Pour sa part, l'assurance maladie continue à mettre en œuvre des dispositifs exceptionnels de garantie de financement en faveur des établissements de santé et n'a pas repris ses contrôles sur l'activité valorisée ou facturée par ces derniers. Elle applique par ailleurs des contrôles allégés sur les facturations des professionnels de santé. Les contrôles portant sur les prises en charge directement liées à la crise sanitaire (tests, vaccination et télésanté) présentent d'importantes lacunes.

4 - Les dispositifs de maîtrise des risques de portée financière restent insuffisamment efficaces.

Certains progrès peuvent être constatés s'agissant de l'estimation de la fraude aux prestations sociales, en application d'une feuille de route interministérielle fixée en décembre 2020. En 2021, la branche famille a réitéré l'enquête qu'elle conduisait chaque année : elle fait apparaître une tendance à la hausse des fraudes, certaines prestations étant particulièrement exposées (RSA). La branche vieillesse produirait une première estimation en 2022. L'assurance maladie a estimé la fraude pour les actes facturés par les infirmiers libéraux et la complémentaire santé solidaire et prévoit d'étendre cette démarche à d'autres domaines. Ces premiers éléments confirment que l'enjeu significatif lié à la fraude.

En 2021, la capacité des dispositifs de contrôle interne à prévenir les risques de portée financière a connu des évolutions variables selon les branches.

Des progrès sont constatés pour la branche vieillesse, sous l'effet d'une mobilisation accrue des services ordonnateurs pour prévenir les erreurs de liquidation des prestations. Ces erreurs continuent cependant à s'inscrire à un niveau élevé, tout particulièrement parmi les principaux organismes de la branche.

Les difficultés rencontrées par la branche famille pour mettre en œuvre la réforme des aides au logement (calcul des aides en fonction des revenus contemporains, s'agissant de ceux liés aux salaires et aux prestations sociales et révision trimestrielle de leur montant), l'ont conduite à alléger, à nouveau, certains de ses dispositifs de contrôle, y compris parmi les plus structurants. La dégradation continue ou l'absence d'inflexion notable des performances de la branche famille en matière de maîtrise des risques traduit une efficacité déclinante des dispositifs qu'elle met en œuvre et une anticipation insuffisante des adaptations rendues nécessaires par des réformes pouvant se traduire par des risques accrus d'erreurs.

Les faiblesses persistantes du contrôle interne continuent à être reflétées par les valeurs toujours élevées, voire croissantes, des indicateurs de risque financier résiduel qui mesurent les erreurs affectant 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 tiers payant, en leur faveur (versements de sommes indues qui ne sont pas mises en recouvrement) ou à leur détriment (rappels qui seraient à effectuer). Leur importance affecte la correcte représentation des droits et obligations des branches de sécurité sociale retracées par leurs états financiers.

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

Le montant agrégé 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 2021, équivaut à plus d'un quart des montants versés ; cette proportion est de près d'un sixième pour le revenu de solidarité active (RSA) et d'un huitième pour les aides au logement.

La fréquence des erreurs affectant les remboursements de frais de santé par l'assurance maladie (pour l'essentiel en tiers payant aux professionnels et aux établissements de santé) a augmenté. L'indicateur permettant d'apprécier la fréquence et l'incidence financière de ces erreurs est incomplet : il n'intègre pas les impacts, non mesurés, des règlements erronés aux établissements publics et privés non lucratifs et des droits ouverts aux prestations d'assurance maladie lorsque les assurés concernés n'en remplissent pas ou plus les conditions (la Cnam estime leur nombre à 2,5 millions). En outre, l'indicateur présente une moindre représentativité et fiabilité que ceux suivis par les branches famille et vieillesse.

Pour l'ensemble des branches de prestations du régime général, les valeurs des indicateurs de risque financier résiduel s'éloignent de plus en plus des objectifs d'amélioration fixés par leurs conventions d'objectifs et de gestion avec l'État pour la période 2018-2022.

Tableau n° 2 : évolution des indicateurs de risque financier résiduel, après contrôle interne (2020 – 2021)

	Indicateur	Données 2020	Données 2021	Évolution
Branches maladie et	Remboursements de frais de santé - Fréquence des erreurs (en %)	6,0	7,7	↑
	Remboursements de frais de santé – Incidence financière des erreurs (en Md€)	1,9	2,5	↑
	Indemnités journalières - Fréquence des erreurs (en %)	8,1	10,2	↑
	Indemnités journalières – Incidence financière des erreurs (en Md€)	0,26	0,32	↑
Branche famille	Incidence financière des erreurs résiduelles « données déclarées » à 9 mois (en %)	9,4	10,3	↗
	Incidence financière des erreurs résiduelles « données déclarées » à 9 mois (en Md€)	7,0	7,9	↗
	Incidence financière des erreurs résiduelles « données déclarées » à 24 mois (en %)	5,5	7,1	↑
	Incidence financière des erreurs résiduelles « données déclarées » à 24 mois (en Md€)	4,0	5,3	↑
	Incidence financière des erreurs résiduelles internes aux CAF « métier » à 6 mois (en Md€)	1,4	1,6	↗
	Incidence financière des erreurs résiduelles pour l'action sociale collective (en %)	NC	2,8	
Branche vieillesse	Fréquence des erreurs résiduelles de liquidation de retraites dans l'Outil retraite (en %)	16,4	14,0	↘
	Incidence financière des erreurs (en %)	1,9	1,2	↓
	Incidence financière cumulative des erreurs sur la durée de service (en %)	1,1	0,9*	↘
	Fréquence des erreurs résiduelles de liquidation de retraites dans Asur (en %)	2,9	3,9	↑
	Incidence financière des erreurs (en %)	0,20	0,30	↑

NB : les données portent sur les exercices 2020 et 2021 respectivement, à l'exception de l'indicateur relatif aux erreurs résiduelles « données déclarées » à 24 mois qui s'applique aux exercices 2019 et 2020

Lecture des évolutions : le sens des flèches reflète les progrès ou reculs des résultats ; leur couleur correspond à l'ampleur de la portée financière des erreurs.

* résultat intégrant les évolutions méthodologiques intervenues en 2021 (1 % à méthode comparable à celle utilisée en 2020)

Source : Cour des comptes, d'après les résultats des caisses nationales.

5 - Le déploiement de nouveaux outils informatiques structurants se poursuit, avec parfois des difficultés de mise en œuvre initiale, mais des progrès significatifs attendus à terme.

Le développement des télétransmissions et des échanges dématérialisés entre les bénéficiaires des prestations sociales et les organismes, accéléré par la crise sanitaire, s'est poursuivi en 2021.

Alors que les déclarations des bénéficiaires des prestations versées par les CAF comportent de fréquentes erreurs, volontaires ou non, le dispositif ressources mensuelles (DRM) fournit la possibilité de faire reposer le plus possible sur des tiers de confiance l'acquisition des données relatives aux montants de salaires et de prestations sociales. Intégré au système d'information de la branche famille, il est utilisé, depuis janvier 2021, pour le calcul des aides au logement. Il a vocation à contribuer à fiabiliser les données prises en compte pour verser d'autres prestations, notamment la prime d'activité et le RSA.

S'agissant toujours de la branche famille, le nouveau système d'information de l'action sociale (Maia), qui assure désormais la gestion d'une part prépondérante des aides collectives, permet aux structures subventionnées d'accueil des jeunes enfants de télédéclarer dans un portail comportant des contrôles de cohérence intégrés les données à partir desquelles les CAF calculent les aides.

Pour la branche vieillesse, le déploiement, en 2021, des premières fonctionnalités du nouveau système de régularisation des carrières (Syrca) s'accompagne de l'utilisation progressive du répertoire de gestion des carrières unique (RGCU), référentiel inter-régimes des données de carrière. Alors que les erreurs liées aux données de carrière sont à l'origine de la moitié environ du nombre d'erreurs résiduelles affectant les prestations de retraite, ces évolutions pourraient favoriser leur réduction.

S'agissant de la branche maladie, la fiabilisation de la liquidation des prestations est tributaire de trois évolutions : le développement de la dématérialisation des prescriptions médicales ; un renforcement significatif des contrôles automatisés destinés à vérifier *a priori* la conformité à la réglementation des données de facturation adressées par les professionnels et les établissements de santé dans le cadre de la refonte engagée des systèmes d'information « métier » et une augmentation des contrôles *a posteriori* sur les données qui n'auront été que partiellement fiabilisées par ces procédés.

6 – En dehors du point majeur de désaccord à l'origine de l'opinion défavorable exprimée par la Cour sur les comptes de l'activité de recouvrement, d'autres désaccords, ainsi que des limitations à l'audit des comptes appellent une action de la part des organismes nationaux du régime général et de leurs tutelles.

Des désaccords sur les comptes du recouvrement sont liés à la comptabilisation incomplète par l'Acoss, sur les exercices 2020 ou 2021, des exonérations et de l'aide au paiement en faveur des employeurs relevant des secteurs particulièrement affectés par la crise sanitaire et des réductions en faveur des travailleurs indépendants de ces mêmes secteurs. En outre, des incertitudes affectent l'estimation des produits à recevoir de remises versées par les entreprises pharmaceutiques, en forte hausse en 2021, avec des effets qui pourraient être sensibles sur le solde de la branche maladie, ainsi que sur le taux d'évolution des dépenses relevant de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam), dont les remises sont déduites.

L'audit des comptes de la branche maladie conduit par ailleurs à constater une surévaluation significative de son bilan, des provisions pour charges de prestations correspondant en grande partie à des charges à payer et des incertitudes affectant leur évaluation, avec là aussi des effets potentiels sur le taux d'évolution des dépenses de l'Ondam. De manière générale, la justification des comptes présente d'importantes marges d'amélioration, au-delà de premiers progrès intervenus en 2021.

Les difficultés éprouvées par la CNSA pour établir ses comptes et fournir à la Cour des éléments probants à l'appui de ces derniers, ainsi que les nombreuses anomalies détectées dans le cadre de l'audit appellent une structuration renforcée de l'ensemble des processus qui concourent à l'établissement et à la justification des comptes.

**

L'exercice 2021 ayant mis en lumière la persistance de désaccords et d'incertitudes sur les comptes et la fragilité des dispositifs de contrôle interne, de nouveaux progrès sont indispensables pour les renforcer et les fiabiliser ou pour mettre en place les indicateurs permettant d'apprécier leur efficacité et pour 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.

La Cour souligne aussi que la présentation au Parlement, avant le 1^{er} juin, d'un projet de loi d'approbation des comptes des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et du FSV au titre du dernier exercice clos, prévu à partir de 2023 (exercice 2022), conformément à la loi organique du 14 mars 2022¹¹, devrait conduire les ministères de tutelle à réexaminer le calendrier de l'arrêté définitif des comptes de résultats et bilans des régimes obligatoires de base, aujourd'hui fixé au 15 mars. L'avancement de ce calendrier apparaît nécessaire afin de permettre à la Cour de communiquer au Parlement les avis sur les tableaux d'équilibre et le tableau de situation patrimoniale de la sécurité sociale prévus par les dispositions organiques du code de la sécurité sociale, après avoir dûment examiné les opérations effectuées par la direction de la sécurité sociale en vue d'établir ces documents et les informations communiquées au Parlement à leur appui.

Dans le cadre de ces évolutions, 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.

**

En définitive, 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 2021 :

- 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 nécessaires relatifs aux systèmes d'information et au contrôle interne, le développement des contrôles automatisés et des échanges de données

¹¹ Loi organique n° 2022-354 du 14 mars 2022 relative aux lois de financement de la sécurité sociale.

numérisées et l'intégration systématique aux applications informatiques de contrôles bloquants et 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 mise en place de mesures du risque financier résiduel quand elles font défaut (activité de recouvrement notamment) et la fiabilisation des mesures existantes (assurance maladie notamment). L'absence ou le manque de fiabilité des indicateurs de risque résiduel induit, 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.

PREMIÈRE PARTIE –
COMPTES DE L'ACTIVITÉ
DU RECOUVREMENT
ET DES BRANCHES
DU RÉGIME GÉNÉRAL

Opinion de la Cour sur les comptes de l'activité de recouvrement de l'exercice 2021

L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (Acos) assure la gestion unifiée de la trésorerie des branches de prestations du régime général de sécurité sociale. Elle gère, avec son réseau de vingt-deux unions pour le recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (Urssaf) et quatre caisses générales de sécurité sociale (CGSS)¹², 10,25 millions de comptes de cotisants.

Les comptes de l'activité de recouvrement retracent les opérations de l'Acos et celles de chacune des Urssaf et CGSS. Les CGSS font l'objet d'une combinaison partagée avec les branches maladie, AT-MP et vieillesse, ainsi qu'avec le régime agricole des non-salariés.

L'intégration de la caisse de sécurité sociale de Mayotte (CSSM) aux périmètres de combinaison de l'activité de recouvrement et des branches du régime général est reportée depuis 2015, du fait d'écarts non résolus entre son bilan et ceux des entités précitées¹³.

Dans ces comptes, 516 Md€ de produits ont été mis en recouvrement et répartis par l'Acos 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.

¹² Organismes de sécurité sociale qui recouvrent les prélèvements sociaux et gèrent les prestations des branches maladie, AT-MP et vieillesse en Guadeloupe, en Guyane, en Martinique et à La Réunion.

¹³ Cet élément explicatif n'est pas repris dans la suite du présent rapport.

A - Opinion de la Cour

En application des dispositions de l'article LO. 132-2-1 du code des juridictions financières, la Cour a effectué l'audit des comptes de l'activité de recouvrement pour l'exercice clos le 31 décembre 2021, arrêtés le 15 avril par le directeur et le directeur comptable et financier de l'Acoss, dont un résumé est annexé au présent rapport.

La Cour constate que, du fait des incidences des anomalies et des insuffisances d'éléments probants décrites ci-après dans la section « Fondements de l'opinion de la Cour », elle n'est pas en mesure de certifier que les comptes de l'activité de recouvrement sont, au regard des normes comptables applicables aux organismes de sécurité sociale, réguliers et sincères et donnent, dans l'ensemble de leurs aspects significatifs, une image fidèle du résultat des opérations de l'exercice écoulé, ainsi que de la situation financière et du patrimoine à la clôture de l'exercice.

B - Fondements de l'opinion de la Cour

La Cour a constaté que les comptes de l'activité de recouvrement de l'exercice 2021 sont affectés par quatre anomalies significatives. La première revêt une portée particulière pour l'appréciation de l'image fidèle donnée par les comptes sur le montant des produits de l'activité de recouvrement et de ses principaux attributaires et le résultat de ces derniers.

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

C - Anomalies significatives

1 - La comparabilité des produits de cotisations et de contributions sociales des travailleurs indépendants et des résultats de leurs attributaires entre les exercices 2020 et 2021

En 2020, dans le contexte de crise sanitaire, le réseau des Urssaf a appliqué des modalités particulières d'appel des cotisations et contributions sociales des travailleurs indépendants : afin d'alléger la trésorerie de ces cotisants, le montant des appels a été calculé sur la base de 50 % du montant du dernier revenu professionnel connu. Pour les travailleurs indépendants qui n'ont pas effectué de versement au-delà des

montants appelés (soit environ 80 % d'entre eux), seuls six mois de prélèvements sociaux ont ainsi été appelés en pratique.

Dans son rapport de certification des comptes de l'exercice 2020, la Cour avait estimé que compte tenu des modalités particulières d'appel des prélèvements sociaux en 2020, il existait un risque très élevé que le montant des produits comptabilisés par le réseau des Urssaf en 2020 sur la base de ces acomptes s'éloigne de celui des produits issus des revenus 2020, contrairement à l'ensemble des exercices précédents pour lesquels les montants appelés étaient proches de ceux finalement dus au vu des revenus professionnels déclarés. Ce risque s'est concrétisé au vu de la régularisation intervenue en 2021, à la suite de la déclaration de leurs revenus professionnels 2020 par les travailleurs indépendants.

Dans les comptes de l'exercice 2021, les produits de prélèvements sociaux des travailleurs indépendants s'élèvent à 27,6 Md€, contre 18,2 Md€ en 2020. L'évolution de leur montant intègre, à hauteur de 6,7 Md€, le contrecoup de l'abattement de 50 % du revenu pris en compte pour appeler les prélèvements sociaux en 2020. Ce montant de 6,7 Md€ intègre des effets estimés par la Cour respectivement à 5 Md€ pour les branches concernées du régime général de sécurité sociale (maladie, vieillesse, famille et autonomie) et à 1,7 Md€ pour les attributaires extérieurs à ce dernier (CPSTI, Unédic et Cades).

En application des normes comptables de la sécurité sociale applicables aux exercices 2020 et 2021, le fait générateur de l'enregistrement des produits de cotisations et de contributions sociales des travailleurs indépendants (en dehors des micro-entrepreneurs) était le revenu perçu. Compte tenu de la difficulté à estimer les revenus professionnels des travailleurs indépendants de l'exercice N, qui ne sont définitivement connus qu'à la suite de leur déclaration au printemps de l'année N+1, après l'arrêt des comptes de l'exercice N, le conseil de normalisation des comptes publics (CNoCP)¹⁴ a admis que l'exigibilité devienne le critère de rattachement à l'exercice des produits de prélèvements sociaux des travailleurs indépendants (hormis les micro-entrepreneurs). Cette évolution normative n'était pas applicable à l'exercice 2021¹⁵.

Surtout, l'ampleur de la régularisation comptabilisée en 2021 reflète, à titre principal, un effet de périmètre qui affecte la comparabilité des comptes des exercices 2020 et 2021 des attributaires de prélèvements

¹⁴ Avis n° 2022-01 du 13 janvier 2022 relatif au Recueil des normes comptables pour les organismes de sécurité sociale.

¹⁵ Le CNoCP a proposé qu'elle soit applicable à partir des comptes de l'exercice 2022.

sociaux de travailleurs indépendants : le contrecoup en 2021 de la réduction de moitié des appels intervenue en 2020.

Afin de remédier aux incidences de cet effet de périmètre sur la physionomie des comptes des exercices 2020 et 2021, la Cour a demandé à l'Acoss d'effectuer une correction à son bilan d'ouverture au 1^{er} janvier 2021, à hauteur du montant précité de 6,7 Md€ et d'établir des comptes *pro forma* pour l'exercice 2020 permettant de neutraliser l'effet sur les produits comptabilisés au titre de l'exercice 2021 de la minoration des montants appelés et comptabilisés au cours de l'exercice 2020. Les données nécessaires à cette correction étaient connues, dès lors qu'elles résultaient du montant des abattements opérés au cours de l'année 2020, ce qui permettait de procéder à une estimation des cotisations et contributions reportées de 2020 en 2021, au plus tard à l'arrêté des comptes de l'exercice 2021, à défaut d'y avoir procédé dès l'arrêté des comptes de l'exercice 2020¹⁶. En conséquence, l'incapacité à estimer le revenu professionnel des travailleurs indépendants, qui fonde l'évolution du traitement comptable retenue par le CNoCP, ne trouvait pas, en l'espèce, à s'appliquer.

La demande formulée par la Cour n'a pas été suivie. Compte tenu de l'atteinte portée à la comparabilité des exercices 2020 et 2021, la Cour constate que les comptes de l'activité de recouvrement pour l'exercice 2021 ne fournissent pas une image fidèle des produits de cotisations et de contributions sociales des travailleurs indépendants. À des degrés divers, l'image fidèle donnée par les comptes des attributaires de l'Acoss, notamment ceux entrant dans le champ des missions de certification de la Cour (branches du régime général et conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants – CPSTI) sur leurs produits et résultats de l'exercice 2021 s'en trouve affectée.

L'annexe aux comptes de chaque branche du régime général, qui reprend un texte et un montant (6,7 Md€) portant sur l'ensemble des attributaires de l'Acoss, ne permet pas d'apprécier l'effet de la mesure de 2020 sur les comptes de la branche concernée pour l'exercice 2021 et ne compense pas, en tout état de cause, les ajustements demandés par la Cour et non pris en compte.

¹⁶ La Cour avait estimé 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 de 2019 à 7,9 Md€ en valeur brute.

2 - Les modalités de comptabilisation de la réduction forfaitaire « covid » en faveur des travailleurs indépendants

Les travailleurs indépendants relevant des secteurs particulièrement affectés par la crise sanitaire ont déclaré en 2021 un montant total de réduction forfaitaire de cotisations et de contributions sociales de 0,7 Md€ au titre des périodes d'activité de 2020 et de janvier à mars 2021.

En l'absence d'estimation par l'Acoss du montant qui a été déclaré par les cotisants au titre de la campagne de revenus 2020 dans les comptes arrêtés au 31 décembre 2020, la Cour relève une sous-évaluation de 0,7 Md€ du montant de la réduction forfaitaire rattachable à l'exercice 2020, dont 0,1 Md€ au titre du reliquat non encore comptabilisé et qui serait imputé sur les cotisations dues au titre de 2021.

En complément, l'absence d'estimation par l'Acoss des montants qui seront déclarés par les cotisants au titre de la campagne de revenus 2021 ne permet pas d'assurer l'exhaustivité des montants rattachables à l'exercice 2021. Ces montants peuvent être estimés entre 0,4 Md€ et 0,5 Md€, dont 0,1 Md€ au titre du reliquat déclaré en 2021 et non imputé sur les cotisations et contributions dues au titre de 2020. En l'absence de comptabilisation par l'Acoss d'une estimation de la réduction forfaitaire qui sera imputée sur les revenus déclarés en 2022 au titre des périodes d'activité 2021, les produits à recevoir sur l'État et la provision pour réduction des produits qui en est la contrepartie sont sous-estimés à hauteur de 0,4 Md€ à 0,5 Md€.

3 - Les modalités de comptabilisation des exonérations et de l'aide au paiement « covid » en faveur des employeurs de salariés

La comptabilisation incomplète au 31 décembre 2020 du montant des exonérations et de l'aide au paiement déclarées en 2021 au titre de l'exercice 2020 et l'absence de correction d'erreur à l'ouverture de l'exercice 2021 affectent les produits et charges relatifs aux prélèvements sociaux, aux compensations et à l'aide au paiement ainsi que leur répartition entre les exercices 2020 et 2021.

Dans le rapport de certification de 2020, la Cour avait estimé le montant directement rattachable à l'exercice 2020 et non comptabilisé *a minima* à 1,2 Md€ (0,5 Md€ au titre des exonérations et 0,7 Md€ au titre de l'aide au paiement), ce montant concernant principalement le deuxième confinement (septembre-novembre 2020).

Le montant des exonérations et de l'aide au paiement déclarées par les employeurs en 2021 au titre de l'exercice 2020 et non comptabilisé au

31 décembre 2020 s'élève effectivement à 1,2 Md€. En l'absence de comptabilisation d'une correction d'erreur à l'ouverture de l'exercice 2021, demandée par la Cour pour ce montant, la comparabilité des produits et charges relatifs aux prélèvements sociaux, aux compensations et à l'aide au paiement entre les exercices 2020 et 2021 s'en trouve affectée.

4 - Des exceptions à caractère permanent à l'application du principe de tenue de la comptabilité en droits constatés

Les modalités de notification des impôts et taxes affectés (ITAF) recouvrés par les services des ministères financiers (87,4 Md€) ne permettent toujours pas leur comptabilisation par l'Acosse selon le principe des droits constatés.

L'Acosse est destinataire de notifications de produits à recevoir (12,7 Md€) fondées sur les déclarations ou les encaissements reçus en février de l'année N+ 1. Les flux de versements effectués par l'État n'étant pas détaillés par année d'antériorité, le correct dénouement des produits à recevoir ne peut être apprécié.

En outre, l'Acosse ne reçoit pas de notification des créances, des dépréciations de créances et des provisions pour risque au titre des ITAF dont les organismes de sécurité sociale supportent le risque de non-recouvrement ou de restitution en cas de litige.

La DGFIP et la DGDDI ont communiqué une évaluation à fin 2021 du montant brut des créances (550 M€), des dépréciations qui s'y rapportent (348 M€), ainsi que des provisions pour risque (77 M€). En l'absence notamment d'une ventilation en fonction de leur année de naissance, l'Acosse n'a pu comptabiliser ces montants de créances et de dépréciations et les notifier à ses attributaires. Elle n'a pas non plus enregistré de provisions pour risque, l'estimation communiquée couvrant d'autres entités que les seuls attributaires de l'Acosse.

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

D - Insuffisances d'éléments probants

1 - L'estimation par le CEPS des produits à recevoir de remises sur les prix publics des médicaments et des dispositifs médicaux

Les produits à recevoir de remises dues par les entreprises concernées sur les prix publics des médicaments et des dispositifs médicaux estimés par le comité économique des produits de santé – CEPS (5,7 Md€¹⁷) ont fortement augmenté par rapport à 2020 (+ 2,1 Md€, soit + 59 %). Des incertitudes continuent à affecter l'exhaustivité et la correcte évaluation des produits à recevoir relatifs à ces remises.

Les procédures actuelles de détermination des produits à recevoir relatifs à l'ensemble des remises dues par les entreprises pharmaceutiques conservent des fragilités : elles restent pour partie fondées sur des éléments incomplets, une partie des données nécessaires à leur estimation n'étant pas connues lors de l'arrêté des comptes, et ne font pas l'objet d'échanges contradictoires avec les entreprises préalablement à leur comptabilisation.

Alors que de nouveaux dispositifs ont été déployés à compter du 1^{er} juillet 2021, les produits à recevoir (0,3 Md€) au titre des remises portant sur des spécialités bénéficiant d'une autorisation temporaire d'utilisation (ATU/post-ATU), d'une autorisation d'accès précoce (AAP) ou d'une autorisation d'accès compassionnel (AAC) présentent un risque de non-exhaustivité. Comme l'a indiqué la direction de la sécurité sociale, le calcul définitif de ces remises dépend en effet de déclarations de chiffre d'affaires des entreprises concernées et d'informations relatives à l'utilisation des spécialités, qui sont obtenues postérieurement à l'arrêté des comptes définitifs, et de la fixation de prix de référence des différentes spécialités par le CEPS, nécessaire au calcul des remises, qui intervient de même dans certains cas après l'arrêté des comptes, à la suite de négociations avec les entreprises.

Outre les faiblesses affectant l'évaluation des remises prises dans leur ensemble, l'estimation des produits à recevoir au titre de la contribution « M » (760 M€)¹⁸ est affectée par des incertitudes résultant de

¹⁷ Ce montant n'intègre pas 0,3 Md€ comptabilisés en produits à recevoir 2021 à la suite de la fermeture des bases informatiques des Urssaf fin décembre 2021.

¹⁸ La contribution « M » est due par les entreprises pharmaceutiques lorsque le chiffre d'affaires de l'année civile minoré des remises réalisé par l'ensemble des entreprises est supérieur à un montant M fixé par la loi (pour 2021, le montant M était fixé à 23,99 Md€ par la LFSS 2021). Les entreprises peuvent en être exonérées en s'engageant à verser des remises à ce titre, selon un barème fixé par arrêté.

l'emploi de données non définitives ou partiellement estimatives et de la prise en compte de paramètres de calcul propres à l'année 2020. Alors que le calcul de la contribution applicable pour l'exercice 2021 suppose la prise en compte des économies réalisées par l'assurance maladie grâce à la baisse du prix net, après remises, des spécialités pour l'année au titre de laquelle la contribution est due, il n'a pu être communiqué à la Cour qu'une estimation globale du montant des économies qui auraient été réalisées en 2021, non détaillée par spécialité, et non documentée par des éléments probants.

Par ailleurs, malgré des progrès dans le recensement des contrats portant sur les dispositifs médicaux, l'exhaustivité des produits à recevoir correspondants (0,1 Md€ en 2021) reste imparfaitement assurée. En outre, quoique de portée modérée, l'éventualité d'un déclenchement de la clause de sauvegarde, dite contribution « Z »¹⁹, portant sur ces derniers, crée une incertitude pour l'exhaustivité des produits.

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

a) Les dépréciations de créances sur les cotisants

L'estimation par l'Acos des dépréciations des créances sur les cotisants selon la méthode habituelle, fondée sur l'observation des taux de recouvrement sur le long terme, 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.).

Pour l'application de cette méthode, 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. Il en résulte une surévaluation des dépréciations des créances, estimée par l'Acos à 150 M€ pour l'ensemble des attributaires.

¹⁹ La LFSS pour 2021 a fixé à 2,09 Md€ de montants remboursés par l'assurance maladie, après déduction des remises, le seuil de déclenchement de la contribution « Z ».

Par ailleurs, en contradiction avec le principe de prudence, les créances éligibles à une admission en non-valeur au 31 décembre 2021 dont le traitement n'est pas achevé à cette date sont partiellement dépréciées alors qu'elles auraient dû l'être intégralement. Leur montant n'a pu être apprécié dans le cadre de l'audit.

En outre, l'absence d'automatisation des différentes étapes pour obtenir un certificat d'irrecouvrabilité avant la réception de l'information de la clôture pour insuffisance d'actif induit un risque de retard d'identification des créances susceptibles d'être admises en non-valeur à la clôture des comptes. Des risques d'imputation erronée de versements sur des créances admises en non-valeur peuvent par ailleurs être relevés.

b) Les provisions pour risques et charges

En dehors des contestations visant ou conduisant à remettre en cause les taux de cotisation pour accidents du travail et maladies professionnelles, les provisions pour litiges (soit 1,2 Md€) portent sur des montants réglés, mais ultérieurement contestés, généralement à la suite de redressements issus de contrôles.

L'exhaustivité et la fiabilité des données prises en compte pour provisionner les litiges demeurent imparfaitement assurées. En outre, sauf exception, les événements postérieurs à la clôture ne sont pas pris en compte dans leur évaluation.

Par ailleurs, l'analyse du dénouement des provisions demeure limitée par le système d'information qui ne permet pas 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 (855 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 l'opinion de la Cour sur les comptes de la branche AT-MP (cf. B-2).

3 - La justification de la répartition des produits, des créances et des charges entre les attributaires

Malgré des progrès dans la construction de l'entrepôt national de stockage de données de comptabilité générale, en l'absence d'évolutions significatives au cours de l'exercice, la correcte répartition des produits, des charges et des encaissements (et ce faisant des restes à recouvrer) entre ses attributaires n'a pu être directement auditée à partir de données détaillées par compte cotisant. Son appréciation a donc uniquement reposé sur les tests réalisés dans le cadre de l'audit et sur les études de corroboration produites par l'Acoss, par ailleurs pertinentes.

Si le montant du stock des anomalies de répartition faisant l'objet d'une répartition forfaitaire a fortement baissé depuis 2020, le traitement de répartition présente des marges de progrès pour la résolution des anomalies. Ainsi, l'Acoss prévoit de faire évoluer le traitement informatique de répartition afin de circonscrire l'application de la répartition forfaitaire à la rubrique déclarative rejetée, au lieu de couvrir la déclaration dans son ensemble comme aujourd'hui.

La cohérence globale des données entre les comptes cotisants, la comptabilité générale des organismes locaux et les notifications nationales aux attributaires continue à s'améliorer (fin décembre 2021, le taux d'instabilité des créances atteint 1,25 % contre 1,43 % à fin 2020 et 2,18 % à fin 2019). Toutefois, les écarts entre les données relatives aux créances qui peuvent encore être constatés à la clôture des comptes (0,5 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 sont liés aux modalités alors appliquées de répartition de la réduction générale de cotisations.

4 - Les faiblesses du cadre général du contrôle interne

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

En dépit du rétablissement de la plupart des contrôles sur les prélèvements sociaux, à l'exception de ceux portant sur le recouvrement amiable et forcé, le dispositif de contrôle interne mis en œuvre par l'activité de recouvrement ne couvre toujours pas plusieurs dispositifs et risques apparus ou renforcés dans le contexte de la crise sanitaire.

Ainsi, si les contrôles sur les cotisations et contributions sociales auto-liquidées par les employeurs salariés et d'autres cotisants ont été rétablis en 2021, à l'exception de ceux relevant des processus de recouvrement amiable et forcé (suspendu en 2021), certaines activités ne font pas l'objet de plans nationaux de contrôle, par exemple les plans d'apurement et délais de paiement accordés dans le contexte de la crise sanitaire. Certains dispositifs apparus dans le contexte de la crise sanitaire restent imparfaitement couverts par des contrôles : les exonérations et aides au paiement en faveur des employeurs particulièrement affectés par les mesures de fermeture d'activité et les plans d'apurement adressés à une partie des cotisants ayant accumulé d'importantes dettes sociales. Par ailleurs, le périmètre des contrôles n'inclut pas les montants déclarés par les employeurs au titre des allocations d'activité partielle qu'ils ont versées.

De manière générale, les dispositifs de contrôle interne restent affectés par des limites, qui concernent les plans de contrôle, la cartographie des risques, les outils de pilotage et de suivi, et la maîtrise des risques liés à l'utilisation par les agents des transactions sensibles. Engagée depuis plusieurs années, la mise en place d'un plan de contrôle unique (PCU) commun à l'ordonnateur et à la direction comptable et financière (DCF) n'est toujours pas achevée en 2021.

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.

Par ailleurs, la mise en œuvre de certains plans nationaux selon des modalités insatisfaisantes amoindrit 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 adaptation éventuelle par les organismes de leurs échantillons de contrôles par rapport à ceux qu'elle a prescrits.

Poursuivie au cours de l'exercice, la mise à jour du cadre procédural du contrôle interne reste encore partielle, s'agissant notamment de la prescription des créances ou des débits - crédits. Cette situation affecte l'évaluation des risques et l'efficacité des moyens de maîtrise de l'activité de recouvrement.

La cartographie des risques n'est pas encore complètement reliée à celle des applications informatiques et couvre encore insuffisamment certains risques, notamment ceux relatifs aux exonérations et à la réduction générale des cotisations sociales. De plus, 29 % des risques cartographiés ne sont pas couverts par des éléments de maîtrise des risques (EDMR) définis à l'échelon national. Par ailleurs, les dispositifs de maîtrise des risques relatifs aux activités spécifiques de certaines Urssaf, comme les risques propres au Cesu et au titre emploi service entreprise (TESE), ne sont pas intégrés à l'outil national de maîtrise des risques (ONMR), ce qui limite le suivi par le niveau national des contrôles réalisés.

La fusion de la cartographie des risques en vigueur des Urssaf et de celle relative aux travailleurs indépendants correspondant aux activités de l'ex-RSI, qui nécessite une adaptation préalable des méthodes d'évaluation, n'est pas réalisée. Si la cartographie des risques relatifs aux travailleurs indépendants a été complétée par six nouveaux contrôles (sur les recours et rejets des plans d'apurement), l'absence de réévaluation des risques depuis deux ans limite la portée de ce document.

Comme en 2020, le degré de maîtrise des risques sur l'exercice a diminué à la suite de la nouvelle pondération de la grille de cotation des risques appliquée, qui vise à donner une image plus conforme à la réalité. Cette évolution de l'outil ne permet pas de comparer le taux de maîtrise du risque avec les deux précédents exercices.

L'Acof ne dispose pas d'un outil national qui lui permettrait de suivre en temps réel la réalisation des contrôles par les organismes de base et les anomalies détectées dans ce cadre et de disposer d'éléments d'information utiles à l'amélioration des processus.

Les contrôles réalisés sur les « transactions sensibles » (qui permettent aux agents de modifier manuellement les données des systèmes d'information) ont été allégés depuis 2020, sans qu'ait été finalisé le chantier de refonte de la définition de ces opérations et des plans de contrôle qui leur sont appliqués.

Les contrôles mis en œuvre par les Urssaf sur l'utilisation et les habilitations au fichier des comptes bancaires (Ficoba) font apparaître des situations de non-conformité.

*b) L'absence d'indicateurs synthétiques de mesure
des risques résiduels*

Contrairement aux branches du régime général versant des prestations, l'activité de recouvrement ne s'est toujours pas dotée d'indicateurs synthétiques de mesure des 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 dispositif de contrôle interne.

S'agissant des risques relatifs aux données déclarées par les cotisants, l'Acoss calcule le manque à gagner à partir des résultats des contrôles aléatoires menés dans le cadre de la lutte contre le travail illégal et du contrôle comptable d'assiette des cotisants, pour fournir une incidence chiffrée des erreurs de portée financière affectant les données déclaratives qui alimentent les comptes des cotisants.

Or, comme en 2020, les taux d'irrégularité et de fraude pris en compte pour ce calcul ont été déterminés à partir des résultats de campagnes de contrôles aléatoires datées (de 2011 à 2019). L'actualisation des résultats du risque résiduel repose ainsi, pour la deuxième année consécutive, sur la simple mise à jour des cotisations et contributions sociales liquidées de l'année.

En outre, le périmètre des contrôles reste incomplet : la mesure du risque porte sur les seuls employeurs du secteur privé et une partie des travailleurs indépendants et n'intègre pas les fonctions publiques, les particuliers employeurs et les travailleurs détachés.

De plus, la crise sanitaire a perturbé la réalisation des contrôles servant aux calculs du risque résiduel, ce qui a suscité un biais en 2021 : la campagne biennale des contrôles aléatoires de lutte contre le travail dissimulé n'a pu être engagée compte tenu de l'arrêt des contrôles lors des périodes de confinement, puis de l'allègement de leurs modalités (à distance, sur pièces) ; une partie des contrôles comptables d'assiette a été suspendue en 2021 pour les entreprises les plus fragilisées par la crise.

Sous réserve de ces limites, la dernière étude connue, pour les employeurs du secteur privé, faisait apparaître une évaluation du manque à gagner de prélèvements sociaux allant de 5,1 à 6,4 Md€ et un risque résiduel lié au manque à gagner après contrôle estimé entre 4,1 et 5,4 Md€. Pour les micro-entrepreneurs, ce manque à gagner se situerait entre 0,9 et 1,3 Md€, étant relevé qu'une étude complémentaire réalisée par l'Acoss en 2021 indique que 64 % des 125 800 micro-entrepreneurs affiliés à au moins une plateforme de services, n'ont pas déclaré à l'Urssaf tous les revenus signalés par cette dernière. S'agissant des autres travailleurs

indépendants, l'étude fait apparaître que les contrôles aléatoires sur pièces visant à évaluer le risque résiduel ne couvrent qu'une part minoritaire de cette population et que, ces contrôles étant moins approfondis que ceux sur place, l'évaluation qui en découle est affectée d'un biais de détection.

S'agissant des risques liés à l'activité des organismes du recouvrement, l'Acosse a mis en place deux indicateurs « pilote » sur les remboursements de crédits (excès de versement par rapport aux sommes dues) aux cotisants et sur les litiges (sans cependant couvrir les travailleurs indépendants).

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 des redressements issus des contrôles dans les comptes des cotisants. De plus, leurs résultats sont insuffisamment fiables.

c) La couverture des risques propres à l'activité de l'établissement public Acosse

Comme les exercices précédents, l'établissement public Acosse n'est pas doté d'une cartographie des risques propres à ses missions de pilotage d'un réseau d'organismes de base.

Malgré des progrès dans le déploiement du plan de contrôle unique ordonnateur-comptable, le plan de contrôle interne de la gestion financière du réseau (encaissement des cotisations et contributions sociales, remontée de fonds quotidienne vers l'Acosse, etc.) ne couvre pas l'ensemble des processus, notamment ceux mis en œuvre dans le cadre du nouveau logiciel de gestion de la trésorerie (TMS). En outre, il est mis en œuvre par les organismes du réseau dans des conditions hétérogènes.

La formalisation des contrôles portant sur les titres de créances négociables émis par l'Acosse (ECP et NeuCP) présente certaines limites : de nombreux points de contrôle sont visuels et donc difficilement traçables.

S'agissant de la gestion des recettes recouvrées par d'autres collecteurs que les Urssaf (administrations fiscale et douanière notamment) et centralisées par l'Acosse, l'absence d'outil informatique intégré induit un risque d'erreur dans le calcul de répartition aux attributaires, qui demeure réalisé à l'aide d'outils bureautiques. Au regard de ces risques, la méthodologie et la formation des résultats des contrôles n'ont pas toujours un caractère probant.

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

Malgré la mise en place d'une nouvelle organisation de gestion de la sécurité, plusieurs risques majeurs liés à la sécurité des systèmes d'information ne sont que partiellement couverts par les dispositifs visant à les maîtriser.

L'année a été marquée, comme en 2020, par plusieurs cyberattaques dont deux majeures sur le site du Cesu, ce qui démontre la réalité des menaces qui affectent le système d'information de l'activité de recouvrement. Si la nouvelle organisation de la sécurité du système d'information de l'activité de recouvrement est opérationnelle depuis la mi-2021, la stratégie de sécurité ne l'est pas encore. En outre, un tableau de bord de pilotage de la sécurité et certains indicateurs associés (sur la sécurité des postes de travail, la protection antivirale ou la qualité des mots de passe par exemple) font défaut.

Le degré d'avancement de la mise en conformité de l'Acoss, en tant qu'opérateur de services essentiels (OSE), aux règles européennes en matière de sécurité était estimé à environ 37 % à fin septembre 2021. La nouvelle politique de sécurité du système d'information du ministère chargé des affaires sociales n'est que partiellement mise en œuvre.

Le dispositif de contrôle interne en matière de sécurité du système d'information au niveau de l'Acoss, n'est pas défini, à l'exception de la revue des habilitations métier aux applications informatiques. Le déploiement de l'outil de traçabilité des consultations internes des données déclarées par les employeurs de salariés dans la DSN, pourtant prévu début 2021 a été reporté à l'exercice suivant.

Par ailleurs, si la mise en place en cours d'année d'une stratégie de tests a représenté un progrès, des faiblesses demeurent en matière de gestion des changements informatiques et des incidents.

Le processus de gestion des changements a été renforcé par l'amélioration de l'orchestration des changements engagée fin 2020 et la mise en œuvre en cours d'année d'une nouvelle stratégie de tests, qui vise à mieux coordonner les acteurs de la chaîne de tests, à renforcer leur automatisation et à mieux cibler les tests permettant de détecter les régressions fonctionnelles. À fin 2021, le projet était avancé à environ 60 %, mais les insuffisances affectant les tests continuent à altérer la livraison des programmes en production.

La gestion et le pilotage des incidents majeurs ont été renforcés. Cependant, des indicateurs font toujours défaut pour apprécier l'efficacité du dispositif de gestion des incidents au regard des niveaux de service

attendus. Le stock des incidents encore ouverts continue à s'inscrire à un niveau élevé, notamment pour le système central de production SNV2, et comprend de nombreux incidents non résolus, pour certains anciens, pourtant évalués comme très critiques. L'incidence financière des incidents encore ouverts à fin 2021 n'est pas évaluée. Le processus de gestion des problèmes (analyse d'un ou de plusieurs incidents similaires dont la cause est inconnue) était en cours de déploiement fin 2021.

e) La couverture des risques de conflits d'intérêts et de fraude interne

Le dispositif national de prévention et de détection des conflits d'intérêts concernant les salariés est appliqué de manière hétérogène par les organismes de l'activité de recouvrement. Le contrôle des comptes cotisants des membres du conseil d'administration qui sont employeurs de salariés ou travailleurs indépendants est effectué dans une mesure variable par les Urssaf et n'est pas réalisé pour l'établissement public Acoss.

Les contrôles destinés à prévenir la fraude interne restent limités et présentent des faiblesses dans leur conception et leur mise en œuvre. Les signalements de fraudes internes et externes par collusion ne sont pas systématiquement remontés dans le circuit prévu à cet effet, ce qui est susceptible d'affecter leur suivi.

5 - Les insuffisances des contrôles visant à réduire les risques de non-exhaustivité ou d'inexactitude des prélèvements sociaux

a) La gestion des données administratives

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.

Dans l'attente de la mise en place effective de l'automatisation des transferts de comptes cotisants intervenant au sein des organismes, environ 32 % des opérations de gestion des données administratives demeurent traitées manuellement, ce qui les expose à des risques d'erreurs insuffisamment couverts par les dispositifs de contrôle interne en vigueur.

L'harmonisation des paramétrages locaux du traitement automatisé d'intégration des données administratives aux comptes des cotisants a

progressé, mais n'a pas été finalisée, ce qui autorise des pratiques hétérogènes entre organismes du recouvrement.

Le référentiel commun des déclarants (RCD) présente encore des divergences avec l'INSEE, portant sur 130 000 établissements (soit 1,4 % de ceux du RCD), ce qui peut engendrer des conséquences financières (comme l'application de taux de « versement mobilité » erronés). Par ailleurs, le suivi des rejets issus de l'intégration de données administratives dans le répertoire des entreprises et des individus (REI) et dans le RCD est affecté par le manque d'indicateurs et l'absence de plan de contrôle qui lui soit spécifiquement consacré.

Le pilotage des dossiers en instance ne s'appuie pas sur des priorités de traitement visant à réduire leur ancienneté, ce qui affecte la fiabilité des données administratives et peut avoir des incidences financières. Malgré la diffusion d'une fiche pratique par l'Acosse début 2021, les campagnes de radiation d'office de cotisants ne sont pas réalisées systématiquement par les Urssaf, ce qui induit un risque de taxations d'office à tort.

La conception de certains plans de contrôle et l'inadaptation des échantillons à la population testée, voire les biais de représentation de cette dernière, affectent la fiabilité des résultats des contrôles réalisés sur les données administratives. L'espacement de la fréquence des contrôles intervenant dans le cadre des plans de contrôle ordonnateur (PCO) intervenu en 2020 (devenue semestrielle au lieu de trimestrielle) a été reconduit en 2021, ce qui retarde l'appréhension du niveau de maîtrise des risques et la détection d'anomalies.

De plus, les contrôles précités sont réalisés dans des conditions insuffisamment rigoureuses, ce qui est de nature à affecter leurs résultats et à retarder la mise en œuvre de plans d'actions visant à améliorer la fiabilité des données administratives. De plus, la traçabilité des vérifications effectuées au titre de ces plans est limitée.

*b) Les données déclarées par les employeurs de salariés et intégrées
aux comptes des cotisants*

Alors que près d'une DSN sur treize fait encore l'objet d'un rejet, les suivis effectués par l'Acosse sur la qualité des DSN sont incomplets, en l'absence d'analyse des causes conjoncturelles des évolutions constatées et de plans d'action correctifs. S'agissant des DSN qui ont fait l'objet d'un rejet, les stocks d'anomalies déclaratives en instance de traitement sont en baisse, mais leur suivi insuffisant ne permet pas d'en maîtriser l'ancienneté.

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 1,3 % du montant des déclarations initiales de 2019 (vision fin 2020) à 2,1 % du montant de celles de 2020 (vision fin 2021), soit des incidences de 3,2 Md€ pour les périodes d'emploi de 2019 et de 5,2 Md€ pour celles de 2020.

Comme lors de l'exercice précédent, le plan national de fiabilisation a été lancé tardivement en 2021. Les campagnes de fiabilisation précédentes ont fait apparaître que l'accumulation des actions de fiabilisation à mener sur une courte période en fin d'exercice suscitait un risque de non-respect du planning et de moindre efficacité de la campagne.

Par rapport à fin 2020, le stock de taxations d'office a augmenté (743 M€ fin décembre 2021 contre 643 M€ fin décembre 2020), correspondant à près de 68 000 débiteurs en 2021, soit une progression de 15 % en montant et de 11 % en nombre.

Certains plans de contrôle relatifs à la DSN présentent des limites dans leur conception (comme celui relatif au versement mobilité, qui plafonne le risque financier résiduel à 2 % des cotisations, ce qui rend presque impossible le constat d'une non-conformité majeure). En outre, les conditions de réalisation de certains plans de contrôle conduisent à sous-estimer les anomalies et à affecter la fiabilité de leurs résultats.

Comme les exercices précédents, les pénalités de retard pour les déclarations de régularisation tardives ne sont pas appliquées. L'impact financier de cette abstention n'est pas mesuré.

Dans l'attente de la généralisation de l'utilisation de la DSN par les fonctions publiques, le constat des écarts résiduels entre les montants déclarés par la direction régionale des finances publiques (DRFiP) et ceux fiabilisés par l'Urssaf dans deux des trois organismes audités invite à mettre en place une procédure annuelle de réconciliation entre les montants des contributions et cotisations dues par la DGFIP avec l'Acoss.

Le dispositif de contrôle encadrant la gestion des crédits (3,3 Md€ à fin 2021, contre 2,7 Md€ en 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. Les modalités de réalisation des contrôles sur les crédits et les remboursements altèrent la fiabilité de leurs résultats (comme par exemple l'intégration dans l'échantillon du plan de contrôle *a posteriori* mesurant le risque financier résiduel des remboursements déjà annulés suite à la réalisation des contrôles *a priori*). En tout état de cause, les résultats des plans de contrôle sur les crédits et remboursements restent dégradés à fin 2021.

Les remboursements automatisés mis en place à la fin de l'année n'ont pas fait d'objet de contrôles à la clôture de l'exercice. Par ailleurs, les crédits prescrits ne sont pas traités dans les délais, ce qui induit des risques d'erreur dans les comptes.

Les risques liés aux précomptes de prélèvements sociaux recouvrés par le réseau des Urssaf demeurent insuffisamment couverts par les plans de fiabilisation consacrés aux revenus de remplacement, en l'absence de plan de contrôle interne comme de dispositif de contrôle propres aux précomptes.

c) Les exonérations et réductions de cotisations

L'insuffisance des contrôles intégrés au système d'information sur les données déclarées au titre de la réduction générale de cotisations (27,6 Md€) expose toujours l'activité de recouvrement à des risques d'erreurs dans le calcul des cotisations enregistrées et de non exhaustivité des opérations comptabilisées à ce titre.

Sur ce point, les résultats des études 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 toujours apparaître des anomalies significatives, dont l'incidence sur les comptes conserve une portée incertaine. Par ailleurs, l'Acosse n'a pas mis à jour les études réalisées en 2020 qui estimaient le montant net de l'insuffisance globale de la réduction générale déclarée par les cotisants entre 1,6 Md€ et 2,5 Md€ en 2020, ce qui induit une limitation à l'audit.

Dans ces conditions, les compensations à l'AGIRC-ARRCO (5,4 Md€) et à l'Unédic (3,8 Md€) de la réduction générale sont comptabilisées en 2021 sur la base de données ne procurant pas une assurance raisonnable sur leur exhaustivité et leur exactitude.

S'agissant des exonérations de cotisations ciblées en faveur de certains cotisants, secteurs économiques ou territoires (5,6 Md€), les organismes du recouvrement, à l'instar de 2020, n'ont pas mis en œuvre de plan de contrôle, en raison notamment de la suspension des traitements informatiques ou de l'absence d'exploitation des signalements informatiques, ce qui affecte la fiabilité du calcul des exonérations déclarées et compensées par le budget de l'État. De surcroît, certaines exonérations ciblées prises en charge par l'État (notamment « Aide à domicile personnes fragiles », soit 1,8 Md€ en 2021 ; « LODEOM » soit 1,2 Md€ en 2021) ne sont toujours pas intégrées au dispositif national de maîtrise des risques et font uniquement l'objet de plans de fiabilisation.

S'agissant des mesures exceptionnelles liées à la crise sanitaire, les contrôles mis en œuvre par les organismes du recouvrement ne permettent pas de s'assurer du respect de l'ensemble des critères d'éligibilité aux exonérations et à l'aide au paiement des prélèvements sociaux en faveur des employeurs de salariés (3,4 Md€ comptabilisés en 2021), ce qui engendre une incertitude sur les montants comptabilisés à ce titre.

Une incertitude affecte de même la réduction forfaitaire des prélèvements sociaux des travailleurs indépendants (0,7 Md€), l'application de cette mesure ne faisant l'objet d'aucun contrôle.

d) Le contrôle des cotisants

Le périmètre des contrôles de l'assiette déclarée par les cotisants est incomplet : il n'intègre pas les entreprises adhérant au dispositif TESE et les associations adhérant au Chèque emploi associatif (CEA), les praticiens et auxiliaires médicaux (PAM), ainsi que les administrations de l'État (en dehors d'expérimentations ponctuelles sur certains services déconcentrés).

D'autres catégories de cotisants ou de prélèvements font l'objet de contrôles portant sur un champ partiel. Ainsi, les particuliers employeurs sont contrôlés uniquement dans le cadre des actions de lutte contre le travail illégal. Les revenus de remplacement ne font pas l'objet d'un ciblage particulier et sont uniquement contrôlés de manière complémentaire aux prélèvements dont les cotisants déclarent être redevables. Par exception à cette pratique, des expérimentations portant sur les caisses de retraite complémentaire et les déclarations des employeurs au titre de l'activité partielle ont été engagées en 2021.

La poursuite de la crise sanitaire en 2021 a conduit à ne reprendre les contrôles comptables d'assiette qu'à l'égard des entreprises considérées comme n'ayant pas été fragilisées sur un plan économique. Compte tenu des critères définis, plus de la moitié des cotisants ont été écartés du périmètre des contrôles programmés. Le taux de couverture du fichier national reste inférieur à celui constaté en 2019, tout comme le nombre des contrôles comptables d'assiette (près de 41 300 contrôles engagés à fin décembre, contre plus de 57 800 à la même période en 2019).

Si des actions de contrôles sont menées par les organismes locaux du recouvrement, l'absence de plan de contrôle interne national sur l'activité de contrôle des cotisants affecte le pilotage par l'Acoss et le niveau de maîtrise des risques propres à ce processus.

Une partie des résultats des contrôles n'est toujours pas intégrée aux comptes des cotisants selon un procédé automatisé, ce qui emporte des risques d'erreur. L'Acoss n'a pas défini de plan de contrôle interne national qui permettrait de garantir l'exhaustivité et l'exactitude de l'enregistrement des redressements opérés dans les comptes des cotisants.

e) Le recouvrement amiable et forcé des créances

S'agissant des créances sur les employeurs du secteur privé, en 2021, l'Acoss a maintenu la suspension du dispositif de contrôle interne à la suite de l'interruption des actions de recouvrement amiable et forcé. Les contrôles maintenus font toujours apparaître des situations de non-conformité aux procédures définies par l'Acoss.

Les facultés de report de paiement des prélèvements sociaux et la suspension quasi-totale des opérations de recouvrement amiable et forcé depuis mars 2020 ont pour corollaire le maintien en 2021 d'un solde important de créances sur les employeurs du secteur privé (21 Md€) et d'un taux élevé de restes à recouvrer des créances nées durant l'exercice (2,1 % au 31 décembre 2021). Cette situation pourrait favoriser la prescription de certaines créances antérieures à la crise sanitaire, malgré le report de prescription accordé par la loi et l'envoi de plans d'apurement²⁰ aux cotisants. Ce risque est renforcé par l'absence de suivi homogène, régulier et permanent des créances par les Urssaf.

De manière générale, la prévention de la prescription des créances reste imparfaitement assurée, malgré le déploiement du traitement automatisant le calcul de la date de prescription et sa codification dans le système d'information (PRJ6), compte tenu du caractère discontinu des opérations de codification automatisée de créances²¹.

S'agissant des créances sur les travailleurs indépendants, des anomalies de calcul de la date de prescription persistent. Des travaux informatiques visant à les résoudre sont en cours. Les créances mises en recouvrement qui présentent des situations jugées incertaines pour apprécier la date de prescription et pour lesquelles la codification automatique de la prescription a été suspendue représentent une part importante du total des créances (16 % du stock à fin décembre 2021).

²⁰ En application de l'article 65 de la loi de finances rectificative du 30 juillet 2020.

²¹ Ainsi, l'absence de mise en conformité du dispositif automatisé de codification des créances prescrites avec les dernières évolutions législatives et réglementaires a conduit à des opérations de rattrapage en fin d'exercice.

Les actions de contrôle de l'application des règles d'éligibilité aux exonérations et à l'aide au paiement « covid », ainsi que des crédits de prélèvements sociaux ont une portée insuffisante pour prévenir le risque d'intégration de montants de créances non fiabilisés aux périmètres des plans d'apurement et des autres délais de paiement accordés dans le contexte de la crise sanitaire.

L'absence ou le retard de traitement des majorations de retard et de leurs remises induit une incertitude sur les montants enregistrés à ce titre.

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

a) Les conditions de mise en œuvre du référentiel national de contrôle interne

Dans le contexte de la mise en place de la déclaration fiscale et sociale unique de revenus des travailleurs indépendants (revenus 2020), une partie des contrôles a été reportée au second semestre 2021. Les contrôles d'opérations effectués et la supervision de ces contrôles, relatifs notamment au calcul et à l'appel des prélèvements sociaux, font toujours apparaître des erreurs dans la qualification et la valorisation des anomalies qu'ils conduisent à détecter, malgré les rappels sur la correcte qualification et la valorisation des anomalies auxquels procède l'Acoss.

Les flux d'annulation de radiation de comptes cotisants sont traités, en partie, de manière manuelle, ce qui induit malgré leur suivi régulier des risques d'erreurs insuffisamment couverts par le dispositif de contrôle interne en vigueur.

b) La réalité des créances constituées de taxations d'office

En 2021, les appels de prélèvements sociaux en taxation d'office ont continué à se réduire tout en restant significatifs : ils se sont élevés à 1,2 Md€ (1,5 Md€ en 2020). Une partie des cotisants concernés ne régulariseront pas leur situation en produisant une déclaration de revenus professionnels. Les créances constituées de taxations d'office sont dépréciées, mais ont souvent une réalité incertaine.

Malgré l'annulation chaque année de montants significatifs de créances correspondant à des taxations d'office (0,5 Md€ en 2021, après 0,3 Md€ en 2020), dans le cadre du plan de fiabilisation des revenus des travailleurs indépendants, les créances de taxations d'office non

régularisées atteignaient encore 3,8 Md€ au 31 décembre 2021 (4,2 Md€ fin 2020), dont 1 Md€ pour les taxations d'office portant sur plusieurs exercices (0,8 Md€ fin 2020).

Comme les exercices précédents, les organismes du recouvrement n'appliquent pas de taxations d'office aux micro-entrepreneurs qui ne respectent pas leurs obligations déclaratives. De même, les pénalités applicables en cas de déclaration tardive de leurs revenus professionnels ne sont pas appliquées aux travailleurs indépendants pris dans leur ensemble.

c) Le contrôle des soldes créditeurs

Le montant total des montants créditeurs issus du dispositif dit « 3 en 1 »²² s'élève à 1,4 Md€ en 2021 (comme en 2020), dont 0,2 Md€ ont été remboursés aux cotisants (contre 1,1 Md€ en 2020).

Le contrôle des régularisations créditrices et des ajustements créditeurs présente toujours de nombreuses fragilités. En effet, les contrôles mis en œuvre ont été réduits sur le premier semestre. En outre, la supervision interne aux services de l'ordonnateur visant à s'assurer par un contrôle *a posteriori* de l'exactitude des régularisations créditrices et des ajustements créditeurs des comptes actifs et radiés issus du traitement « 3 en 1 » a été suspendue sur l'ensemble de l'exercice 2021.

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

d) Le recouvrement des créances

Les facilités élargies de report de paiement des cotisations, conjuguées aux mesures d'aide sous forme de réduction de cotisations aux secteurs d'activité les plus affectés par la crise sanitaire et la suspension des procédures automatisées de recouvrement amiable et forcé, suscitent des incertitudes sur la prescription des créances, le recouvrement et l'évaluation des créances des cotisants après dépréciation.

S'agissant des créances sur les travailleurs indépendants, en 2021, l'Acos a maintenu la suspension du dispositif de contrôle interne à la suite de l'interruption des actions de recouvrement amiable et forcé. Les

²² 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.

contrôles maintenus font toujours apparaître des situations de non-conformité aux procédures définies par l'Acoss.

Les facultés de report de paiement des prélèvements sociaux et la suspension quasi-totale des opérations de recouvrement amiable et forcé depuis mars 2020 ont pour corollaire le maintien en 2021 d'un solde important de créances (19 Md€) et d'un taux très élevé de restes à recouvrer des créances nées durant l'exercice (26,7 % au 31 décembre 2021). Cette situation pourrait favoriser la prescription de certaines créances antérieures à la crise sanitaire, malgré le report de prescription accordé par la loi et l'envoi de plans d'apurement aux cotisants.

L'absence ou le retard de traitement des majorations de retard et de leurs remises induit une incertitude sur les montants enregistrés à ce titre.

À fin décembre 2021, l'Acoss a transmis un peu plus d'un million de plans d'apurement (soit 69,9 % des plans d'apurements prévus pour les travailleurs indépendants et 17,4 % pour les micro-entrepreneurs), pour un montant total de 6,6 Md€. Les débiteurs importants et les secteurs les plus touchés par la crise se voyant proposer un plan d'apurement dans les dernières vagues d'envois, les plans restant à transmettre au 31 décembre 2021 portent sur 3,3 Md€ de créances. Le déploiement des plans d'apurement sur une période étendue accentue le risque de non-recouvrement des créances concernées.

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

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).

Si la mise en œuvre d'une nouvelle cartographie des risques et de nouveaux contrôles ont permis de réduire le risque sur les comptes des praticiens et auxiliaires médicaux, notamment sur la prise en compte des revenus, des faiblesses persistent, notamment, sur la gestion des crédits et des remboursements, ce qui induit des risques de non-exhaustivité et d'inexactitude des flux enregistrés à ce titre.

La fiabilité des données intégrées au système d'information n'est toujours pas garantie en raison d'une cohérence insuffisante des données administratives des cotisants détenus par l'activité de recouvrement avec celles de l'assurance maladie.

*f) L'appel des cotisations d'indemnités journalières
des professions libérales*

La LFSS pour 2021 a créé au 1^{er} juillet 2021 un dispositif d'indemnités journalières pour maladie en faveur des professionnels libéraux affiliés à la Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales (CNAVPL), financé par une cotisation spécifique à leur charge recouvrée dans les conditions de droit commun.

En accord avec le ministère chargé de la sécurité sociale, l'Acoss n'a pas modifié en 2021 les appels provisionnels de prélèvements sociaux des professions libérales, afin de leur intégrer cette nouvelle cotisation, contrairement aux dispositions légales applicables²³.

Pour autant, elle n'a pas enregistré de produits à recevoir, alors que les cotisations dues au titre du second semestre 2021 seront recouvrées en 2022, ce qui affecte l'exhaustivité des produits de l'exercice 2021.

**7 - Les faiblesses de la couverture des risques propres
aux prélèvements sociaux des particuliers employeurs**

Alors qu'une évolution était prévue en 2021, le dispositif de contrôle interne propre au centre national Cesu (2,3 Md€ de prélèvements sociaux en 2021) n'est toujours pas intégré à l'outil national de maîtrise des risques (ONMR) de l'activité de recouvrement. Dans ces conditions, le pilotage et la gestion de plusieurs processus reposent encore sur des outils bureautiques, ce qui expose à des risques d'erreur.

En 2021, le centre national Pajemploi (3,6 Md€ de prélèvements sociaux) a finalisé l'établissement de sa cartographie des risques, mais n'a pas achevé la mise à jour des contrôles et dispositifs de maîtrise des risques (en matière notamment de gestion des données et de lutte contre les risques de fraude). Par ailleurs, le dispositif de contrôle interne propre à Pajemploi reste partiellement intégré à l'ONMR. Le pilotage et la gestion de certains processus continuent de dépendre d'outils bureautiques, sources d'erreurs potentielles.

Le centre Pajemploi ne dispose toujours pas d'un outil intégré de gestion du recouvrement des créances qui permettrait de prévenir leur prescription, de détecter et comptabiliser les admissions en non-valeur (ANV) et de suivre les parcours contentieux (en constatant notamment les

²³ Les produits enregistrés en 2021 pour ce dispositif, soit 2 M€, correspondent uniquement aux cotisations auto-liquidées par les micro-entrepreneurs.

pertes liées aux décisions de justice). Cette lacune ne permet pas de mettre à jour automatiquement les comptes des cotisants et de réduire à un niveau suffisant les risques d'erreur liés aux traitements intervenant en dehors du système d'information.

Les contrôles effectués sur la validité des agréments des assistantes maternelles, requis par la réglementation en vigueur, couvrent insuffisamment le risque de versement à tort des prestations.

Si l'analyse des risques de fraude a progressé, les actions visant à la prévenir et à la détecter demeurent insuffisantes.

8 - Les incertitudes affectant l'indemnité inflation

La loi du 1^{er} décembre 2021 de finances rectificative pour 2021 a prévu le versement d'une aide exceptionnelle de 100 euros pour faire face à la hausse du coût de la vie au cours du dernier trimestre 2021. L'Acoss a pour mission dans ce cadre d'assurer le versement direct de l'indemnité aux travailleurs indépendants et salariés à domicile, de prendre en compte le versement de l'indemnité par les employeurs à leurs salariés dans les opérations de recouvrement des cotisations sociales et d'assurer la compensation, pour le compte de l'État, de l'indemnité inflation pour l'ensemble des organismes de sécurité sociale.

Si le versement de l'indemnité inflation aux travailleurs indépendants a fait l'objet de traitements visant à identifier les cotisants éligibles (environ la moitié) et à exclure les salariés connus des Urssaf, il existe une incertitude sur l'exhaustivité des aides enregistrées du fait de l'importance des cotisants n'ayant pas transmis de RIB, condition posée pour le virement de l'aide (21 %, soit environ 400 000 bénéficiaires).

Le dispositif mis en place pour les salariés à domicile et pour les artistes-auteurs a souligné la diversité des cas d'exclusion et l'enjeu, pour certaines catégories professionnelles, de croisements de données entre fichiers afin d'éviter des doublons. Toutefois, la minoration des prélèvements sociaux du fait de la déclaration par les employeurs du versement des indemnités inflation n'a pas fait l'objet d'un dispositif de contrôle spécifique, les contrôles éventuels devant intervenir au cours de l'année 2022. Il en résulte une incertitude sur les montants comptabilisés au 31 décembre 2021 (205 M€).

Par ailleurs, alors qu'elle porte sur des enjeux financiers significatifs, la mission de compensation confiée par l'État à l'Acoss a donné lieu à l'application d'une procédure visant pour l'essentiel à s'assurer de la cohérence des données déclarées par les organismes avec les prévisions et à procéder à des contrôles comptables élémentaires.

L'ensemble de ces éléments ne permet pas d'assurer le respect du principe de versement d'une aide unique à chaque bénéficiaire, tel que prévu par la loi.

Opinion de la Cour sur les comptes de la branche maladie de l'exercice 2021

La branche maladie assure le service des prestations d'assurance maladie, maternité, paternité, invalidité et décès dont bénéficient plus de 64 millions d'assurés du régime général ²⁴, dont les travailleurs indépendants non-agricoles depuis le 1^{er} janvier 2018.

Les comptes de la branche maladie intègrent les éléments de comptes produits, au titre des opérations relevant de cette branche, 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 15 caisses d'assurance retraite et de la santé au travail (Carsat) font l'objet d'une combinaison partagée entre les branches maladie, AT-MP et vieillesse. Les comptes de la branche maladie intègrent par ailleurs des éléments de comptes des quatre CGSS, qui font l'objet d'une combinaison partagée entre l'activité de recouvrement, les branches maladie, AT-MP et vieillesse et le régime agricole des non-salariés, 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.

Au total, les charges de la branche maladie pour l'exercice 2021 ont atteint 240,2 Md€, soit près de la moitié des charges du régime général, contre 264,7 Md€ en 2020. La baisse des charges traduit un effet de périmètre : le transfert à la branche autonomie, créée par la loi du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie, de l'essentiel des concours financiers aux établissements et services médico-sociaux qui relevaient jusqu'en 2020 des missions de l'assurance maladie (22,8 Md€

²⁴ Selon les données au 1^{er} janvier 2022 du répertoire national inter-régimes des bénéficiaires de l'assurance maladie (RNIAM).

en 2020) ainsi que la baisse des dotations de la Cnam à la CNSA (de 21,5 Md€ en 2020 à 0,55 Md€ en 2021). La gestion de ces concours reste cependant assurée par les organismes de l'assurance maladie pour le compte de la branche autonomie.

Au titre de l'exercice 2021, la branche maladie a comptabilisé 196,2 Md€ de charges de prestations légales et dégagé un résultat déficitaire de 26,1 Md€, après un déficit de 30,4 Md€ au titre de l'exercice 2020).

A - Opinion de la Cour

En application des dispositions de l'article LO. 132-2-1 du code des juridictions financières, la Cour a effectué l'audit des comptes de la branche maladie pour l'exercice clos le 31 décembre 2021, arrêtés le 21 avril par le directeur général et le directeur comptable et financier de la Cnam, dont un résumé est annexé au présent rapport.

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

Par ailleurs, sans remettre en cause son opinion, la Cour appelle l'attention sur trois points particuliers relatifs à la compréhension des états financiers de la branche maladie.

En premier lieu, l'annexe aux comptes de la branche maladie ne mentionne pas d'engagements pluriannuels à l'égard des titulaires de pensions d'invalidité et d'allocations supplémentaires d'invalidité à fin 2021, appréciés et évalués en fonction des règles de droit en vigueur à cette date. Ces engagements significatifs peuvent être évalués de manière fiable et 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).

Par ailleurs, l'article 69 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2021 a créé, à compter du 1^{er} juillet 2021, un dispositif d'indemnités journalières en faveur des professionnels libéraux relevant de la CNAVPL. Ces prestations sont versées par les organismes de la branche maladie et sont financées par une cotisation spécifique à la charge des

assurés concernés, recouvrée dans les conditions de droit commun par les organismes chargés du recouvrement. La CNAVPL est chargée de veiller à l'équilibre financier de ce dispositif. Or, en 2021, la branche maladie du régime général a enregistré 72 M€ de charges de prestations et 2 M€ de produits, les cotisations n'ayant pas été appelées (sauf pour les micro-entrepreneurs).

Enfin, dans l'attente d'une évolution réglementaire, la branche maladie a traité en 2021, pour le compte de la branche autonomie, les opérations relatives aux dotations aux ESMS en dehors de ses comptes, dans une gestion comptable spécifique, et non dans des comptes de tiers à son bilan.

B - Fondements de l'opinion de la Cour

La Cour a constaté que les comptes de la branche maladie de l'exercice 2021 sont affectés par trois anomalies significatives.

Pour neuf autres aspects, elle ne dispose pas d'éléments probants suffisants qui permettraient d'écarter le risque d'anomalies significatives dans les comptes. Compte tenu du caractère significatif des écarts entre les opérations effectuées et par conséquent comptabilisées et celles qui auraient dû l'être si les règles de droit propres à ces opérations avaient été appliquées dans tous les cas, le contrôle interne a un caractère insuffisamment probant pour la maîtrise des risques de portée financière ayant une incidence sur les comptes de la branche maladie. Faute d'intégrer les actifs et passifs qui auraient résulté d'un contrôle interne efficace, les comptes de la branche maladie reflètent imparfaitement ses droits et obligations à l'égard des principaux tiers à cette dernière que constituent les professionnels et établissements de santé et les assurés (cas des charges liées aux droits à l'assurance maladie, aux règlements de frais de santé facturés ou valorisés par les professionnels et les établissements de santé, aux indemnités journalières et aux pensions d'invalidité, voir partie B *infra*, points 5 à 9).

C - Anomalies significatives

1 - La comparabilité des résultats des exercices 2020 et 2021

La Cour avait estimé dans le rapport de certification des comptes de 2020 qu'il existait un risque très élevé que, compte tenu de la réduction de moitié du montant du revenu pris en compte pour calculer celui des acomptes provisionnels appelés en 2020, qui s'est traduit en pratique par

l'appel de six mois de prélèvements sociaux pour la plupart des travailleurs indépendants, le montant des produits comptabilisés en 2020 sur la base de ces acomptes s'éloigne de celui des produits issus des revenus 2020, contrairement aux exercices précédents pour lesquels les montants appelés étaient proches de ceux finalement dus. Elle avait formulé une réserve sur les comptes de la branche maladie fondée notamment sur ce constat.

Ce risque s'est concrétisé au vu de l'ampleur de la régularisation intervenue en 2021. En effet, les produits de prélèvements sociaux des travailleurs indépendants notifiés par l'Acoss ont augmenté en 2021 de 2,6 Md€ pour la branche maladie en valeur brute du fait du contrecoup sur 2021 de la réduction des montants d'acomptes provisionnels appelés en 2020.

En l'absence de correction du bilan d'ouverture au 1^{er} janvier 2021, complétée par l'établissement de comptes *pro forma* au titre de l'exercice 2020, la Cour constate que la comparabilité des comptes 2020 et 2021 de la branche maladie est imparfaitement assurée et que la fidélité des comptes de la branche maladie s'en trouve affectée.

2 - Les conditions de l'application du principe des droits constatés à certaines opérations

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

En application de leur référentiel comptable, les établissements de santé comptabilisent en produits à recevoir les séjours non terminés à la clôture de l'exercice. En revanche, l'assurance maladie, à tort, ne comptabilise pas de passifs à ce titre. L'incidence sur les capitaux propres de la branche maladie de la correction d'erreurs qui résulteraient de cette comptabilisation n'a pu être appréciée dans le cadre de l'audit.

b) L'enregistrement de produits de recours contre tiers ne répondant pas à la définition de produits

En 2021, la branche maladie a enregistré 0,9 Md€ de produits au titre des recours contre tiers faisant suite à des accidents corporels qui la conduisent à supporter des frais. Les produits liés aux débours futurs²⁵ de

²⁵ 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.

prestations notifiés aux assureurs 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 ne sont pas toujours certains ou anticipent la facturation aux assureurs de frais qui interviendront uniquement au cours d'exercices ultérieurs.

À cet égard, la Cnam estime à 305 M€ les produits constatés d'avance inscrits en créances à fin 2021 (contre 189 M€ l'exercice précédent) qui sont susceptibles d'être annulés en totalité pour être enregistrés au cours des exercices suivants.

3 - Des erreurs non corrigées affectant la présentation des comptes

a) Une majoration du total du bilan

Certaines pièces justificatives ou éléments d'analyse, obtenus par la Cour après l'arrêté des comptes définitifs (au 15 mars), font apparaître, selon la Cnam, près de 2,5 Md€ d'opérations mal comptabilisées qui conduisent notamment à majorer à tort l'actif et le passif du bilan de la branche maladie à hauteur de ce montant. De même, l'examen de certains comptes courants fait apparaître un effet de même nature, de l'ordre de 1,5 Md€ au total, au bilan de la Cnam. Ces opérations n'ont pas été régularisées à fin 2021.

b) Le classement de charges à payer en provisions pour charges

La provision pour charges de prestations légales des soins facturés directement à l'assurance maladie, en ville et en établissements de santé estimée par la Cnam (8,3 Md€, contre 7,8 Md€ en 2020, à périmètre constant) a pour objet de couvrir les soins réalisés au cours de l'exercice qui seront remboursés durant l'exercice suivant. Pour plus de moitié (4,3 Md€, contre 3,9 Md€ en 2020), elle correspond en réalité à des charges dont l'échéance et le montant ont un caractère certain à la date d'arrêté des comptes. Le montant précité aurait dû être comptabilisé en charges à payer.

D - Insuffisances d'éléments probants

4 - L'estimation par le CEPS des produits à recevoir de remises sur les prix publics des médicaments et des dispositifs médicaux

Il est renvoyé sur ce point à la motivation de la partie B de l'opinion formulée par la Cour sur les comptes de l'activité de recouvrement pour l'exercice 2021 (cf. *supra*).

5 - La justification de certains éléments des états financiers

La date réglementaire de production des comptes provisoires (au 22 février) n'a pas été respectée²⁶. Malgré des progrès par rapport au précédent exercice, plusieurs documents nécessaires à l'audit des comptes ont été à nouveau fournis tardivement et parfois sous une forme inaboutie (non rapprochés des comptes ou peu analysés).

À titre principal, malgré des développements nouveaux en 2021 par rapport aux exercices précédents, la revue analytique des charges ne fournit encore que peu de données sur les déterminants des montants comptabilisés (volume d'activité de soins, effet des tarifs, etc.). Elle ne permet pas, dans plusieurs cas, de disposer d'une analyse pertinente des principaux postes de charges et de produits, notamment ceux affectés par la crise sanitaire. Ces mêmes insuffisances concernent encore certains états d'analyse de soldes comptables qui ont pour objet de sécuriser les états financiers.

Par ailleurs, les concours exceptionnels aux établissements de santé (garantie de financement²⁷ et avances²⁸) 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 (0,8 Md€) sont comptabilisées de manière indistincte parmi les charges correspondant aux indemnités journalières pour maladie. Seules des données extra-comptables permettent d'appréhender les montants de ces flux financiers de grande ampleur.

Enfin, certains accords de soldes justifiant la réciprocité d'opérations avec d'autres entités n'ont pu être obtenus (pour 1,6 Md€ dont 1,4 Md€ pour la caisse de sécurité sociale de Mayotte) ou pleinement analysés en cas d'écarts lors de l'audit de la Cour.

Ces lacunes confirment à nouveau 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.

²⁶ Les comptes provisoires ont été déposés le 23 février.

²⁷ Si la garantie de financement, entendue comme la dépense supplémentaire à la charge de l'assurance-maladie, au-delà de l'activité facturée par les établissements, peut être individualisée pour ceux du secteur « ex-OQN » (à hauteur de 0,6 Md€), tel n'est pas le cas pour le secteur « ex-DG ».

²⁸ Avances de trésorerie au secteur « ex-DG » au titre des assurances maladie complémentaires en 2020 et au titre des revalorisations salariales du Ségur de la santé pour les deux secteurs « ex-DG » et « ex-OQN ».

6 - L'enregistrement et l'estimation des actifs et des passifs

a) L'évaluation des charges à payer et des provisions pour charges de soins

Les estimations comptables des dépenses de soins portent sur celles facturées directement à l'assurance maladie et indirectement sur le champ des établissements publics et privés non lucratifs (« ex-DG »).

La méthode utilisée par la Cnam pour évaluer la provision pour charges de prestations légales des soins facturés directement à l'assurance maladie, en ville et en établissements de santé (8,3 Md€ contre 7,8 Md€ en 2020, à périmètre constant) prend insuffisamment en compte les situations où des évolutions atypiques affectent le rythme mensuel des dépenses.

De plus, la Cnam n'a, comme en 2020, pas été en mesure d'ajuster le montant de la provision calculé par le modèle statistique pour certaines catégories de dépenses pour lesquelles elle estime l'incertitude particulièrement élevée. Par ailleurs, sur le champ des établissements privés lucratifs (« ex-OQN »), les montants estimés au titre de la garantie de financement pour 2021 par la Cnam, détaillés par activité et par établissement de santé, reposent sur des données insuffisamment fiabilisées et documentées et non rapprochées des montants comptabilisés.

Le dénouement de la provision 2020 confirme ces incertitudes. En effet, il fait apparaître une sous-évaluation de plus de 0,2 Md€ (contre 0,01 Md€ pour la provision 2019), en valeur nette, de la part réellement estimée de la provision de 3,9 Md€. L'écart d'évaluation atteint 0,5 Md€ en valeur absolue, contre 0,2 Md€ pour la provision 2019. Par ailleurs, la prise en compte de dépenses certaines dans l'évaluation de la provision (cf. A ci-dessus) affecte l'analyse de son dénouement pendant l'exercice suivant, ce qui réduit le niveau d'assurance quant à sa correcte évaluation.

Sur le champ des établissements publics et privés non lucratifs (« ex-DG »), la portée et la documentation insuffisante des contrôles opérés par la Cnam sur les estimations produites par l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (Atih) ne permettent pas de disposer d'une assurance raisonnable sur l'exhaustivité et l'exactitude des montants comptabilisés au titre de l'activité et incluant la garantie de financement (12,2 Md€ au total dont 11 Md€ de charges à payer et 1,2 Md€ de provisions).

En particulier, les comptes de résultats et bilans définitifs pour 2021 de la branche maladie arrêtés le 15 mars 2022 comportent un complément

de dotations MIGAC et DAF aux établissements de santé (1,5 Md€²⁹, soit 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 définitifs³⁰.

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

L'exhaustivité des flux de créances et de produits relatifs aux recours contre tiers (0,9 M€ en 2021) est imparfaitement assurée. Malgré les actions engagées, le dispositif national de contrôle interne procure une assurance limitée sur la détection exhaustive des sinistres, la correcte identification des débours à notifier aux tiers responsables ou à leurs assureurs et la valorisation, la comptabilisation et l'affectation de ces débours aux branches maladie ou bien AT-MP.

Les créances liées aux recours contre tiers (1,3 Md€ en valeur brute fin 2021) font l'objet de dépréciations (0,7 Md€). Depuis 2016, la Cnam reconduit le même taux de dépréciation (52,9 %) sans documenter ses modalités d'estimation du fait de limites de l'application de gestion des recours contre tiers (*GRÉCOT*). De plus, le dénouement de cette dépréciation n'est pas analysé durant l'exercice suivant pour la même raison, ce qui réduit le niveau d'assurance sur son estimation.

c) L'évaluation des actifs et des passifs relatifs aux soins à l'étranger

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.

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.

En effet, les montants de créances (1,3 Md€) et de dettes (0,6 Md€) « internationales » d'assurance maladie ne sont toujours pas fiabilisés, en raison d'un déploiement encore trop limité du dispositif d'échange

²⁹ Dont un montant de l'ordre de 0,3 Md€ lié à l'intégration financière des régimes obligatoires dans les comptes de la branche.

³⁰ L'arrêté ministériel du 10 mars 2022 fixant les dotations a été publié le 22 mars, après l'arrêté définitif des comptes le 15 mars.

électronique d'informations sur la sécurité sociale pour les soins dispensés au sein de l'Union européenne, utilisé par le CNSE depuis l'automne 2021, et, plus largement, d'une réconciliation incomplète de ces soldes entre la branche maladie et les principaux organismes étrangers.

L'outil de gestion (*OVERSI*), déployé depuis 2020, contribue à mieux maîtriser les risques liés au traitement des demandes de remboursement présentées par les organismes étrangers, mais ne permet toujours pas de traiter l'ensemble des catégories de dettes correspondantes. En outre, les créances et dettes nées antérieurement (soit respectivement 68 % et 44 % du solde comptable) restent suivies dans l'ancien outil (*METIS*), qui ne permet pas d'assurer un suivi fiable des dettes et des créances.

Malgré des progrès, le défaut d'analyse du dénouement de la provision des soins à rembourser aux organismes étrangers (1,1 Md€) durant les exercices suivants entraîne une limitation à l'audit de son montant, de fait incertain. La détermination des charges à payer (0,6 Md€) est affectée d'une incertitude de même nature.

7 - Les faiblesses du cadre général du contrôle interne

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

Le « système de management intégré », qui vise à 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, ne comprend pas de bilans nationaux réguliers, ce qui ne permet pas d'assurer un pilotage intégré de la maîtrise des risques.

La Cnam ne dispose toujours pas en cours d'exercice de l'ensemble des données permettant un pilotage complet et efficace du contrôle interne (comme le taux de réalisation et les résultats consolidés des contrôles effectués par les services ordonnateurs, les directions comptables et financières des caisses et le service médical). En outre, les données relatives aux contrôles effectués par les diverses composantes de l'assurance maladie manquent souvent de fiabilité.

Au demeurant, les contrôles prescrits par la Cnam demeurent imparfaitement mis en œuvre par les services administratifs et ceux du contrôle médical. Leur traçabilité reste imparfaitement assurée du fait notamment des limites des outils de production des bilans nationaux.

De manière générale, les dispositifs de maîtrise des risques ne prennent pas suffisamment en compte les enseignements tirés des contrôles des exercices précédents.

Enfin, l'évaluation des risques liés au maintien sur une partie ou la totalité de l'exercice d'allègements de contrôles sur une part prépondérante des principaux processus des branches maladie et AT-MP, au motif de la crise sanitaire, n'a, sauf exception, pas été produite par la Cnam.

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

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

S'agissant des développements informatiques, de nombreux travaux sont toujours en cours, notamment l'élaboration de nouveaux indicateurs de performance et de qualité de la recette. Certaines faiblesses du dispositif de tests subsistent, comme le manque d'automatisation des tests ou la réalisation insuffisante de tests de non régression fonctionnelle³¹. Fin 2021, le référentiel national de processus relatif à la gestion des changements informatiques et des mises en production était complètement déployé, mais il reste affecté par des faiblesses de conception portant sur l'analyse des risques et les contrôles de l'ordonnateur.

Si le pilotage national des incidents a progressé en 2021, qu'il s'agisse de la diminution du stock d'incidents ouverts ou de l'identification de ceux ayant un impact financier, ces derniers ne sont pas analysés.

Dans le contexte d'une intensification des cyberattaques, en particulier dans le secteur de la santé, la Cnam a renforcé la protection des systèmes d'information. Si le contrôle de la mise en œuvre de la politique de sécurité des systèmes d'information a été amélioré notamment par des audits plus nombreux, son déploiement porte encore sur un champ partiel. Le projet de mise en œuvre des exigences liées au statut d'opérateur de services essentiels (OSE), qui couvre l'ensemble des activités de la Cnam, connaît toujours un retard de six mois, cependant maîtrisé.

L'outil de gestion des habilitations n'intègre toujours pas de circuit de validation des demandes. La refonte des profils métier au niveau national n'a pas été mise en œuvre. Les contrôles *a posteriori* des droits

³¹ Test permettant de s'assurer qu'un changement introduit dans un logiciel n'entraîne pas une limitation des fonctionnalités existantes ou des erreurs de calcul.

d'accès aux applications accordés aux agents sont peu fréquents et insuffisamment ciblés sur les applications internes les plus sensibles.

Enfin, la coordination entre les services administratifs des Cnam et le contrôle médical reste affectée par l'intégration inaboutie de leurs systèmes d'information respectifs.

c) La portée de la lutte contre les fraudes

La Cnam a engagé un travail d'évaluation du montant des fraudes commises par les établissements, les professionnels et les assurés. À ce stade, cette démarche s'est concrétisée sur un champ très partiel, ce qui réduit la capacité de l'assurance maladie à orienter ses efforts de prévention et de détection des fraudes en fonction des enjeux.

Pour les infirmiers libéraux, la Cnam évalue la fraude entre 286 M€ et 393 M€, selon la méthode d'estimation retenue (soit entre 5 % et 6,9 % des montants remboursés en 2018). Pour la complémentaire santé solidaire, le préjudice serait compris entre 25 M€ et 177 M€ (soit un taux de fraudes et fautes de 8,7 % du montant des prestations servies).

Ces premières estimations confirment la prise en compte insuffisante des risques de fraudes dans la conception actuelle des dispositifs de contrôle interne et de lutte contre les fraudes, notamment le nombre globalement insuffisant des contrôles de toute nature au regard d'indices convergents d'anomalies.

Alors que les indus frauduleux sont susceptibles de représenter des montants significatifs de charges de prestations, seuls 219 M€ de préjudices financiers ont été détectés en 2021 au titre de fraudes et d'activités fautives, soit 0,1 % des charges de prestations des branches maladie et AT-MP. À cet égard, le rapprochement des montants valorisés au titre de préjudices financiers subis, d'indus notifiés à ce titre et d'indus comptabilisés peut faire apparaître des anomalies qui affectent l'exhaustivité et l'exactitude des créances enregistrées.

Les risques de fraude sont d'autant plus marqués sur l'exercice 2021 que les mesures prises en 2020 dans le contexte de la crise sanitaire ont été prolongées, ce qui a conduit à limiter les contrôles des services ordonnateurs, des directions comptables et financières et du service médical et à renforcer les risques d'erreurs et, *a fortiori*, de fraude. 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.

Par ailleurs, les indus correspondant à des fraudes ou à des fautes 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.

8 - Les anomalies affectant les droits aux prestations de l'assurance maladie

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

Au regard des éléments d'analyse produits par la Cnam, qui marquent un progrès important, la comparaison du répertoire national inter-régimes des bénéficiaires de l'assurance maladie (RNIAM) et du recensement de la population française par l'INSEE fait apparaître un écart d'environ 2,5 millions d'assurés ne répondant pas ou plus aux conditions d'activité (actuelle ou passée) ou de résidence stable en France propres à la protection maladie universelle (PUMa).

Cet écart a deux causes : l'ouverture de droits à l'assurance maladie pour des titulaires de pensions de retraite ou de rentes AT-MP du régime général qui n'en remplissent pas les conditions (0,4 million, soit un tiers du nombre total de pensionnés) et les limites persistantes des contrôles mis en œuvre par l'assurance maladie, malgré les progrès qui leur ont été apportés, qui ont pour effet de réduire ou de retarder les fermetures de droits des autres assurés (2,1 millions d'assurés, dont 0,9 million relèvent de situations identifiées par la Cnam).

Tout d'abord, le rapprochement du fichier des assurés de l'assurance maladie avec celui des contribuables de la DGFIP, afin de déterminer des situations à contrôler, ne comprend pas, par principe, ceux indemnisés par Pôle emploi. Or, 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.

Ensuite, l'efficacité des croisements de données avec le ministère de l'intérieur est affectée par le fait que les assurés dotés d'un titre de séjour ne sont que partiellement identifiés dans la base de données de l'assurance maladie : selon la Cnam, cette base comprenait 1,7 million d'assurés du régime général à fin 2020 (1,9 million³² à fin 2021), à comparer à la quasi-totalité des 2,5 millions de personnes recensées sur le territoire national selon des données de l'INSEE fin 2020 également. Cette identification

³² Dont 25,8 % de titres échus, contre 35,4 % à fin 2020 (respectivement, 9,8 % et 17,4 % pour ceux échus depuis au moins six mois).

partielle conduit à ne fermer qu'une partie des droits qui devraient l'être à la suite du non-renouvellement ou de la révocation de titres de séjour.

En outre, alors que le droit aux remboursements de frais de santé s'interrompt après un délai de six mois, les contrôles, malgré des progrès importants, n'étaient pas achevés pour les assurés identifiés dans la base de données de l'assurance maladie dont le titre est échu depuis au moins 12 mois (un peu plus de 131 000 titres début 2022, contre 172 000 fin 2020). De même, le traitement de certaines situations contraires à la réglementation, tend à différer la fermeture de droits de certains assurés.

Par ailleurs, sauf exception, l'assurance maladie contrôle sur pièces les situations pour lesquelles elle ne dispose pas d'éléments probants à l'appui d'une activité professionnelle ou d'une résidence stable en France depuis trois années, ce qui conduit à différer la fermeture de droits maintenus ouverts à tort.

Enfin, les conditions de réalisation des contrôles sur pièces en affectent l'efficacité. Ainsi, le manque d'automatisation de tâches et de supervisions à effectuer par les caisses est susceptible d'occasionner des retards dans la réalisation des contrôles ou encore des erreurs de saisies, des omissions et des retards dans la réalisation des opérations relatives à des fermetures de droits. De plus, près d'un dossier sur trois au titre du plan 2020/2021 (près de 193 000 dossiers) dont l'examen n'a pu être engagé ou achevé en 2021 a dû être intégré au plan 2021/2022, ce qui suscite un risque de report de fermetures de droits sur l'exercice suivant. De même, la réception et le traitement encore tardifs des fichiers des non-résidents en 2021 conduisent toujours à retarder d'autant des fermetures de droits.

Des progrès sont cependant à souligner. Ainsi, la Cnam indique avoir procédé en 2021 à près de six fois plus de fermetures de droits à la suite d'actions de contrôle (environ 300 000, contre 51 500 en 2020), principalement sous l'effet de l'extension du périmètre du « plan de contrôle PUMa » 2020/2021. Selon elle, 25 % de ces assurés ont consommé des soins durant les 20 mois précédant leur ciblage, lui-même antérieur au contrôle des caisses.

En outre, la Cnam a étendu le périmètre du plan de contrôle 2021/2022 de l'application de la PUMa, puisqu'il comprend désormais une part des assurés sans revenus déclarés auprès de la DGFIP ou non connus de cette dernière (environ 250 000 sur 1,9 million d'assurés au total au titre de 2020) ou encore les ayants droit des travailleurs indépendants. Au total, la Cnam chiffre à environ 860 000 le nombre de situations individuelles à

contrôler, soit une hausse importante par rapport au précédent plan³³ liée pour partie à l'effet du report de contrôles de dossiers de ce dernier.

Néanmoins, la Cnam n'a pas produit d'estimation des charges de prestations liées à des prises en charge à tort de frais de santé pour les assurés dont les droits ont été clôturés en 2021, ni pour ceux dont les droits sont restés ouverts à tort. 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.

b) La complémentaire santé solidaire

Le contrôle interne de l'instruction des demandes d'attribution de la complémentaire santé solidaire (C2S)³⁴ couvre toujours insuffisamment les risques liés à leur traitement, dans l'attente du déploiement d'outils destinés à fiabiliser le contrôle de la condition de ressources pour pouvoir bénéficier de ce droit et d'un renforcement du référentiel de maîtrise des risques.

c) La gestion courante des droits des bénéficiaires

Malgré des progrès notables, le risque de prise en charge de prestations de soins non conformes aux droits des bénéficiaires est encore insuffisamment couvert par des actions de contrôle.

En dehors du plan national de contrôle, la gestion courante des droits des assurés, ainsi que de leurs coordonnées bancaires, donne lieu à des actions de contrôle dont le périmètre et le ciblage restent encore imparfaitement adaptés aux situations les plus à risque, ou dont la mise en œuvre est partielle sur l'exercice. La traçabilité des contrôles effectués demeure de surcroît imparfaitement assurée.

³³ Environ 578 400 pour le plan 2020/2021, contre 143 400 pour celui de 2019/2020.

³⁴ Les opérations relatives à la C2S n'entrent pas dans le périmètre de combinaison de la branche maladie, mais sont retracées dans les comptes annuels de la Cnam qui assure la gestion du fonds de financement de ce droit à prestations.

De manière spécifique, le contrôle de la situation des assurés titulaires d'un numéro national provisoire (NNP) de l'assurance maladie (près de 180 000 à fin 2021, selon la Cnam), non encore inscrits au répertoire national d'identification des personnes physiques (RNIPP) de l'INSEE, faute de réception des pièces ou de leur conformité permettant de certifier leur identité, procure une assurance partielle sur la fiabilité de ces droits, parfois attribués de longue date (46,7 % avant 2020). C'est aussi le cas des droits accordés de façon provisoire aux demandeurs d'asile (près de 272 000 fin 2021, ayants droit compris). En outre, les caisses n'ont été en mesure qu'en fin d'exercice de créer un numéro d'identification d'attente commun aux organismes chargés de la gestion d'un régime obligatoire de sécurité sociale³⁵, destiné à remplacer le NNP, ce qui a limité les possibilités d'échanges en 2021.

Malgré des progrès, 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. En effet, de nombreux assurés sont toujours reconnus en ALD sans limitation de durée ou pour une durée supérieure à dix années, ce que ne permet plus la réglementation (plus de 278 000 à fin septembre 2020, dernier chiffre communiqué par la Cnam). Du fait de la poursuite de la crise sanitaire, le service médical a reporté à nouveau, à 2022, l'examen de ces situations. L'impact financier n'a pas été chiffré par la Cnam.

Dans l'attente d'évolutions informatiques, de nombreuses données relatives aux ALD (ainsi les périodes d'exonération du ticket modérateur) continuent de différer entre les applications informatiques des caisses locales et du service médical. Il en résulte une incertitude sur la justification administrative et la durée des droits des bénéficiaires.

Enfin, malgré des progrès, certains contrôles du service médical sur l'admission et le maintien médicalement justifié du droit à exonération du ticket modérateur des bénéficiaires d'ALD n'ont pas été mis en œuvre, ou

³⁵ Le régime juridique de clôture des droits en question et de récupération des indus éventuels, prévu par la LFSS pour 2021, a été fixé par un décret du 1^{er} mars 2022.

ont une efficacité limitée du fait de leurs conditions de réalisation. En outre, la traçabilité des contrôles est imparfaitement assurée.

d) La remise en cause ou la mise à jour de droits aux prestations

Un défaut de mise à jour de la carte Vitale (CV), une mise à jour tardive par l'assuré ou une clôture de ses droits ne font pas par eux-mêmes obstacle au remboursement des frais de santé par l'assurance maladie, à moins d'une mise à jour dans une pharmacie³⁶. L'invalidation ou l'actualisation des droits de la carte par la pharmacie dépendent cependant de la mise à jour effective des bases de données de l'assurance maladie auxquelles les pharmacies sont indirectement reliées. La cohérence de l'état des droits dans la base de données des CV avec celle des droits des assurés n'a pu être pleinement démontrée au plan national par la Cnam. Selon des données provisoires, à mi-novembre 2021, près de 64 000 droits étaient ouverts à tort dans la base des CV, non encore mise à jour.

Ces risques ne sont que partiellement compensés par les contrôles automatisés sur les facturations³⁷ et demandes de remboursement adressées aux caisses et par l'utilisation par les professionnels et établissements de santé, facultative et encore insuffisante, des outils (ADRI et CDRI³⁸) intégrés à leurs logiciels de facturation, que l'assurance maladie met à leur disposition afin de leur permettre de consulter les droits à jour des assurés.

Dans l'attente d'instructions nationales, les caisses ne notifient toujours pas d'indus au titre des périodes pour lesquelles les assurés ont cessé de répondre aux conditions des droits (PUMa, exonération du ticket modérateur) à la prise en charge de leur frais de santé.

Les risques financiers résiduels qui résultent de ces différents constats ne sont pas mesurés par la Cnam.

e) L'aide médicale de l'État

Des incertitudes affectent le montant des charges facturées par l'assurance maladie à l'État au titre de l'aide médicale de l'État (AME),

³⁶ Une fois la carte invalidée dans la base de gestion des cartes de l'assurance maladie, une tentative d'utilisation dans une pharmacie conduit à invalider la puce de la carte.

³⁷ Les prises en charge de frais de santé sont bloquées ou signalées par des contrôles automatisés après l'invalidation des cartes Vitale dans la base de données dédiée de l'assurance maladie. Elles sont estimées par la Cnam à 4,2 M€ à fin décembre 2021 pour les facturations télétransmises (4,9 M€ en 2020).

³⁸ Acquisition des DRois Intégrée et Consultation des DRois Intégrée.

destinée aux ressortissants étrangers résidant de manière stable mais irrégulière sur le territoire national (0,9 Md€ en 2021).

Le contrôle des conditions d'irrégularité et de stabilité de la présence sur le territoire, ainsi que de ressources, présentent des limites. À cet égard, la consultation de la base *Visabio* du ministère de l'intérieur (par l'outil *COVISA*), permet d'appréhender la situation des demandeurs n'ayant pas droit à ces aides, car détenteurs d'un visa de tourisme français en cours de validité ; en revanche, dans l'attente d'une évolution de la réglementation européenne, les données relatives aux visas délivrés par les autres États de l'espace Schengen ne peuvent être consultées.

Le dispositif de contrôle interne de l'attribution de l'AME, renforcé par le déploiement d'un nouveau référentiel, affiche des taux d'anomalies élevés, qui reflètent pour partie des erreurs dans l'application de la réglementation par les caisses. En outre, l'outil informatique d'instruction et de contrôle des demandes d'attribution de cette aide (*PAME*) présente des faiblesses susceptibles d'affecter le correct traitement de ces demandes ou de le retarder. Par ailleurs, la traçabilité des contrôles et de leurs résultats dans les différents outils est imparfaitement assurée.

Enfin, la mesure nouvelle portant sur le dépôt obligatoire d'une première demande d'AME en présentiel par le demandeur auprès des caisses a été appliquée, sauf exception, avec un décalage d'au moins cinq mois, en application de consignes données par la direction de la sécurité sociale dans le contexte de la crise sanitaire.

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

Les frais de santé facturés directement à l'assurance maladie (95,5 Md€³⁹) 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 santé⁴⁰ et de prestations de service rendues par les fournisseurs de dispositifs médicaux, les transporteurs sanitaires et les taxis conventionnés.

³⁹ Hors mutuelles délégataires du régime général (4,9 Md€).

⁴⁰ 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.

a) Les contrôles des facturations de frais de santé

La facturation directe des frais de santé reste insuffisamment couverte par des contrôles au regard des risques de prise en charge de dépenses injustifiées ou pour des montants inexacts. De surcroît, des mesures d'allègement des contrôles ont été appliquées à une partie de l'exercice 2021.

La facturation en ligne⁴¹, 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. Seule une partie des transporteurs sanitaires (ambulances, véhicules sanitaires légers), pour lesquels elle est dorénavant obligatoire, l'utilisent.

Dans l'attente d'une refonte du système d'information de l'assurance maladie, les contrôles automatisés *a priori* intégrés à l'application de liquidation des remboursements de frais de santé facturés directement à l'assurance maladie ne couvrent que très partiellement les risques de non-respect de la réglementation s'agissant des interdictions de cumul ou d'association de facturation de certains actes médicaux ou paramédicaux, de dépassement du délai de facturation pour certains établissements et de prise en charge injustifiée de certaines prestations par l'assurance maladie. En outre, ils n'assurent pas une détection exhaustive des modifications injustifiées de données des assurés figurant dans leur carte Vitale que sont susceptibles d'opérer les professionnels et les établissements de santé.

De surcroît, ces contrôles automatisés *a priori* ont été allégés à la suite de l'instauration de la PUMa et de la garantie de paiement en faveur des professionnels de santé en tiers payant. Dans le contexte de crise sanitaire, des allègements supplémentaires, voire des suspensions ont porté début 2021 sur des situations de prise en charge de dépenses non conformes aux droits des assurés, des facturations anormales par les professionnels et les établissements de santé ou des facturations pour lesquelles le prescripteur n'est pas identifié. Les règlements sans contrôle qui résultent de ces allègements ou suspensions exposent l'assurance maladie à des risques de prise en charge de dépenses injustifiées ou pour un montant erroné. Leurs impacts financiers n'ont pas été évalués par la Cnam.

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

⁴¹ SEFi (système électronique de facturation intégrée).

paiements multiples de mêmes actes, prestations ou biens, ainsi qu'à un nombre réduit de factures émises par des professionnels de santé.

En outre, du fait du contexte de crise sanitaire, la réduction du nombre de contrôles ciblés de facturation sur certains professionnels de santé, prescrits par le directeur comptable et financier de la Cnam, s'est poursuivie en 2021 (529 000 contrôles sur les deux années 2020 et 2021, contre 518 900 réalisés en 2019). Les contrôles effectués en 2021 sur 350 000 factures d'infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pharmaciens et transporteurs ont eu un impact limité (5,2 M€ d'indus détectés).

De plus, les contrôles *a posteriori* destinés à garantir le correct traitement des rejets et des signalements liés aux flux de facturation télétransmis couvrent une seule profession (médecins). Les autres contrôles sont aléatoires, et non ciblés en fonction d'une estimation du niveau de risque lié aux rejets et signalements. La mise en œuvre des contrôles *a posteriori* reste imparfaitement assurée par les caisses, ce qui affecte l'exhaustivité de la détection d'anomalies.

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 les remplacer par des médicaments génériques n'est pas couvert par les contrôles automatisés *a priori* et ne fait pas l'objet de contrôles *a posteriori*.

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

La possibilité de notifier des indus reste limitée par le fait que les données relatives aux prestations versées sont conservées pendant une durée de deux années (dans la base de données *SIAM-ERASME*), plus courte que les trois années du délai de prescription de droit commun de l'action en recouvrement pour les professionnels et les établissements.

La mise en recouvrement des créances de participations forfaitaires et de franchises (1,0 Md€), en cas de règlement des frais de santé en tiers payant, a été totalement suspendue en 2021 par la Cnam, ce qui concourt à la constatation de pertes sur créances irrécouvrables (0,1 Md€).

c) Les prises en charge en réponse à la crise sanitaire : les tests de la covid-19, la vaccination 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 (6,0 Md€ de charges en 2021), sous

réserve qu'ils en saisissent les résultats dans la base de données médicales SI-DEP. Le respect de cette condition n'est cependant pas vérifié, par rapprochement des données des tests avec celles de leur facturation. De manière générale, les modalités de facturation de ces tests (notamment le recours à un « NIR fictif » pour les assurés sans carte Vitale) limitent les possibilités de contrôle par l'assurance maladie.

Par ailleurs, la prise en charge par l'assurance maladie de la rémunération des professionnels de santé, dans le cadre de la campagne de vaccination contre la covid 19 (1,2 Md€ de charges en 2021), a principalement procédé de bordereaux de facturation des vacations horaires appelant une saisie et un contrôle *a priori* manuels par les agents, sans possibilité de tracer les heures facturées, ainsi qu'un suivi par les caisses locales des professionnels non connus par l'assurance maladie⁴². Si l'outil mis en place dans la plupart des caisses en 2021 limite les risques d'erreur liés à ces saisies manuelles, les rémunérations précitées ne font pas l'objet d'un plan de contrôle *a posteriori* spécifique.

Enfin, le respect des conditions de prise en charge, généralement à 100 %, des actes de télé santé facturés par les médecins et les auxiliaires médicaux n'est pas vérifié par des contrôles *a priori* automatisés. En 2021, les actes facturés à ce titre ont fait l'objet de contrôles *a posteriori* portant sur une situation minoritaire (téléconsultations facturées en flux sécurisés par l'utilisation de la carte Vitale de l'assuré).

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

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 (en établissements et centres de santé) continuent de prescrire les actes, les prestations et les biens de santé sur des ordonnances papier. Sauf exception⁴³, 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.

⁴² Professionnels de santé remplaçants, retraités ou sans activité et étudiants.

⁴³ Environ 20 500 médecins utilisent le service de e-prescription de transports.

Pour sa part, l'assurance maladie règle les factures émises par les professions prescrites (pharmaciens, auxiliaires médicaux, transporteurs et taxis notamment) 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 minime de facturations (0,15 % du nombre de décomptes liquidés en 2021).

Les règlements de frais de santé ne sont pas nécessairement conformes aux accords préalables du service médical. En effet, le champ partiel de la dématérialisation des demandes d'accord établies par les professionnels de santé limite les possibilités de contrôle *a priori*, par le service médical, du bien-fondé des demandes reçues. En outre, les facturations d'actes et de prestations soumis à accord préalable et pour lesquels cet accord n'a pas été demandé, ainsi que les facturations correspondant à des demandes refusées ou qui dépassent les plafonds de prise en charge, ne sont pas bloquées par des contrôles automatisés. De ce fait, l'assurance maladie peut régler des dépenses injustifiées, pour l'essentiel définitives du fait du nombre réduit de contrôles *a posteriori* qui pourraient conduire à les détecter.

Par ailleurs, la réalisation de contrôles *a posteriori* des facturations au regard des pièces justificatives est gênée par l'utilisation partielle par les caisses de l'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*). En effet, l'absence de chaînage de cet outil avec l'outil principal de suivi et de contrôle des pièces justificatives (*FLUX TIERS*), prévue pour 2022, implique des ressaisies.

Enfin, la non-transmission des pièces justificatives de la facturation (pour les flux de facturation dits dégradés, sans carte Vitale de l'assuré) expose l'assurance maladie à des risques de défaut de justification d'une partie des règlements de frais de santé, même si les professionnels doivent produire sur demande les pièces lors d'un contrôle. A cet égard, le montant des facturations non accompagnées de la réception de pièces justificatives n'a pas été évalué par la Cnam, ce qui induit une limitation à l'audit (pour 2020, il avait atteint 3,5 Md€).

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

La Cnam mesure annuellement la fréquence et la portée financière des erreurs qui affectent à titre définitif les règlements de frais de santé qui lui sont facturés directement par les professionnels et établissements de

santé par rapport à la réglementation applicable. Ces mesures sont déterminées à partir du contrôle par la Cnam d'un échantillon de près de 1 600 dossiers au total, comparable à celui de 2020. Elles sont encore sous-évaluées et insuffisamment fiabilisées.

Pour 2021, la fréquence des erreurs, en forte hausse, s'établit, en valeur centrale statistique, à 7,7 %⁴⁴ du nombre de prises en charge, contre 6 % en 2020. Rapporté au montant des prestations versées, le taux d'anomalies financières s'établit à 2,6 %, contre 2,4 % en 2020. Compte tenu de la hausse du montant des prestations (95,9 Md€, contre 81,5 Md€ en 2020), le montant des erreurs augmente plus fortement, atteignant 2,5 Md€⁴⁵, contre 1,9 Md€ en 2020.

Comme les années précédentes, les erreurs correspondent pour l'essentiel (95 % en montant) à des indus de versement au détriment de l'assurance maladie. 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.

Dans l'attente d'évolutions prévues à compter de 2022, 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 cette estimation. En outre, la représentativité encore insuffisante du nombre de factures prises en compte dans l'échantillon contrôlé expose toujours les mesures à un risque élevé de volatilité 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.

En outre, les mesures du risque financier résiduel qui affectent les prises en charge de frais de santé restent des valeurs minimales en raison d'une évaluation incomplète des risques. En effet, elles ne prennent pas en compte les droits maintenus ouverts à tort au titre de certains assurés et n'intègrent pas non plus les risques en principe couverts par l'intervention

⁴⁴ 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 6,2 % et 9,3 %.

⁴⁵ Compte tenu de la taille de l'échantillon, il y a 95 % de probabilité, selon la Cnam, que le taux d'incidence financière des anomalies soit compris entre 2 % et 3,1 % du montant des prestations versées, soit respectivement 1,9 Md€ et 3,0 Md€.

du service médical (lien ou non des dépenses avec une ALD exonérant du ticket modérateur, respect ou non des accords préalables). 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, absence de signature de l'exécutant ou de l'assuré, non-respect des règles de délivrance des médicaments, en particulier).

Par ailleurs, l'audit par la Cour d'un sous-échantillon 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, portant sur plus d'un décompte audité sur dix.

Enfin, la comparabilité des résultats avec ceux de l'exercice précédent n'est pas assurée faute d'analyse suffisante par la Cnam.

Compte tenu de ce qui précède, la Cour ne dispose en 2021 que d'une assurance limitée sur la correcte représentation des risques résiduels qui affectent la principale composante des charges de la branche maladie.

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

Les prises en charge de frais de santé liquidées par les mutuelles (4,9 Md€) pour le compte du régime général d'assurance maladie sont peu contrôlées par l'assurance maladie.

Ainsi, en l'absence d'un dispositif d'échanges de données, l'assurance maladie ne peut vérifier la 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 Cnam, apportent peu d'éléments probants sur son efficacité. Les résultats des tests réalisés par la Cnam sur le processus de liquidation de la MGEN mettent toujours en évidence des fragilités liées aux contrôles automatisés.

Le risque financier résiduel a été estimé par trois mutuelles à partir du contrôle *a posteriori* d'environ 2 500 dossiers au total. Selon la Cnam, le montant des erreurs, pondéré en fonction du poids des mutuelles, est, en valeur centrale statistique, de 6,2 % des règlements, soit 272 M€. Cet indicateur est affecté par des limites méthodologiques identiques à celles relevées pour l'indicateur de l'assurance maladie (cf. point e) ci-dessus).

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

a) Les actes et consultations externes

Les actes et consultations externes facturés directement par les établissements de santé publics et privés à but non lucratif (2,6 Md€) sont insuffisamment contrôlés, ce qui expose l'assurance maladie à un risque d'inexactitude des montants versés et comptabilisés à ce titre.

En outre, des faiblesses affectent l'efficacité des contrôles *a posteriori* : contrôles manuels des tarifs de rétrocession de médicaments, mise en œuvre partielle des contrôles prescrits sur les forfaits techniques d'imagerie facturés au cours d'un séjour, absence de mise en œuvre du contrôle relatif à la correcte application du tarif de forfait technique réduit, applicable à partir de l'atteinte du seuil de référence sur les appareils d'imagerie.

b) Les séjours

Sauf exception, la facturation des séjours hospitaliers par les établissements de santé publics et privés à but non lucratif (ex-DG) transite par la plateforme e-PMSI de l'Atih, tandis que les établissements de santé privés lucratifs (« ex-OQN ») les facturent directement à l'assurance maladie (48,3 Md€ au total).

Des risques significatifs affectent la réalité, l'exhaustivité et l'exactitude des séjours tarifés à l'activité (T2A), valorisés ou facturés par les établissements de santé à l'assurance maladie. Les contrôles mis en œuvre par les ARS, l'Atih et l'assurance maladie, de surcroît allégés dans le contexte de la crise sanitaire, fournissent une assurance au mieux partielle sur la correcte prise en charge des frais de santé correspondants par l'assurance maladie.

Les séjours 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 que déclarent ces établissements dans e-PMSI. Les contrôles de portée limitée sur cette valorisation opérés par les ARS et par une partie des établissements concernés, au vu des opinions exprimées par

leurs commissaires aux comptes⁴⁶, sont insuffisants pour prévenir le risque d'erreurs de portée significative. De même, les contrôles réalisés en amont par l'Atih ne permettent pas de réduire ces insuffisances.

L'absence de généralisation d'un transfert automatisé aux Cpm des arrêtés des ARS fixant les montants des versements de dotations aux établissements de santé induit un risque d'erreur de comptabilisation des charges correspondantes dans l'exercice. De plus, les contrôles opérés par les Cpm qui croisent les données saisies par les services ordonnateurs et comptables, complétés pour certains d'entre eux par une procédure de confirmation des montants auprès des ARS, couvrent partiellement le risque de règlement à tort d'une dotation.

Les contrôles de la facturation directe des séjours par les établissements privés lucratifs « ex-OQN » (14,9 Md€ en 2021), qui portent sur la correcte application de la réglementation relative à l'établissement de la facturation, procurent des éléments d'assurance limités. Leur portée est amoindrie par l'absence d'outil d'aide à la réalisation de ce contrôle, le nombre réduit de factures contrôlées et une traçabilité des contrôles imparfaitement assurée. Ils ont de surcroît été allégés depuis le début de la crise sanitaire.

Enfin, près d'une caisse sur cinq continue à suivre les concours financiers aux établissements de santé publics et privés (règlement des séjours pour les établissements « ex-DG », dotations MIGAC, dotations annuelles de financement destinées aux établissements de soins psychiatriques et de soins de suite et de réadaptation) à l'aide d'outils bureautiques, sans recourir au logiciel dédié (*BASET*) qui intègre des contrôles automatisés. Pour les autres caisses, l'absence d'interface entre cet outil et le logiciel d'édition des fichiers de paiement (*RBDG*) conduit à multiplier les saisies et vérifications manuelles. Des risques d'erreurs persistent dans l'attente de la mise en place programmée de contrôles et d'interfaçages automatisés dans un nouvel outil (*REDOT*).

c) Des risques accrus dans le contexte de crise sanitaire

Pour déterminer le montant définitif de la garantie de financement dont chaque établissement de santé a pu bénéficier du fait de la crise sanitaire, son activité valorisée doit être rapprochée du montant de cette

⁴⁶ En 2020, le cycle des recettes, liées notamment aux facturations de séjours, constituait l'un des principaux motifs de réserves des commissaires aux comptes sur les comptes des établissements publics de santé certifiés (40 % des réserves), selon une note commune de décembre 2021 de la DGFIP et la DGOS.

garantie. Or, ce dernier est déterminé sur la base de l'activité déclarée en 2020, qui manque elle-même de fiabilité. Ce constat affecte la justification des charges qui seront définitivement comptabilisées à ce titre. En outre, une régularisation définitive interviendrait uniquement en mars 2023, avec un champ couvrant les facturations au titre de 2021 transmises en 2022, ce qui limite le niveau d'assurance quant au montant comptabilisé en 2021 au titre de cette garantie. Les contrôles réalisés avant paiement par les caisses ne suffisent pas à compenser le risque de correction significative du montant des garanties 2020 et 2021 au cours d'un exercice ultérieur.

Le manque de contrôle de l'application des principales mesures, reconduites ou nouvelles, liées à la crise sanitaire (garantie de financement, avances de trésorerie et au titre des revalorisations salariales du Ségur de la santé, surcoûts covid 19, etc.) fait peser un risque sur l'exactitude et l'exhaustivité des charges comptabilisées à ce titre. Ces mesures ne font pas, sauf exceptions⁴⁷, l'objet d'un suivi spécifique au plan comptable, mais uniquement sur tableur, ce qui est source d'erreurs. À cet égard, la disparité des états de suivi des caisses et la multiplicité des modalités de versement ne permettent pas d'assurer un suivi efficace et continu à même de garantir la fiabilité des opérations comptabilisées.

De plus, les contrôles *a posteriori* de l'assurance maladie sur une fraction (0,7 % au plus par an) des séjours tarifés à l'activité dans les établissements « ex-DG » et « ex-OQN », qui relèvent du dispositif de lutte contre les fraudes et les pratiques fautives, sont suspendus depuis le début de la crise sanitaire. Par ailleurs, 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.

d) L'absence de mesure des erreurs résiduelles

Malgré l'acuité des risques d'erreur, l'efficacité des contrôles de toute nature appliqués au règlement par l'assurance maladie des séjours aux établissements de santé publics et privés n'est pas évaluée au travers d'un indicateur spécifique de risque financier résiduel, établi à partir des résultats du contrôle *a posteriori*, au vu des données des patients, d'un échantillon représentatif de séjours valorisés ou facturés. Outre l'appréciation de l'exactitude du règlement des séjours, cette limitation à l'audit affecte aussi celle des montants des garanties de financement et des charges comptabilisées à ce titre.

⁴⁷ Font l'objet d'un suivi les avances aux établissements « ex-OQN » dont le solde restant à recouvrer est passé de 2,7 Md€ à fin 2020 à 97 M€ à fin décembre 2021.

11 - Les erreurs affectant les indemnités journalières

a) L'attribution des indemnités par les services administratifs

Le contrôle interne des services administratifs des caisses d'assurance maladie couvre insuffisamment les risques liés à l'attribution des indemnités journalières (13,4 Md€), y compris celles dites dérogatoires instaurées dans le contexte de la crise sanitaire (estimées à 0,8 Md€).

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 2021 sous format dématérialisé. Cette circonstance limite la contribution de la DSN à la maîtrise des risques d'erreur affectant ces prestations. En outre, si la part des attestations de salaires saisies manuellement reste faible, elle fait toujours peser un risque d'erreur dans la liquidation des 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.

Par ailleurs, le résultat des travaux de fiabilisation relatifs au projet de liquidation unique des indemnités journalières pour les salariés du régime général et du régime agricole, n'a pas été obtenu par la Cour.

Les contrôles *a priori* automatisés à réception des avis d'arrêt de travail ne sont pas toujours adaptés, ni bloquants (cumul pension d'invalidité et indemnité journalière, erreurs du praticien ou des caisses lors de l'enregistrement des avis d'une durée de plus de 100 jours, etc.). En outre, le niveau de couverture et les modalités de mise en œuvre des contrôles portant sur le traitement de ces avis, reçus encore pour près de moitié sous format papier en 2021, comportent des faiblesses persistantes. En l'absence de consignes nationales, les signalements suscités par les contrôles automatisés ne sont pas traités de façon homogène par les caisses.

La charge d'activité relative à la liquidation des indemnités journalières a conduit la Cnam à maintenir jusqu'à fin avril des mesures d'allègement des contrôles des services ordonnateurs et comptables. Certaines caisses ont maintenu ces allègements au-delà de cette période. L'incidence financière de ces mesures n'a pas été chiffrée par la Cnam.

S'agissant des indemnités dérogatoires « covid », le dispositif de contrôle interne reste incomplet. En effet, il ne comporte toujours pas de contrôles sur le cumul d'indemnités avec des allocations d'activité partielle, ainsi que sur l'application de règles dérogatoires propres à ces indemnités (risque d'application du délai de carence aux indemnités dérogatoires, notamment). Par ailleurs, la documentation insuffisante des contrôles portant spécifiquement sur les indemnités pour « cas contact » et pour « isolement pour symptômes » ou la portée des contrôles en question ne permettent pas de conclure à leur efficacité.

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 toujours laissées à l'appréciation des caisses. De plus, les consignes ne sont que partiellement mises en œuvre (couverture insuffisante des contrôles, défaut de ciblage de situations à risques, nombre réduit de dossiers contrôlés). De manière générale, la fiabilité insuffisante de la documentation des contrôles ne permet pas de fonder la mise en œuvre d'actions correctives.

Contrairement aux dispositions de l'article R. 323-12 du code de la sécurité sociale, les avis d'arrêt de travail reçus après la fin de la période de repos, à un moment où le contrôle n'est plus possible, ont continué à donner lieu au versement d'indemnités journalières sur une partie importante de l'exercice.

Le dispositif de contrôle interne des indemnités journalières versées aux travailleurs indépendants (0,4 Md€) couvre encore insuffisamment les risques d'erreur sur l'exercice. En effet, certains contrôles portant sur la correcte liquidation de ces indemnités n'ont pas encore été déployés.

b) Les contrôles du service médical

Le contrôle interne des activités du service médical couvre toujours insuffisamment les risques de versement injustifié et de suspension tardive des indemnités, accentués par le contexte de crise sanitaire.

En effet, le dispositif de contrôle des avis d'arrêt de travail 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, ce qui retarde les fermetures éventuelles de droits.

En outre, malgré une reprise des convocations, le nombre d'examens sur personnes 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 de 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 généralement 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.

*c) Les erreurs résiduelles relatives aux indemnités journalières,
après contrôle interne*

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 (près de 1 200 indemnités avec, comme en 2020, une équi-répartition entre les trois risques maladie, maternité et AT-MP). Elles font apparaître que les erreurs résiduelles ont un caractère significatif, alors même qu'elles n'en procurent qu'une représentation encore incomplète.

Pour 2021, la fréquence des erreurs résiduelles, en forte hausse, s'établit pour la branche maladie à 9,7 %⁴⁸ (contre 8,0 % en 2020). Le montant des erreurs résiduelles pour cette branche s'élèverait à 228 M€, soit 2,1 % des prestations concernées (contre 1,5 % en 2020). Toutefois, la Cnam ne rapproche pas l'assiette des montants de règlements sur laquelle elle fait porter le calcul de ces mesures (13,5 Md€ tous risques confondus) des charges de prestations comptabilisées. En introduisant ce correctif, le montant des erreurs résiduelles pourrait atteindre 290 M€ pour la branche maladie. Les erreurs les plus fréquentes traduisent une application incorrecte de la réglementation pour déterminer la période ou le salaire de référence lors du calcul des indemnités.

Ces mesures du risque financier résiduel 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. De plus, le risque d'allongement

⁴⁸ 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 7,7 % et 11,8 %. Le montant moyen des erreurs étant de 82,5 €, le montant total des erreurs serait compris, avec le même niveau d'assurance, entre 179 M€ et 276 M€

injustifié de la durée de versement des prestations (du fait d'une reprise anticipée du travail non signalée par exemple) n'est pas mesuré.

En outre, la crise sanitaire a conduit à un allègement des contrôles de toute nature, dont l'impact sur le niveau des mesures ne peut être apprécié faute d'analyse suffisante par la Cnam, comme en 2020. Les avis d'arrêt de travail reçus tardivement en 2021 n'ayant pas fait l'objet d'un avertissement ou d'une sanction, du fait de ces allègements, n'ont dans une proportion inconnue pas été considérés comme des dossiers en anomalie pour l'établissement des mesures du risque financier résiduel.

L'équi-répartition des échantillons associés aux différents risques ne permet pas une allocation optimale des dossiers par strate et donc une minimisation des risques de biais de sélection de ces derniers. En outre, la méthodologie retenue pour la détermination de l'intervalle de confiance du montant des anomalies ne permet toujours pas d'apprécier correctement le niveau d'incertitude affectant la liquidation des indemnités journalières. Par ailleurs, 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 (0,8 Md€, contre un montant estimé à 2,1 Md€ en 2020).

Enfin, 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), témoignant des fragilités du dispositif national de contrôle et de supervision.

12 - Les erreurs affectant les pensions d'invalidité

Compte tenu des faiblesses du contrôle des arrêts de travail de longue durée déployé par le service médical, le risque de mise en invalidité tardive des assurés concernés est insuffisamment couvert. De ce fait, l'assurance maladie est exposée au risque de versements injustifiés d'indemnités journalières, en lieu et place de pensions d'invalidité, malgré la stabilisation de leur état de santé.

S'agissant du processus administratif de gestion des pensions d'invalidité, les contrôles effectués par la Cnav procurent une assurance partielle sur la fiabilité des données de salaires prises en compte pour leur calcul (moyenne des salaires des dix meilleures années).

En outre, la fiabilité des mises à jour des pensions d'invalidité est affectée par le caractère ponctuel des contrôles effectués sur les

déclarations périodiques de revenus professionnels des assurés, ce qui limite le niveau d'assurance quant à l'exactitude des pensions versées.

Par ailleurs, 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 sur la maîtrise des risques d'erreur d'attribution ou de calcul.

Malgré les risques précédemment décrits, l'efficacité du contrôle interne de la gestion des pensions d'invalidité (6,7 Md€) n'est toujours pas mesurée par un indicateur de risque financier résiduel. De ce fait, la portée financière des erreurs affectant leur attribution et mise à jour ne peut être appréciée, ce qui induit une limitation à l'audit.

En raison des limites fonctionnelles de l'outil utilisé pour liquider les pensions d'invalidité (*Scapin*), et avec l'accord de la direction de la sécurité sociale, les pensions des assurés ayant perçu plus de 2 000 euros par mois de prestations sociales entre le 1^{er} avril 2020 et le 30 mars 2021 n'ont pas fait l'objet d'une revalorisation différenciée. Il en résulte une surévaluation du montant des pensions et des charges comptabilisées à ce titre, non évaluée par la Cnam.

Opinion de la Cour sur les comptes de la branche accidents du travail – maladies professionnelles de l'exercice 2021

La branche AT-MP assure l'indemnisation temporaire ou permanente des victimes de préjudices professionnels et détermine les taux de cotisation des employeurs selon un principe assurantiel.

Les comptes de la branche intègrent les éléments de comptes produits par la Cnam, 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 8 centres de traitement informatique.

Les comptes des 15 caisses d'assurance retraite et de la santé au travail (Carsat) font l'objet d'une combinaison partagée entre les branches maladie, AT-MP et vieillesse. Les comptes de la branche AT-MP intègrent en outre des éléments de comptes des quatre CGSS, qui font l'objet d'une combinaison partagée entre l'activité de recouvrement, les branches maladie, AT-MP et vieillesse et le régime agricole des non-salariés, et 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 de la branche AT-MP intègrent ceux du Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA).

Au titre de l'exercice 2021, la branche AT-MP a comptabilisé 9,1 Md€ de charges de prestations légales et dégagé un résultat excédentaire de 1,2 Md€, contre un déficit de 0,2 Md€ en 2020.

A - Opinion de la Cour

En application des dispositions de l'article LO. 132-2-1 du code des juridictions financières, la Cour a effectué l'audit des comptes de la branche des accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP) pour l'exercice clos le 31 décembre 2021, arrêtés le 21 avril par le directeur général et le directeur comptable et financier de la Cnam, dont un résumé est annexé au présent rapport.

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

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

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 2021, appréciés et évalués en fonction des règles de droit en vigueur à cette date. Ces engagements significatifs peuvent être évalués de manière fiable et portent sur des prestations ayant un objet identique à celui de prestations pour lesquelles l'Etat reconnaît des passifs à ce même titre (sous la forme de provisions pour charges).

B - Fondements de l'opinion de la Cour

La Cour a constaté que les comptes de la branche AT-MP de l'exercice 2021 sont affectés par deux anomalies significatives.

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

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

AT-MP reflètent imparfaitement ses droits et obligations à l'égard des principaux tiers à cette dernière que constituent les assurés (cas des charges liées aux indemnités journalières et aux rentes, voir partie B *infra*, points 7 et 8).

C - Anomalies significatives

1 - L'enregistrement de produits de recours contre tiers ne répondant pas à la définition de produits

Les produits comptabilisés au titre des recours contre tiers (0,5 Md€) ne sont pas toujours certains ou correctement rattachés à l'exercice pour un montant estimé par la Cnam à 141 M€ inscrits en créances à fin 2021, contre 79 M€ l'exercice précédent. Il est renvoyé aux fondements de l'opinion de la Cour sur les comptes de la branche maladie (cf. A).

2 - Les provisions pour charges de prestations de soins

La provision pour charges de prestations légales à la clôture de l'exercice (535 M€) correspond en grande partie à des charges à payer (195 M€). Il est renvoyé aux fondements de l'opinion de la Cour sur les comptes de la branche maladie (cf. A).

Par ailleurs, l'évaluation de la part réellement estimée de la provision (340 M€ en 2021) reste affectée par des incertitudes encore élevées. En effet, le dénouement de la provision 2020 fait apparaître une surévaluation de 65 M€ (18 % de la part estimée de la provision 2020), en hausse par rapport à celui de la provision 2019 (9 %). L'écart d'évaluation atteint 68 M€ en valeur absolue (soit 18 %), contre 51 M€ pour la provision 2019 (soit 17 %).

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

D - Insuffisances d'éléments probants

3 - La justification de certains éléments des états financiers

Malgré des progrès, le caractère inabouti ou le retard de transmission de certaines données confirment les fragilités des outils et des processus d'établissement et de justification des états financiers et induisent des limitations aux travaux d'audit. Il est renvoyé aux fondements de l'opinion de la Cour sur les comptes de la branche maladie (cf. B-2).

4 - L'estimation de la provision pour réduction de produits de cotisations au titre de contentieux

Cette provision (0,9 Md€) couvre le risque de remboursements aux employeurs de cotisations AT-MP 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, le recensement des contentieux clos et en cours en fin d'exercice reste encore imparfaitement assuré. 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.

5 - L'évaluation des créances et dépréciations liées aux recours contre tiers

Des incertitudes affectent l'exhaustivité des flux de créances (0,7 Md€) et de produits comptabilisés (0,5 Md€) et l'estimation des dépréciations de créances (0,4 Md€) au titre des recours contre tiers, par ailleurs insuffisamment couverts par le contrôle interne. Il est renvoyé aux fondements de l'opinion de la Cour sur les comptes de la branche maladie (cf. B-3).

6 - Les faiblesses du cadre général du contrôle interne

Il est renvoyé aux fondements de l'opinion de la Cour sur les comptes de la branche maladie (cf. B-4).

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

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

En effet, malgré des progrès, le contrôle de la saisie manuelle des données des certificats médicaux dans l'application de gestion des sinistres (*ORPHÉE*) porte sur un champ incomplet (il intègre les certificats médicaux de prolongation, mais pas ceux initiaux, de rechute et finaux). Le déploiement de ce contrôle, introduit dans le nouveau référentiel de contrôle interne, n'a été achevé qu'en fin d'exercice dans certaines caisses.

En outre, 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. De ce fait, la branche AT-MP peut être conduite à prendre en charge des dépenses relevant du risque maladie.

Par ailleurs, le contrôle interne procure une assurance partielle sur l'exactitude des décisions des caisses ou du service médical (lors de la guérison, de la consolidation de la situation médicale ou encore de nouvelles lésions de l'assuré). En effet, les contrôles des services ordonnateurs manquent de fiabilité, en raison de modalités de réalisation imprécises et appliquées de façon hétérogène. Ceux du service médical ont parfois une portée limitée et sont insuffisamment documentés.

Enfin, le dispositif de contrôle interne couvre toujours 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.

Sans remettre en cause l'existence d'une sous-déclaration des AT-MP, qui donne lieu à une compensation de la branche AT-MP à la branche maladie fixée par la LFSS (1 Md€ en 2021), ces constats induisent des risques résiduels potentiellement significatifs de non-exhaustivité ou d'inexactitude des charges de prestations liées aux sinistres professionnels.

8 - Les erreurs affectant la détermination des taux de cotisation

Les produits de cotisations sociales affectées à la branche ont atteint 13,3 Md€, contre 12,1 Md€ en 2020. Les modalités de détermination des taux de cotisation par les organismes tarificateurs de la branche varient en fonction des effectifs des entreprises⁴⁹. Une fois arrêtés, ils sont notifiés à leurs établissements et transmis à l'activité de recouvrement.

Les faiblesses des processus de liquidation des dépenses de prestations, des échanges de données entre les Cnam et les organismes tarificateurs et la fiabilité insuffisante des contrôles et supervisions réalisés par les caisses affectent la correcte détermination des taux bruts pris en compte dans le taux de cotisation.

La majoration d'équilibre, qui entre dans le calcul des taux nets notifiés, limite l'impact de l'inexactitude des taux bruts sur le montant total des produits de cotisations de la branche, mais ne corrige pas le manque de fiabilité des taux attribués à chaque employeur.

Les évolutions apportées au dispositif de contrôle de la direction comptable et financière contribuent à améliorer la fiabilité du calcul des taux bruts de cotisation. En revanche, la conception, la mise en œuvre et la traçabilité des supervisions réalisées par les services ordonnateurs conservent des faiblesses tenant, notamment, au caractère incomplet du bilan national 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.

⁴⁹ 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.

9 - Les erreurs affectant les indemnités journalières

Certaines Cnam n'appliquent pas encore complètement le nouveau référentiel de maîtrise des risques propres aux indemnités journalières AT-MP (3,8 Md€), pourtant obligatoire depuis la mi-2021. Lorsqu'elles le font, elles mettent en œuvre de manière partielle les contrôles qu'il prévoit. Certains contrôles affichent des taux élevés d'anomalies, qui traduisent notamment une maîtrise insuffisante de la réglementation par les agents. La prépondérance des certificats médicaux en format papier (près des deux tiers à fin octobre 2021), lesquels ne sont pas enregistrés dans une base de données spécifique à la suite de leur réception par les caisses, limite les possibilités de contrôle par le service médical.

En 2021, selon les indicateurs suivis par la Cnam, 13,7 % des indemnités journalières nouvellement liquidées et mises en paiement ont été affectées par une erreur de portée financière presque tant au détriment qu'en faveur de la branche, ce qui traduit une nette dégradation par rapport à 2020 (8,8 %). Le montant agrégé des erreurs s'élèverait quant à lui à 91 M€ (45 M€ en 2020), soit 3,7 % du montant des charges de prestations (1,2 % en 2020)⁵⁰. Comme il a été relevé à propos de la branche maladie, la Cnam prend cependant en compte une assiette incomplète de charges de prestations pour estimer le montant des anomalies. En corrigeant cette situation, le montant agrégé des erreurs pourrait atteindre 116 M€.

Sur d'autres aspects, il est par ailleurs renvoyé aux fondements de l'opinion de la Cour sur les comptes de la branche maladie (cf. B-8).

10 - Les erreurs affectant les rentes pour incapacité permanente

Les rentes pour incapacité permanente (4,3 Md€) sont généralement liquidées et versées à partir d'une source unique de données⁵¹, sans que soient réalisés des contrôles de cohérence avec les informations détenues par les administrations. En outre, compte tenu des limites fonctionnelles de l'application de gestion de ces prestations (*EURYDICE*), le salaire de référence est déterminé sur tableur par les agents, puis saisi manuellement dans celle-ci. Ces modalités renforcent le risque de prise en compte de salaires inexacts pour le calcul des rentes.

⁵⁰ 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 10,3 % et 17,1 %. Le montant moyen des erreurs étant de 156,3 €, le montant total des erreurs est compris, avec le même niveau d'assurance, entre 69 M€ et 114 M€.

⁵¹ Attestations de salaires complétées par l'employeur ou éléments de rémunération transmis par les assurés (salaires, allocations de chômage, indemnités journalières, etc.).

En l'absence d'un 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, diffèrent selon les caisses locales, ce qui suscite des risques d'inexactitude des prestations versées.

Le risque de maintien à tort du versement d'une rente à la suite d'un changement de la situation administrative des ayants droit n'est que partiellement maîtrisé. En effet, le contrôle des certificats d'existence porte sur la seule vérification de leur transmission, à l'exclusion du contenu des informations qui y sont déclarées.

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 la fiabilité du montant des prestations versées, sous forme d'indemnité en capital ou de rente.

La documentation imparfaitement assurée des supervisions du service médical et de l'ordonnateur et l'absence de bilan national des supervisions des services ordonnateurs limitent les possibilités d'appréciation de la réalité et de la portée des dispositifs de contrôle.

Malgré les risques précédemment décrits, l'efficacité du contrôle interne de la gestion des prestations d'incapacité permanente n'est toujours pas mesurée par un indicateur de risque financier résiduel. De ce fait, la portée financière des erreurs affectant leur attribution et révision ne peut être appréciée, ce qui induit une limitation à l'audit.

Opinion de la Cour sur les comptes de la branche famille de l'exercice 2021

Les comptes 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, qui fait l'objet d'une combinaison partagée avec les branches maladie et AT-MP, de cinq fédérations de CAF, ainsi que des caisses de la Mutualité sociale agricole (MSA), délégataire de par la loi de la gestion des prestations versées par la branche famille aux allocataires affiliés au régime agricole.

Au titre de l'exercice 2021, la branche famille a comptabilisé 79,6 Md€ de charges de prestations légales, tous financeurs compris⁵² et 5,6 Md€ de charges de prestations extralégales d'action sociale, propres à la branche⁵³. Elle a dégagé un résultat excédentaire de 2,9 Md€, contre un déficit de 1,8 Md€ au titre de l'exercice 2020.

⁵² Elles comprennent, notamment, les prestations familiales (29,9 Md€, dont 12,7 Md€ d'allocations familiales et 10,9 Md€ pour la prestation d'accueil du jeune enfant), l'allocation aux adultes handicapés (11,2 Md€), la prime d'activité (9,5 Md€), les aides au logement (15,3 Md€), des aides exceptionnelles propres à 2021 (0,3 Md€) versées pour le compte de l'État et le RSA versé pour le compte des conseils départementaux (11 Md€) ou, par exception, pour celui de l'État (0,9 Md€).

⁵³ 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 Md€).

A - Opinion de la Cour

En application des dispositions de l'article LO. 132-2-1 du code des juridictions financières, la Cour a effectué l'audit des comptes de la branche famille pour l'exercice clos le 31 décembre 2021, arrêtés le 15 avril par le directeur et le directeur comptable et financier de la Cnaf, dont un résumé est annexé au présent rapport.

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

B - Fondements de l'opinion de la Cour

La Cour a constaté que les comptes de la branche famille de l'exercice 2021 sont affectés par une anomalie significative.

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

Compte tenu du caractère significatif des écarts entre les opérations effectuées et par conséquent comptabilisées et celles qui auraient dû l'être si les règles de droit propres à ces opérations avaient été appliquées dans tous les cas, le contrôle interne a un caractère insuffisamment probant pour la maîtrise des risques de portée financière ayant une incidence sur les comptes de la branche famille. Faute d'intégrer les actifs et passifs qui auraient résulté d'un contrôle interne efficace, les comptes de la branche famille reflètent imparfaitement ses droits et obligations à l'égard des principaux tiers à cette dernière que constituent les allocataires et les partenaires de l'action sociale (cas des charges de prestations légales et extra-légales, voir partie B *infra*, points 2 à 4).

C - Anomalie significative

La Cour avait estimé dans le rapport de certification des comptes de 2020 qu'il existait un risque très élevé que, compte tenu de la réduction de moitié du montant du revenu pris en compte pour calculer celui des acomptes provisionnels appelés en 2020, qui s'est traduit en pratique par l'appel de six mois de prélèvements sociaux pour la plupart des travailleurs indépendants, le montant des produits comptabilisés en 2020 sur la base de ces acomptes s'éloigne de celui des produits issus des revenus 2020, contrairement aux exercices précédents pour lesquels les montants appelés étaient proches de ceux finalement dus. Elle avait formulé une réserve sur les comptes de la branche famille fondée notamment sur ce constat.

Ce risque s'est concrétisé au vu de l'ampleur de la régularisation intervenue en 2021. En effet, les produits de prélèvements sociaux des travailleurs indépendants notifiés par l'Acoss ont augmenté en 2021 de 0,7 Md€ pour la branche famille en valeur brute du fait du contrecoup sur 2021 de la réduction des montants d'acomptes provisionnels appelés en 2020.

En l'absence de correction du bilan d'ouverture au 1^{er} janvier 2021, complétée par l'établissement de comptes *pro forma* au titre de l'exercice 2020, la Cour constate que la comparabilité des comptes 2020 et 2021 de la branche famille est imparfaitement assurée et que la fidélité des comptes de la branche famille s'en trouve affectée.

D - Insuffisances d'éléments probants

1 - Les faiblesses du cadre général du contrôle interne

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

Les travaux engagés pour améliorer le pilotage des processus de gestion des prestations légales, notamment l'élaboration d'une nouvelle cartographie des processus et des référentiels de sécurisation des processus (RSP) correspondants, se sont poursuivis en 2021. Dans l'attente de leur application obligatoire par les caisses, prévue à partir de 2023, l'homogénéité, la mise à jour et l'articulation des RSP en vigueur avec les autres outils de contrôle interne restent insuffisamment assurées, ce qui affecte leur contribution à la fiabilité de la liquidation des prestations par les CAF.

Les actions correctives issues des plans locaux de sécurisation sont partiellement déployées et leur calendrier imparfaitement maîtrisé. Si un nouvel outil de pilotage est en cours d'expérimentation, les actions engagées par les CAF demeurent insuffisamment suivies sur le plan national comme local.

Par ailleurs, en dépit des mesures incitatives prises par la Cnaf en direction de son réseau (intéressement financier lié aux résultats) et du mécanisme d'entraide proposé aux CAF les plus en difficulté, les objectifs quantitatifs de contrôles à réaliser par les caisses, comme les exercices précédents, ne sont pas systématiquement atteints par ces dernières.

Enfin, si la cartographie des risques stratégiques de la branche a été complétée afin de tenir compte du contexte né de la crise sanitaire, les CAF n'ont pas mis à jour en 2021 la cotation des risques opérationnels relatifs aux prestations légales, au moyen d'une auto-évaluation. Pour leur part, les travaux visant à élaborer une cartographie des risques relatifs aux processus de l'action sociale, démarrés en 2020, n'étaient pas achevés fin 2021.

b) Les allègements du dispositif de contrôle interne

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 qui sont prises en compte pour attribuer les prestations légales, ainsi que sur les actes de liquidation des prestations par les agents des CAF. Avant la crise sanitaire, ce dispositif couvrait insuffisamment les risques d'erreur de nature à affecter notamment l'exhaustivité et l'exactitude des montants de prestations légales versés et comptabilisés.

En 2021, le dispositif de contrôle interne a fait l'objet d'allègements pour la deuxième année consécutive. Ces allègements ne sont pas liés à la crise sanitaire, mais font suite aux difficultés rencontrées par la branche dans la mise en œuvre de la réforme des aides au logement, lesquelles ont pu conduire à réaffecter une partie des moyens humains habituellement consacrés aux contrôles. Si leur ampleur est moindre qu'en 2020, ils ont été étendus à des contrôles parmi les plus structurants⁵⁴ et majorent les risques d'erreurs définitives affectant les prestations mises en paiement et comptabilisées.

De surcroît, l'allègement des demandes de production de pièces justificatives par les allocataires a été reconduit en 2021 sans base réglementaire, ni contrôles de nature à limiter les risques correspondants.

⁵⁴ Notamment les contrôles annuels de la cohérence de l'activité et des ressources.

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

Malgré certains progrès, les risques liés aux évolutions des applications informatiques apparaissent insuffisamment maîtrisés. En particulier, la couverture incomplète des risques par les tests effectués est de nature à affecter la stabilité des applications informatiques de gestion des prestations légales et de comptabilité.

En 2021, la branche famille a mis en place le nouveau système d'information (NSI) pour calculer les aides au logement. De nombreuses anomalies susceptibles d'avoir une incidence financière significative sont survenues. Les risques liés à l'indisponibilité du système et aux données sont insuffisamment couverts par des actions visant à les maîtriser. S'agissant de l'hébergement des données, les conditions de l'intervention du prestataire externe présentent des garanties insuffisantes.

Alors qu'il avait atteint un niveau élevé lors des exercices précédents, le nombre d'incidents affectant les applications les plus sensibles de la branche s'est accru en 2021 (+ 14 %). Ceux ayant un impact majeur ont encore plus fortement augmenté (+ 32 %). C'est notamment le cas pour l'application de gestion des prestations légales (+ 35 %).

Si le nombre d'incidents non résolus fin 2021 reste stable par rapport à fin 2020, leur incidence financière est estimée à 60 M€ (contre 3,8 M€), sous l'effet principalement des dysfonctionnements intervenus lors de la réforme des aides au logement.

La Cnaf éprouve des difficultés à résoudre les incidents conformément aux objectifs de qualité qu'elle s'est fixés, notamment ceux ayant un impact majeur (seuls 50 % sont résolus dans les délais requis), ce qui fait peser un risque sur la disponibilité et la performance des applications sensibles.

d) La portée de la lutte contre les fraudes

La Cnaf évalue la fraude aux prestations légales par la voie d'une enquête 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 6 000 dossiers d'allocataires, dont les résultats sont extrapolés sur le plan statistique.

La Cnaf a décidé que cette opération, annulée en 2020 dans le contexte de la crise sanitaire, serait mise en œuvre en 2021, puis renouvelée seulement à une fréquence biennale, malgré l'intérêt qu'elle présente pour l'appréciation de l'efficacité de son dispositif de prévention et de détection.

Dans le cadre de l'enquête réalisée en 2021, la Cnaf a estimé à 2,8 Md€ le montant des indus potentiellement frauduleux, contre 2,3 Md€ en 2019 (+ 21 %). Les indus potentiellement frauduleux sont ainsi passés de 3,2 % à 3,6 % du montant total des charges de prestations légales⁵⁵. Or les indus détectés et qualifiés de frauduleux (309 M€ en 2021) représentent seulement 11 % du montant estimé de la fraude. Ces indus ont augmenté par rapport à 2020, mais restent inférieurs à ceux de 2019 (324 M€).

Les actions déployées par la branche afin d'améliorer la prévention et la détection des fraudes conservent des marges de progrès. Les difficultés rencontrées dans la mise en œuvre de la réforme des aides au logement ont conduit la Cnaf à réduire l'objectif quantitatif de qualification en tant qu'indus frauduleux d'une fraction des indus détectés (- 15 %). En outre, les CAF appliquent imparfaitement le processus de lutte contre la fraude externe formalisé par la Cnaf, qu'il s'agisse de l'homogénéité des pratiques et de l'intensité des contrôles, des modalités de détection des fraudes ou des délais de traitement des signalements. Les taux hétérogènes de qualification d'indus détectés en tant qu'indus frauduleux reflètent une application elle-même variable des consignes par les CAF. Les barèmes de sanction ne sont pas systématiquement appliqués.

La mise en place par la Cnaf d'une cellule nationale de lutte contre les fraudes présentant des enjeux significatifs marque une avancée. Dans l'attente du lancement des premières cibles de contrôle, la plus-value de cette nouvelle structure ne peut être appréciée au titre de 2021.

Une minorité de conseils départementaux délèguent aux CAF la sanction des fraudes au RSA. En l'absence de coordination des 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.

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 détectées sont, de ce fait, sous-évalués.

⁵⁵ Les chiffres indiqués correspondent à la valeur centrale statistique de l'estimation. Suivant une probabilité de 95 %, le montant de la fraude est compris entre 2,5 Md€ (soit 3,1 % du montant des prestations versées), et 3,2 Md€ (soit 4,0 %).

Enfin, alors que le contexte lié à la crise sanitaire a fait évoluer les procédures mises en œuvre par les caisses, le dispositif national de prévention des conflits d'intérêts et de lutte contre la fraude interne n'a pas été adapté à l'évolution des risques suscitée par l'adaptation des organisations du travail dans ce contexte.

2 - Les erreurs affectant les prestations légales du fait d'une fiabilisation insuffisante des données déclaratives

a) Les données d'identification des allocataires et des tiers à ces derniers

Les CAF gèrent dans leurs bases de données environ 42,3 millions de bénéficiaires de prestations au titre de 13,5 millions de foyers, ainsi que 7,3 millions de personnes physiques ou morales tierces aux allocataires. Malgré les progrès constatés dans certaines CAF, les données d'identification des tiers, principalement les personnes physiques (bailleurs, débiteurs de pensions alimentaires, tutelles), manquent toujours de fiabilité.

En l'absence de base nationale de référencement des tiers, la fiabilité des données des bases propres à chaque CAF (*Tiersi*) reste imparfaitement assurée. La représentation de cette fiabilité est affectée, dans un sens plus favorable, par la persistance de nombreuses données obsolètes qui, bien que validées en interne, n'ont pas été apurées après un changement de situation (comme une cessation d'activité par exemple).

Faute d'un 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 nés à l'étranger auxquels un numéro d'immatriculation d'attente (NIA) a été attribué présente encore des lacunes en matière de contrôle des pièces justificatives nécessaires à leur immatriculation définitive. Les montants de prestations versés en 2021 aux allocataires dont les droits ont été ensuite suspendus du fait de l'absence d'attribution d'un NIR définitif ne sont pas suivis par la Cnaf et les indus correspondants ne sont pas mis en recouvrement.

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

En 2021, 79 % des informations transmises par les allocataires aux CAF l'ont été de manière dématérialisée (contre 73 % en 2020). Ce pourcentage recouvre cependant non seulement des télédéclarations, mais aussi de simples courriels. Le périmètre fonctionnel et l'utilisation des téléprocédures restent insuffisamment développés, alors qu'elles intègrent des contrôles automatisés permettant aux allocataires de corriger, dès leur déclaration en ligne, d'éventuelles incohérences dans leurs données.

Le nombre de foyers d'allocataires dont les revenus fiscaux de l'année précédente n'ont pu être fournis par la direction générale des finances publiques (DGFIP), du fait de données d'identification différentes de celles des CAF ou de l'absence de déclaration fiscale, reste élevé (2 millions de foyers, soit 9,3 % du total, contre 9,6 % en 2020). Cette situation réduit l'étendue possible des vérifications et corrections des déclarations des allocataires à partir des données fiscales. Pour autant, la branche ne mène pas de contrôles compensatoires portant spécifiquement sur les foyers précités. De surcroît, elle n'a pas renouvelé, en 2021, l'évaluation du montant des prestations qui leur sont versées⁵⁶.

En 2021, plus de 31 millions de croisements (- 1 % par rapport à 2020) ont été effectués avec les données de situation professionnelle (demande d'emploi) et de montants d'allocations chômage de Pôle emploi. Les allocataires nouvellement demandeurs d'emploi ne sont cependant pas intégrés à ces croisements, ce qui limite la portée de ce dispositif pour la maîtrise des risques d'erreur affectant les prestations dont le montant doit être modifié en fonction des changements de situation professionnelle.

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 administratifs⁵⁷. Dans l'attente de l'aboutissement des projets conduits en la matière, qui ont connu des reports répétés, les CAF peuvent seulement procéder à des consultations au cas par cas.

⁵⁶ Sur un champ limité au seul mois de janvier et excluant la prime d'activité et le RSA, la Cnaf avait estimé ce montant à près de 430 M€ en 2020.

⁵⁷ Prestations versées par les organismes de protection sociale (à l'exception de l'AAH), fichier des comptes bancaires FICOPA, situations d'affiliation et de radiation des travailleurs indépendants ou demandes de titres de séjour. Pour le renouvellement des titres de séjour, des automates ont été mis en place en 2020 pour faciliter les contrôles.

Par ailleurs, la gestion de l'AAH repose sur une dématérialisation encore inaboutie des flux d'information des MDPH avec les allocataires et les CAF, ce qui affecte la fiabilité des données utilisées par ces dernières et l'efficacité du suivi des dossiers d'allocataires par les CAF. Dans l'attente de l'achèvement des travaux visant à dématérialiser les flux avec la Cnav et la Cnam, annoncé pour fin 2022, la branche continue à dépendre des données déclarées par les allocataires.

Enfin, si la branche utilise, depuis janvier 2021 les données du dispositif ressources mensuelles (*DRM*) pour liquider les aides au logement, elle ne recourt toujours pas, pour les autres prestations, au portail numérique des droits sociaux (*PNDS*) pour corroborer ou contrôler les données déclarées par les allocataires.

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

En faisant reposer l'appréciation de la plupart des ressources non plus sur les revenus fiscaux de l'année N-2, mais sur les montants de salaires et de prestations sociales sur 12 mois glissants fournis par le dispositif ressources mensuelles (*DRM*) et en prévoyant une révision trimestrielle du montant des aides au logement, la réforme de ces prestations entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2021 a entraîné une augmentation des risques d'erreurs liés aux données prises en compte pour les liquider. Malgré cette évolution, l'effort de détection des indus et des rappels imputables à la prise en compte de données erronées a faibli en 2021, bien que les montants d'indus et de rappels détectés aient légèrement augmenté (1,2 Md€ au total, contre 1,1 Md€ en 2020).

En effet, le nombre de contrôles visant à détecter des indus ou des rappels a baissé par rapport à 2019, mais aussi à 2020 pour ceux réalisés sur pièces. Cette diminution concerne notamment les contrôles sur pièces portant sur l'activité professionnelle et les ressources annuelles et trimestrielles (*RAC*), qui ont le rendement global le plus élevé. Pour sa part, bien que revu à la baisse par rapport à celui d'avant la crise sanitaire (- 35 %), l'objectif quantitatif de contrôles sur place n'a pas été atteint. Cette situation, combinée à une forte hétérogénéité des résultats entre les caisses, réduit la portée de ce dispositif dont le rendement unitaire est le plus conséquent.

De surcroît, les conditions de réalisation des contrôles ont pour effet de réduire leur portée. Ainsi, les actions de supervision couvrent une part réduite des contrôles sur pièces effectués et les modalités de traitement des contrôles *RAC* ont été simplifiées en 2021. Le dispositif de maîtrise des

risques ne sécurise que partiellement la réalisation, puis la liquidation des rapports d'enquête faisant suite aux contrôles sur place.

De manière générale, la disparité des modalités de réalisation et des résultats des contrôles sur pièces et sur place entre agents et entre CAF dénote un potentiel significatif d'indus et de rappels non détectés.

L'appréciation des résultats des différents contrôles sur pièces est affectée par une fiabilité insuffisante du rattachement des indus et des rappels détectés à chacun de ces derniers.

d) Les erreurs résiduelles imputables à des données déclaratives non corrigées, après contrôle interne

La Cnaf mesure annuellement le risque résiduel relatif aux données déclaratives à partir des résultats de l'enquête « paiement à bon droit et fraude ». Les indicateurs suivis par la caisse nationale rapportent 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).

Toutefois, ces indicateurs omettent l'allocation de rentrée scolaire (2 Md€ en 2021). Par ailleurs, les modalités de réalisation des contrôles sur place, qui concourent à calculer les indicateurs, présentent des faiblesses de nature à sous-estimer le risque résiduel.

En 2021, la valeur centrale statistique de l'indicateur à neuf mois connaît à nouveau une forte dégradation et s'établit à 10,3 %⁵⁸ des charges de prestations légales, soit 7,9 Md€, contre 7,0 Md€ en 2020 et 5,7 Md€ en 2019⁵⁹. Cette dégradation est principalement⁶⁰ imputable à une hausse de

⁵⁸ Compte tenu de la taille de l'échantillon, le taux d'incidence financière des anomalies est compris, avec une probabilité de 95 %, entre 9,2 % et 11,4 % du montant des prestations versées, soit respectivement 7 Md€ et 8,7 Md€.

⁵⁹ Soit, respectivement, 7 Md€ et 5,9 Md€ à structure de prestations comparable, compte tenu de la forte progression des montants de prime d'activité versés en 2019.

⁶⁰ Hors aides au logement, les résultats se dégradent de 0,4 point en valeur centrale.

plus de quatre points de l'incidence financière des erreurs relatives aux aides au logement (12 %, contre 7,8 % en 2020), dans le contexte de la réforme du calcul de ces prestations.

Trois prestations sont à l'origine de 83 % du montant ainsi estimé d'indus et de rappels non détectés : 2,4 Md€ pour la prime d'activité, 2,1 Md€ pour le RSA et 2 Md€ pour les aides au logement. Les indus et rappels non détectés équivalent ainsi à un quart des montants versés de prime d'activité, un cinquième au titre du RSA et un huitième pour les aides au logement. Les indus non détectés représentent 73 % des anomalies estimées au titre de ces trois prestations (27 % pour les rappels).

Pour sa part, l'indicateur à 24 mois s'établit, en valeur centrale statistique, à 7,1 % des prestations versées en 2020, soit 5,3 Md€⁶¹ d'indus et accessoirement de rappels qui ne seront jamais détectés par les diverses actions de contrôle mises en œuvre, pour l'essentiel au détriment de l'État (prime d'activité et aides au logement) et des départements (RSA).

Ainsi, l'incidence financière des erreurs imputables à des données déclaratives non fiabilisées par les actions de contrôle mises en œuvre par la branche a été multipliée par près de deux en trois ans (elle s'élevait à 2,9 Md€ pour les prestations versées en 2017).

A la MSA, délégataire de la branche famille (1,7 Md€ de charges de prestations familiales en 2021), ainsi que de l'État et des départements (au titre des mêmes prestations que celles versées par les CAF pour leur compte), le risque résiduel à neuf mois s'est lui aussi dégradé, passant de 8,5 % des montants de prestations versées en 2020 à 14,4 % en 2021.

3 - Les erreurs affectant les prestations légales et ayant une origine interne aux CAF

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

Les liquidations automatisées des pièces télédéclarées par les allocataires ont progressé en 2021, mais couvrent à peine plus de la moitié des pièces (57 % après 39 % en 2020), avec des disparités entre CAF.

⁶¹ Compte tenu de la taille de l'échantillon, le taux d'incidence financière des anomalies est compris, avec une probabilité de 95 %, entre 6,1 % et 8,1 % du montant des prestations versées, soit respectivement 4,6 Md€ et 6,1 Md€.

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

Enfin, malgré l'amélioration des modalités de ciblage des contrôles dont elles font l'objet, les solutions mises en œuvre pour intégrer au système d'information les situations d'allocataires qui dérogent aux règles de gestion des prestations légales (« forçages de droits ») restent insuffisamment sécurisées en 2021.

b) Les processus de liquidation des prestations

Dans certains cas, la gestion des prestations s'écarte des règles juridiques qui leur sont applicables. Ainsi, la branche famille a poursuivi en 2021 l'expérimentation consistant à calculer, uniquement dans le cadre de contrôles, le montant de la prime d'activité à partir de règles simplifiées non conformes aux dispositions juridiques applicables. Alors que celles-ci prévoient que le droit au complément du mode de garde de la Paje est ouvert à compter du premier jour du mois civil précédent celui au cours duquel la demande est déposée, la branche retient, à tort, la date de la première manifestation de l'allocataire, même lorsque son dossier est incomplet, ce qui est de nature à majorer les charges de prestations dans une mesure indéterminée, faute d'estimation par la Cnaf.

S'agissant du RSA (11 Md€) et de la prime d'activité (9,5 Md€), 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. Pour ce qui concerne l'AAH (11,2 Md€), le processus de gestion couvre insuffisamment les situations les plus à risque ou faisant l'objet d'erreurs récurrentes à la liquidation. Par ailleurs, la Cnaf dispose 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 permanente.

Les CAF appliquent de manière hétérogène les consignes nationales visant à maîtriser les risques liés à la liquidation de la PAJE. S'agissant de l'AAH, les défaillances constatées dans la réalisation des contrôles relatifs aux avances sur droits supposés et à la base des allocataires entraînent des versements à tort de prestations.

Par ailleurs, 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 l'opinion de la Cour sur les comptes de l'activité de recouvrement (cf. B-7).

Enfin, 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 des risques juridiques et financiers difficiles à évaluer en l'absence de suivi consolidé des conventions par la Cnaf.

c) Le cas particulier des aides au logement en 2021

La réforme des aides au logement (15,3 Md€) s'est accompagnée de nombreux dysfonctionnements affectant le calcul des prestations.

Si des actions correctives ont permis de diminuer le stock d'anomalies, celui-ci demeurait significatif fin 2021⁶². Ces anomalies recouvrent les incidents liés aux applications de calcul des aides au logement (*NSI*) et de liquidation des prestations légales (*Cristal*), ceux correspondant à la mise en œuvre du *DRM* et les erreurs imputables à l'application du dispositif transitoire de maintien des droits déployé en 2021 pour accompagner la mise en œuvre de la réforme. La Cnaf n'a pu estimer de manière fiable l'incidence financière de ces anomalies que pour certaines typologies⁶³, ce qui induit une limitation à l'audit.

Le dispositif de maîtrise des risques présente des faiblesses liées à l'absence d'exploitation des incohérences de données entre *Cristal* et le *NSI*, et à la couverture insuffisante des risques de non-exhaustivité et d'inexactitude des données de ressources déclarées par les allocataires dans le portail de télédéclaration (ressources n-1 liées aux pensions alimentaires et aux frais réels, revenus contemporains perçus à l'étranger), ainsi que de certaines caractéristiques du logement et des conditions de sa location, en particulier de décence.

⁶² Soit 907 incidents portant sur les aides au logement de priorité 1 et 2 et présentant une incidence financière (sur un total de 1 809 incidents toutes prestations confondues survenus au cours de l'exercice), dont 162 incidents restent non résolus au 31/12/2021 (sur un total de 329 incidents non résolus toutes prestations confondues).

⁶³ 60 M€ pour les incidents informatiques.

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

Les contrôles portent sur des périmètres réduits de liquidations. Ainsi, pour la prime d'activité et le RSA, le dispositif de supervision interne aux services ordonnateurs conserve un caractère facultatif et couvre une part minimale des liquidations (0,04 % et 0,15 % respectivement en 2021, pour ce qui concerne les principaux événements enregistrés). S'agissant de la Paje, il n'est pas mis en œuvre de supervisions internes aux services ordonnateurs, ni de contrôles du directeur comptable et financier ciblant les composantes les plus risquées de cette prestation (complément de mode de garde et prestation partagée d'accueil de l'enfant). S'agissant des aides au logement, les services de l'ordonnateur n'ont pas mis en œuvre de supervisions internes en 2021 et les contrôles des directions comptables et financières ont porté sur une fraction réduite des liquidations (5 %), alors qu'ils font apparaître de fréquentes erreurs.

Comme en témoignent les résultats des contrôles effectués par les directions comptables et financières⁶⁴, le dispositif de supervision mis en œuvre par l'ordonnateur, plus tourné vers l'accompagnement des agents que vers la détection des erreurs commises par ces derniers, n'apporte pas de contribution notable au paiement à bon droit des prestations. De surcroît, l'objectif quantitatif de supervision a été réduit de 30 % dans le contexte des difficultés de mise en œuvre de la réforme des aides au logement.

La démarche d'harmonisation du risque interne (HARI) vise à améliorer la prise en compte de l'acuité des risques propres à chaque caisse dans la détermination des objectifs de contrôle des directions comptables et financières, grâce à une sélection des opérations à contrôler par le *datamining*. Son achèvement en 2021 contribue à fiabiliser ce contrôle clé, qui représente près de la moitié des contrôles métier *a priori* de la branche. Cependant, la part des contrôles réalisés par les directions comptables et

⁶⁴ À titre d'illustration, la part des erreurs d'indus et de rappels détectées par les DCF et celle des erreurs de régularisation de ces rejets par les services de l'ordonnateur (recyclages) restent significatives (respectivement 25,1 % et 20,7 % au 31 décembre 2021).

financières reste faible (5,5 % en 2021), alors que les erreurs affectant les liquidations les plus porteuses de risques continuent à s'inscrire à un niveau élevé (35,3 % au titre des contrôles *datamining* métier).

*e) Les erreurs résiduelles imputables aux opérations effectuées
par les CAF, après contrôle interne⁶⁵*

La Cnaf calcule chaque année un indicateur de risque financier résiduel affectant les opérations effectuées par les CAF, qui retrace le montant des erreurs résiduelles non détectées après six mois et attribuables à des erreurs internes aux caisses.

Pour 2021, il s'établit à 1,6 %⁶⁶, soit 1,2 Md€ (contre 1,4 % et 1 Md€ en 2020), revenant ainsi à un niveau comparable à celui de 2019, sous l'effet notamment des erreurs relatives au calcul des aides au logement. Comme les exercices précédents, une part prépondérante du montant des erreurs (74 %) porte sur le RSA, les aides au logement et la prime d'activité.

Ces résultats sont cohérents avec les indicateurs nationaux de qualité de la liquidation (IQL), qui mesurent la fréquence des erreurs de liquidation des pièces par les agents des CAF. En 2021, ces indicateurs se sont également dégradés et revenus à des niveaux comparables à ceux de 2019. Ainsi, en nombre, 5,9 % des liquidations de pièces étaient erronée en sortie de liquidation (contre 5,7 % en 2020) et 3,6 % à six mois, suite à la réalisation de certains contrôles *a posteriori* (contre 3,4 %).

Depuis fin 2020, les CAF mettent en œuvre des contrôles croisés afin d'améliorer la fiabilité des indicateurs IQL et d'harmoniser les pratiques de contrôle des liquidations. Cependant, les résultats obtenus par les CAF dans ces deux domaines présentent encore de fortes disparités.

⁶⁵ Les mesures de risque résiduel relatives aux données déclarées prises en compte pour liquider les prestations et aux opérations effectuées par les CAF ne peuvent être additionnées dans la mesure où une partie des erreurs relève concomitamment de ces deux catégories.

⁶⁶ Compte tenu de la taille de l'échantillon, le taux est compris, avec une probabilité de 95 %, entre 1,35 % et 1,93 % du montant des prestations versées, soit respectivement 1 Md€ et 1,4 Md€.

Sauf exception de portée limitée⁶⁷, la Cnaf ne mesure pas la portée des erreurs qui affectent l'attribution des prestations ouvrant droit à l'AVPF, sous certaines conditions, sur les droits à l'AVPF et le montant des cotisations versées à ce titre par la Cnaf à la Cnav (4,9 Md€ en 2021). Cet état de fait induit une limitation à l'audit.

À la MSA, le risque résiduel lié aux opérations internes a plus fortement augmenté, passant de 1,8 % du montant des prestations versées pour le compte des CAF, de l'État et des départements en 2020 à 2,8 % en 2021.

4 - Les erreurs affectant les prestations extra-légales d'action sociale

a) Les risques liés aux données déclarées par les bénéficiaires des aides et aux opérations internes aux CAF

Malgré le déploiement d'une aide automatisée à l'évaluation du risque d'erreur affectant les données déclarées par les structures bénéficiaires de prestations d'action sociale collective, le dispositif de maîtrise des risques des CAF présente des faiblesses persistantes (réduction des objectifs quantitatifs et limitation du périmètre de la supervision des services ordonnateurs, biais dans les modalités de contrôle par les directions comptables et financières dans le contexte lié à la crise sanitaire).

Les procédures nationales de liquidation, qui visent à sécuriser la gestion des prestations d'action sociale, n'ont pas été mises à jour pour un tiers des catégories d'aides aux structures. En outre, leur respect par les CAF repose sur une autoévaluation annuelle dont la mise en œuvre présente des limites. Pour sa part, la qualité de la liquidation des aides ne fait l'objet d'aucune mesure.

Si les contrôles sur place portant sur les structures financées au titre de l'action sociale ont augmenté en 2021 et sont mieux ciblés, ils restent inférieurs de près de 30 % à leur niveau d'avant la crise sanitaire et leur insuffisante structuration en affecte l'efficacité.

⁶⁷ Les droits à l'AVPF procèdent pour l'essentiel d'une détection automatisée. La part des liquidations manuelles, sur lesquelles portent des cibles spécifiques de contrôle, représente seulement 0,3 % du montant des cotisations versées à la branche vieillesse.

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

L'indicateur de risque financier résiduel affectant les prestations d'action sociale collective, portant sur les erreurs ayant une origine déclarative constatées à 24 mois, a été rétabli en 2021, mais continue à présenter d'importantes limites méthodologiques. Il se dégrade : les erreurs affectant les aides versées en 2019 s'établissent à 2,8 % des charges de prestations, soit 78 M€ en valeur centrale⁶⁸ (contre 2,45 % et 65 M€ pour les aides versées en 2017). Le risque résiduel propre aux opérations internes aux CAF n'est toujours pas évalué.

c) L'estimation des charges à payer

Les charges d'action sociale de l'exercice sont essentiellement constituées de charges à payer (4,9 Md€ sur 5,6 Md€ en 2021). 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 en fonction du budget prévisionnel des structures, mis à jour principalement au mois de septembre de l'exercice et, pour une part plus réduite, au mois de novembre depuis 2021.

En 2021, des améliorations ont été apportées à la méthode d'estimation des charges à payer. Toutefois, elle aboutit à des résultats peu différents de ceux obtenus avec la méthode habituelle et risque d'exposer la branche à de nouvelles surestimations.

5 - Le recouvrement des indus sur prestations

L'interfaçage des diverses applications (*Cristal*, *Corali*, *Saturn*) permettant de gérer les créances d'indus sur les allocataires (3,3 Md€ de créances ont été mises en recouvrement en 2021) conserve des fragilités de nature à affecter la mise en œuvre des actions de recouvrement. En outre, malgré le déploiement d'un référentiel national, la correcte codification des créances est imparfaitement assurée par les gestionnaires, ce qui induit notamment un risque de non-recouvrement pour cause de prescription.

⁶⁸ Compte tenu de la taille de l'échantillon, le taux est compris, avec une probabilité de 95 %, entre 2,3 % et 3,4 % du montant des prestations versées, soit respectivement 63 M€ et 93 M€.

Alors que la réglementation exige l'envoi à l'allocataire d'une notification constatant le versement de prestations indues par tout moyen donnant date certaine à sa réception, la Cnaf considère la notification par courrier simple, effectuée pour la plupart des envois, comme interruptive de prescription. En l'absence d'accusé de réception, ce caractère interruptif n'est cependant pas avéré. La justification des créances d'indus comptabilisées par la branche famille s'en trouve affectée.

Parfois, les CAF mettent en recouvrement les créances d'indus avant la date d'exigibilité des créances ou n'engagent pas le recouvrement après celle-ci. Ces situations affectent dans une mesure indéterminée la fiabilité du montant des créances d'indus comptabilisées par la branche.

Dans l'attente du déploiement complet du nouvel outil (*Gaia*), les limites fonctionnelles de l'actuel système d'information (*NSF*) ne permettent pas de sécuriser les processus de gestion de l'agence de recouvrement des impayés de pensions alimentaires (*Aripa*). Ainsi, le dispositif de maîtrise des risques relatifs aux activités de ce service fait apparaître que le correct enregistrement du montant de pension alimentaire versé ou de la date d'ouverture du droit et la gestion des échéances de recouvrement des créances sur le parent débiteur sont imparfaitement assurés.

Opinion de la Cour sur les comptes de la branche vieillesse de l'exercice 2021

La branche vieillesse assure le service des prestations de retraite de droit propre et de droit dérivé à 14,9 millions d'assurés du régime général, y compris les artisans-commerçants et professionnels libéraux non réglementés depuis le 1^{er} janvier 2018.

Les comptes de la branche vieillesse du régime général comprennent ceux de la Cnav, des quinze caisses d'assurance retraite et de la santé au travail (Carsat) et des quatre caisses générales de sécurité sociale (CGSS) pour leurs activités relatives à la retraite. Les comptes des Carsat font l'objet d'une combinaison partagée avec les branches AT-MP et maladie du régime général, ceux des CGSS donnent lieu à une combinaison partagée avec ces mêmes branches, ainsi qu'avec l'activité de recouvrement et le régime agricole des non-salariés.

Les prestations de droit propre des travailleurs indépendants sont depuis lors 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*).

Au titre de l'exercice 2021, la branche vieillesse a comptabilisé 135,5 Md€ de charges de prestations légales et dégagé un résultat déficitaire de 1,1 Md€, contre un déficit de 3,7 Md€ au titre de l'exercice 2020.

A - Opinion de la Cour

En application des dispositions de l'article LO. 132-2-1 du code des juridictions financières, la Cour a effectué l'audit des comptes combinés de la branche vieillesse pour l'exercice clos le 31 décembre 2021, arrêtés le 15 avril par le directeur et le directeur comptable et financier de la Cnav, dont un résumé est annexé au présent rapport.

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

Par ailleurs, sans remettre en cause son opinion, la Cour appelle de nouveau l'attention sur 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 (1,1 Md€ en 2021) 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 2,6 Md€ au total.

L'annexe aux comptes de la branche vieillesse⁶⁹ ne mentionne pas les engagements pluriannuels à l'égard des titulaires d'une pension de retraite au 31 décembre 2021 et de leurs ayants droit, appréciés et évalués en fonction des règles de droit en vigueur à cette date. En l'absence de mécanismes d'équilibrage automatique des résultats de la branche vieillesse, les pensions de retraite déjà attribuées ou qui seront liquidées au titre des droits déjà acquis par les cotisants dans leurs comptes de carrière et dont le versement se poursuivra sur plusieurs exercices constituent des charges futures de nature à affecter le montant et la consistance du patrimoine de la branche, au cours des exercices à venir. Elles répondent ainsi à la définition des engagements hors bilan au sens du plan comptable général et peuvent être évaluées de manière fiable.

⁶⁹ Contrairement à l'annexe du compte général de l'État, qui fournit également une estimation du besoin de financement actualisé du régime des pensions civiles et militaires.

B - Fondements de l'opinion de la Cour

La Cour a constaté que les comptes de la branche vieillesse de l'exercice 2021 sont affectés par une anomalie significative.

Pour quatre autres aspects, elle ne dispose pas d'éléments probants suffisants qui permettraient d'écarter le risque d'anomalies significatives dans les comptes.

Compte tenu du caractère significatif des écarts entre les opérations effectuées et par conséquent comptabilisées et celles qui auraient dû l'être si les règles de droit propres à ces opérations avaient été appliquées dans tous les cas, le contrôle interne a un caractère insuffisamment probant pour la maîtrise des risques de portée financière ayant une incidence sur les comptes de la branche vieillesse. Faute d'intégrer les actifs et passifs qui auraient résulté d'un contrôle interne efficace, les comptes de la branche vieillesse reflètent imparfaitement ses droits et obligations à l'égard des principaux tiers à cette dernière que constituent les assurés sociaux (cas des données de carrière à l'origine des droits à retraite et des charges de prestations de retraite, voir partie B *infra*, points 2 à 4).

C - Anomalie significative

La Cour avait estimé dans le rapport de certification des comptes de 2020 qu'il existait un risque très élevé que, compte tenu de la réduction de moitié du montant du revenu pris en compte pour calculer celui des acomptes provisionnels appelés en 2020, qui s'est traduit en pratique par l'appel de six mois de prélèvements sociaux pour la plupart des travailleurs indépendants, le montant des produits comptabilisés en 2020 sur la base de ces acomptes s'éloigne de celui des produits issus des revenus 2020, contrairement aux exercices précédents pour lesquels les montants appelés étaient proches de ceux finalement dus. Elle avait formulé une réserve sur les comptes de la branche vieillesse fondée notamment sur ce constat.

Ce risque s'est concrétisé au vu de l'ampleur de la régularisation intervenue en 2021. En effet, les produits de prélèvements sociaux des travailleurs indépendants notifiés par l'Acoss ont augmenté en 2021 de 1,6 Md€ pour la branche vieillesse en valeur brute du fait du contrecoup sur 2021 de la réduction des montants d'acomptes provisionnels appelés en 2020.

En l'absence de correction du bilan d'ouverture au 1^{er} janvier 2021, complétée par l'établissement de comptes *pro forma* au titre de l'exercice 2020, la Cour constate que la comparabilité des comptes 2020 et 2021 de la branche vieillesse est imparfaitement assurée et que la fidélité des comptes de la branche vieillesse s'en trouve affectée.

D - Insuffisances d'éléments probants

1 - Les faiblesses du cadre général du contrôle interne

a) La conception du dispositif national de contrôle interne

Dans l'attente de l'achèvement du déploiement du système de management intégré (SMI) à l'horizon 2024, l'évaluation des moyens de maîtrise des risques affectant les droits et prestations de retraite des assurés traités dans l'*Outil retraite* n'est pas mise en relation avec les résultats des indicateurs de qualité de la liquidation et de risque financier résiduel affectant ces prestations. De ce fait, elle ne fournit pas d'éléments d'appréciation pertinents sur le niveau de maîtrise des risques.

L'absence de représentation consolidée et exhaustive de la réalité et des résultats des actions de maîtrise des risques applicables aux travailleurs indépendants ne permet toujours pas, en 2021, une mise à jour régulière de la nature et de la criticité des risques affectant le traitement de leurs dossiers dans l'application du système unique de retraite (*Asur*).

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

Alors que le système national de gestion des carrières (*SNGC*) et le répertoire de gestion des carrières unique (*RGCU*) ont vocation à coexister⁷⁰ jusqu'au remplacement de l'outil de liquidation des retraites du régime général (*Outil retraite*), dont le calendrier n'est pas précisé, leur parfaite synchronisation est affectée par des incidents récurrents affectant la complétude du *RGCU*. Par ailleurs, ce dernier ne présente pas un niveau de disponibilité conforme aux standards professionnels généralement appliqués à ce type d'application critique.

Le dispositif de gestion des incidents informatiques 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 2021 a augmenté de 6 %, en raison notamment du déploiement des premiers modules du nouveau

⁷⁰ En 2021, le *SNGC* reste utilisé pour les régularisations de carrière et ses données se déverseront quotidiennement dans le *RGCU* jusqu'au décommissionnement de l'*Outil retraite* (*OR*) au profit du système de régularisation de la carrière (*SYRCA*). Depuis novembre 2021, les données du *RGCU* sont utilisées pour les liquidations de droit.

système de régularisation des carrières (*Syrca*). À périmètre comparable, le nombre d'incidents s'est stabilisé, mais le nombre de ceux relatifs aux applications de gestion des travailleurs indépendants a augmenté (+ 16 %).

Le dispositif de gestion des problèmes, effectif depuis le début de l'année 2021, reste insuffisamment articulé avec celui de la gestion des incidents.

c) La portée de la lutte contre les fraudes

En 2021, la Cnav a engagé une démarche d'évaluation du montant de la fraude aux prestations de retraite. Toutefois, au titre d'une première phase d'expérimentation comportant un échantillon de 2 000 dossiers seulement, ce dispositif ne produira pas de résultat exploitable avant 2022. La Cnav reste ainsi privée d'un instrument d'appréciation de l'efficacité de son dispositif et d'orientation des efforts de prévention et de détection.

Par d'autres aspects, le dispositif de prévention et de lutte contre les fraudes externes connaît des progrès. En particulier, le procédé automatisé de sélection des dossiers à contrôler (*OCDC*) détecte une fréquence croissante d'irrégularités à caractère potentiellement frauduleux. Cependant, les caisses exploitent ces signalements internes dans une mesure variable et le stock global des signalements inexploités a fortement augmenté, notamment pour l'Aspa. Malgré l'achèvement, en novembre 2021, du déploiement de l'outil de gestion des alertes (*OGEDA*), dans une version corrigeant les limites qui affectaient jusque-là l'efficacité du pilotage de l'activité et la fiabilité des indicateurs produits, il n'est pas utilisé de manière effective par les caisses du réseau de la Cnav.

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, les échanges automatisés de données d'état-civil avec ces organismes restent à étendre aux principaux 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 dans le cadre du GIP Union retraite, présente des faiblesses. Bien qu'en recul, les situations de non-conformité de certificats validés détectées lors des supervisions effectuées par la Cnav (environ 6 %, contre 10 % en 2020) exposent la branche à un risque significatif de versement à tort de pensions à des assurés résidant à l'étranger.

Alors que l'utilisation du numéro identifiant d'attente (NIA), dont la généralisation est désormais consacrée par la loi⁷¹, permet de prévenir plus efficacement les fraudes à l'immatriculation à la sécurité sociale des assurés nés à l'étranger que les NIR d'attente, la branche vieillesse continue à utiliser exclusivement ces derniers et ne prévoit pas de faire évoluer cette pratique avant la mise en place du nouvel *Outil retraite*, prévue en 2024.

Si des progrès sont constatés en 2021, le dispositif de prévention et de détection de la fraude interne couvre imparfaitement certains risques auxquels est exposée la branche, notamment au titre des dossiers de travailleurs indépendants traités dans *Asur*. De plus, les caisses locales continuent de mettre en œuvre dans des conditions hétérogènes le plan national de lutte contre la fraude interne.

Malgré certains progrès, les risques de fraude propres aux situations de cumul d'habilitations dans les applications de gestion des comptes des titulaires de prestations (près de 8 000 cumuls relevés au 31 décembre 2021) sont insuffisamment couverts par le dispositif de contrôle interne, notamment au titre des dossiers de travailleurs indépendants traités dans *Asur*.

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

Le dispositif de contrôle interne des activités de gestion des comptes des titulaires de prestations dans l'*Outil retraite* comporte des faiblesses persistantes et les taux de contrôle de certaines activités définis par la Cnav ne garantissent pas une maîtrise suffisante des risques d'anomalies et de fraude interne. Par ailleurs, les limites fonctionnelles de certains outils perdurent, notamment pour les activités de contrôle.

Le dispositif de maîtrise des risques relatifs aux activités de gestion des comptes des titulaires de prestations réalisées dans *Asur* a été déployé au sein du réseau de la Cnav, mais le caractère hétérogène de sa mise en œuvre par les caisses en limitent la portée. Les outils de pilotage des activités de contrôle réalisées dans l'*Outil retraite* et *Asur* présentent des lacunes qui en affectent l'efficacité.

S'agissant des données de paiement des titulaires de prestations gérées dans *Asur*, l'absence d'outil ne permet pas la réalisation de contrôles *a priori* et une correcte formalisation des contrôles opérés *a posteriori*. Par ailleurs, si la Cnav a engagé des travaux permettant, à

⁷¹ Article L. 114-12-3-1 du code de la sécurité sociale, créé par la LFSS 2021.

terme, de pallier cette lacune, l'absence d'interfaçage entre les applications *Outil retraite* et *Asur* induit un risque de désalignement entre ces deux applications des données des titulaires de prestations de retraite de salarié et de travailleur indépendant, en cas de modification de ces données.

La séparation des tâches entre les activités de paiement des prestations et de gestion des comptes des titulaires de prestations reste imparfaitement assurée, compte tenu de la persistance de cumuls d'habilitations entre ces activités.

Enfin, bien que le dispositif de contrôle interne des opérations de paiement soit correctement mis en œuvre au sein du réseau, il présente encore certaines limites liées notamment aux outils employés à cette fin (dépendance à l'égard d'outils bancaires externes, suivi insuffisant des suppressions de paiement réalisées dans ces derniers).

2 - Les anomalies affectant les données de carrière à l'origine des droits à retraite

Les droits à retraite personnelle des salariés sont liquidés en fonction de leurs données de carrière reportées à leurs comptes de carrière dans le système national de gestion des carrières (SNGC) puis, depuis novembre 2021, le RGPU, et régularisées préalablement à leur liquidation.

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

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 l'assurance maladie (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 (20 % des reports) ; des données d'autres régimes de sécurité sociale (15 % des reports).

Le niveau d'assurance obtenu sur l'exhaustivité et l'exactitude des données de carrière transmises par les organismes sociaux partenaires et intégrées par la Cnav au SNGC demeure insuffisant. Le contenu insuffisamment contraignant des conventions d'échange de données avec ces partenaires prive la Cnav d'éléments d'assurance sur l'effectivité et l'efficacité 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. Si la Cnav développe des dispositifs de contrôle en ce sens, elle ne s'est pas encore dotée de moyens efficaces de corroboration statistique de ces flux de données en liaison avec ces partenaires.

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 et par la Cnav. Il est renvoyé sur ce point à la motivation de l'opinion de la Cour sur les comptes de la branche famille (cf. B-3).

Pour leur part, les contrôles réalisés sur les données contenues dans les déclarations sociales effectuées par les employeurs ne réduisent que partiellement les risques d'absence d'exhaustivité ou d'inexactitude des reports effectués aux comptes de carrière des assurés. En particulier, les opérations de fiabilisation des données individuelles des salariés transmises par les déclarations sociales nominatives (DSN) menées conjointement par l'Acosse et la Cnav portent sur un périmètre étroit.

Dans la perspective de la mise en œuvre du *RGCU*, un volume croissant de déclarations dématérialisées et d'anomalies détectées par les contrôles automatisés de cohérence demeure en attente d'intégration (38 millions de reports non traités au 31 décembre 2021 contre 30 millions au 31 décembre 2019). Malgré certains progrès, le dispositif de maîtrise des risques du traitement de ces données est insuffisamment probant.

b) Les risques relatifs aux données relatives aux cotisations versées par les travailleurs indépendants

Le processus de gestion par la Cnav des flux informatisés de données transmis ou échangés avec l'Acosse couvre le risque de défaut d'exhaustivité des données individuelles de carrière relatives aux travailleurs indépendants. En revanche, limité à la vérification formelle de la correcte intégration des flux, il ne couvre pas celui d'inexactitude de ces mêmes données, lacune que la Cnav travaille actuellement à pallier.

En effet, alors que les données de cotisation des travailleurs indépendants transmises par l'Acosse sont supposées ne subir aucune modification avant leur exploitation par la branche vieillesse, les tests de rapprochement menés par la Cour font apparaître d'importants écarts, s'agissant en particulier des montants de cotisations de retraite complémentaire (près de 15 % des données testées). Si une partie de ces écarts peut s'expliquer par les mesures exceptionnelles de suspension de prélèvements de cotisations intervenues dans le contexte de la crise

sanitaire, l'insuffisance de la piste d'audit relative à ces données n'a pas permis de vérifier auprès des organismes nationaux concernés la correcte prise en compte des cotisations versées. Cette limitation à l'audit ne permet pas de disposer d'une assurance raisonnable quant à l'exactitude du décompte des droits à prestations effectué suite à l'intégration des données au système d'information de la branche vieillesse, au titre de l'exercice, voire des exercices précédents.

c) 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 à retraite. Elles constituent ainsi un enjeu majeur pour le paiement à bon droit des prestations de retraite. En effet, environ la moitié des erreurs définitives (résiduelles) affectant les prestations liquidées et mises en paiement proviennent de données de carrière absentes ou erronées et, à ce titre, d'un échec de cette procédure.

Des moyens de maîtrise renforcés encadrent l'instruction des régularisations de carrière. Toutefois, ils ne consistent pas en des contrôles bloquants, mais se limitent à des signalements des anomalies potentielles, sans assurance quant à leur traitement effectif. Par ailleurs, les supports techniques mis à la disposition des agents ne couvrent pas les risques liés à l'application erronée de la réglementation, à l'omission d'informations utiles à la justification des régularisations effectuées ou encore à la survenance d'erreurs d'inattention.

Le déploiement des premières fonctionnalités d'aide au ciblage et au traitement des dossiers les plus risqués de la nouvelle application *Syrca* est intervenu tardivement, faisant apparaître un défaut d'exactitude des scores de priorité et de risque affectés aux dossiers traités par ce système, une partie des paramètres de calcul n'étant pas encore opérationnels. Dans ce contexte, *Syrca* n'offre pas encore la plus-value qu'en attend la Cnav pour la sécurisation de l'instruction des régularisations de carrière.

La Cnav n'évalue pas l'efficacité des supervisions des régularisations de carrière effectuées par les services ordonnateurs, ni celle des contrôles des directions comptables et financières. En l'absence de consignes nationales contraignantes, les caisses mettent en œuvre des modalités hétérogènes de contrôle, dont les résultats font apparaître des disparités dans la fiabilité des instructions des services ordonnateurs. Des erreurs de saisie ou des défaillances informatiques affectant le typage de la régularisation effectuée continuent à affecter la sélection des dossiers à superviser et à contrôler au regard des critères définis par la Cnav.

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 et ensuite prises en compte pour liquider leurs prestations.

3 - Les erreurs affectant les attributions de prestations

En 2021, les caisses de la branche vieillesse ont attribué plus de 824 000 prestations (dont 78 % de droit propre et 22 % de droit dérivé) au moyen de l'*Outil retraite*, soit un nombre stable par rapport à l'année précédente, et 39 000 dans *Asur* (dont 20 % de droit propre et 80 % de droit dérivé). Elles représentent 6,4 Md€ de charges annuelles supplémentaires.

a) Les supervisions internes aux services ordonnateurs

Les services ordonnateurs commettent de fréquentes erreurs de portée financière quand ils liquident les prestations de retraite.

En 2021, une stratégie d'amélioration de la qualité de la liquidation a complété le plan national rénové en 2020 dans le sens d'une responsabilisation accrue des caisses. À ce titre, sont mises en œuvre des mesures locales renforcées, notamment en termes de spécialisation et d'accompagnement des agents ainsi que de supervision des services de l'ordonnateur et de contrôle des directions comptables et financières.

Le plan socle de supervision des services ordonnateurs, globalement respecté, exige désormais des organismes qu'ils portent une attention particulière à la détection anticipée des décisions de rejets intervenant à tort, lesquels représentent une part importante de l'incidence financière des erreurs définitives mesurée par la branche. En 2021, les supervisions mises en œuvre continuent de relever une fréquence élevée d'anomalies (30 %), dont l'augmentation par rapport à 2020 (27 %) traduit notamment le déploiement d'un ciblage renforcé par la Carsat des Hauts-de-France.

Pour sa part, le dispositif de supervision de la liquidation, dans l'outil *Asur*, des dossiers relatifs aux travailleurs indépendants reste affecté par l'absence de consignes nationales, un défaut d'analyse consolidée des résultats du fait de la multiplicité des outils employés, et la rareté des compétences techniques disponibles dans les caisses.

b) Les contrôles des directions comptables et financières

En 2021, le taux moyen de contrôle des prestations liquidées dans l'*Outil retraite* a baissé de plus de 8 points par rapport à l'exercice précédent (51,0 % contre 59,4 % en 2020), dans le contexte d'un ciblage toujours fondé sur une analyse automatisée du niveau présumé de risque.

En particulier, si le taux de dossiers contrôlés a augmenté de plus d'un point pour les attributions de droits dérivés (à 69,6 %), il a baissé de 13 points pour celles de droits propres (à 51,5 %). Par ailleurs, les contrôles sur l'attribution de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (Aspa), systématiques avant 2019, ont également été réduits, pour ne plus couvrir que 50,3 % des prestations attribuées (73,4 % en 2020).

Si la capacité des directions comptables et financières à détecter avant paiement les erreurs de liquidation, fortement dégradée depuis six ans, se redresse de près de 5 points (59,3 % fin 2021), elle n'a pas retrouvé l'efficacité qui était la sienne il y a encore six ans (66,7 %). Un recentrage des contrôles sur les erreurs ayant une portée financière avérée a été amorcé, mais les contrôleurs des directions comptables et financières utilisent peu la fonctionnalité mise à leur disposition à cet effet. Par nature ponctuelles, les supervisions portant sur l'activité des contrôleurs ont une incidence limitée sur la détection d'erreurs.

Enfin, le contrôle par les directions comptables et financières des dossiers de travailleurs indépendants dans l'*Outil retraite* fait l'objet de cibles minimales de contrôle spécifiques, portant sur des nombres de dossiers plus réduits (15 % en cible pour les attributions de droits propres, 24,4 % réalisés) que ceux de salariés (40 % en cible, 53,4 % réalisés). Par ailleurs, les lacunes des outils de pilotage des contrôles sur les dossiers traités dans *Asur* en affectent l'efficacité. En effet, l'absence de vision nationale de la nature des contrôles réalisés (exhaustifs ou limités) et des résultats par point de contrôle ne permet pas d'orienter le dispositif vers les risques les plus fréquents.

c) Les erreurs résiduelles affectant les attributions et les révisions de droit, après contrôle interne, des dossiers liquidés dans l'OR

La Cnav mesure annuellement la fréquence et la portée financière des erreurs qui affectent à titre définitif les premières attributions et révisions de droit (voir 4 *infra*) des prestations de retraite, en faveur ou au détriment des assurés, à la suite ou non d'un contrôle des directions comptables et financières sur les prestations liquidées préalablement à leur mise en paiement.

Ces mesures sont déterminées à partir du contrôle, par des cellules spécialisées⁷², d'échantillons représentatifs de dossiers (plus de 10 000 dossiers en 2021), couvrant tous les types de prestations⁷³.

Pour 2021, la fréquence des erreurs de portée financière en faveur ou au détriment des assurés se réduit significativement mais continue de présenter un niveau élevé. Elle s'établit ainsi, en valeur centrale statistique, à 14 %⁷⁴, contre 16,4 % en 2020. Une nouvelle retraite sur sept liquidée dans l'*Outil retraite* comporte au moins une erreur de portée financière.

La fréquence des erreurs résiduelles portant sur les seules instructions de l'exercice, qui exclut les erreurs antérieures à la décision d'attribution de la retraite, s'améliore aussi (9 %, contre 11,7 % en 2020), mais continue de démontrer que les erreurs ont des causes contemporaines.

Les progrès enregistrés dans plusieurs caisses, en particulier la Carsat Hauts-de-France dont la fréquence des erreurs définitives a baissé de près de 9 points en 2021, attestent la mobilisation de la branche en matière de qualité de la liquidation. Toutefois, celle-ci reste insuffisante dans plusieurs organismes, notamment la Carsat Sud-Est, la Cnav en Île-de-France et la Carsat Languedoc-Roussillon.

Pour sa part, le taux d'incidence financière des erreurs en faveur ou au détriment des assurés s'est réduit, en valeur centrale statistique, de 1,9 % en 2020 à 1,2 %⁷⁵ en 2021 du montant des prestations nouvellement mises en paiement, sous l'effet notamment de l'amélioration des résultats de la Cnav en Île-de-France⁷⁶. Pour près des trois-quarts, ce taux correspond à des erreurs au détriment des assurés. Rapporté au montant des attributions de prestations au cours de l'exercice (5,8 Md€), il implique un montant probable d'erreurs de l'ordre de 70 M€⁷⁷.

⁷² 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*.

⁷³ Droits personnels, droits dérivés, allocations (Aspa notamment) et majorations (majoration pour enfants, majoration pour tierce personne, etc.).

⁷⁴ Compte tenu de la taille de l'échantillon, la fréquence des erreurs est comprise, avec une probabilité de 95 %, entre 13,3 % et 14,7 %. Dans le détail, la fréquence des erreurs atteint 20,1 % pour l'Aspa, 15,7 % pour les attributions de droits propres et 6,3 % pour celles de droits dérivés. Elle atteint 22 % pour les révisions de droits propres.

⁷⁵ Compte tenu de la taille de l'échantillon, ce résultat donne une assurance à 95 % que le taux d'incidence financière est compris entre 1 % et 1,4 %.

⁷⁶ 1,9 % en 2021, contre 4,4 % en 2020.

⁷⁷ Les erreurs résiduelles sont majoritairement au détriment des assurés (71 % du taux d'incidence financière, soit 0,85 %). Rapporté au montant des prestations légales mises en paiement en 2021, l'impact net sur les comptes annuels serait une minoration des charges de 28 M€.

d) Les erreurs résiduelles affectant les attributions et les révisions de droit, après contrôle interne, des dossiers liquidés dans Asur

La fréquence et l'incidence financière des erreurs résiduelles de liquidation des retraites nouvellement attribuées dans l'outil *Asur* ont été déterminées, en 2021, à partir du contrôle d'un échantillon d'un peu plus de 4 500 dossiers de retraites de base et complémentaires de travailleurs indépendants (contre 7 000 en 2020). Bien que cet échantillon reste représentatif de la production pour la plupart des axes d'analyse, la réduction de son périmètre affecte la précision des estimations réalisées au titre de l'exercice et la fiabilité des résultats par caisse et par type de droit.

Pour 2021, la fréquence des erreurs de portée financière se dégrade significativement et s'établit, en valeur centrale statistique, à 3,9 % pour l'ensemble des caisses métropolitaines (contre 2,9 % en 2020)⁷⁸.

Le taux d'incidence financière des erreurs en faveur ou au détriment des travailleurs indépendants dont les prestations ont été liquidées dans *Asur* s'établit à 0,3 % en valeur centrale statistique du montant des prestations nouvellement mises en paiement (contre 0,2 % en 2020)⁷⁹.

Rapporté au montant des attributions de prestations au cours de l'exercice (173,5 M€), ce taux conduit à un montant probable d'erreurs de 0,6 M€ (0,3 M€ au titre de l'exercice précédent). L'évolution la plus marquée concerne les retraites de base, dont le taux d'incidence financière est multiplié par près de trois en 2021 (0,3 %).

Si la procédure mise en œuvre pour estimer les erreurs résiduelles repose sur des actions correctement encadrées et formalisées, elle présente des fragilités tenant notamment à la réduction continue des effectifs chargés de la mettre en œuvre et 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 toujours pas en compte les erreurs affectant l'*Aspa*, les rejets et les révisions de droit.

⁷⁸ Compte tenu de la taille de l'échantillon, ce résultat donne une assurance à 95 % que le résultat de l'indicateur est compris entre 3,3 et 4,4 % (contre une fourchette entre 2,5 % et 3,3 % en 2020).

⁷⁹ Compte tenu de la taille de l'échantillon, ce résultat donne une assurance à 95 % que le taux d'incidence financière est compris entre 0,2 % et 0,4 % (contre 0,1 % et 0,3 % en 2020).

En définitive, la fréquence et l'incidence financière des erreurs résiduelles affectant les retraites liquidées dans *Asur* sont minorées. De plus, la fiabilité des instructions des services ordonnateurs et des contrôles des directions comptables et financières ne peut être appréciée de manière distincte pour les retraites de base et les retraites complémentaires.

Enfin, la grande hétérogénéité des niveaux d'erreurs entre les caisses et dans le temps dénote une sensibilité particulière de la branche à l'évolution des effectifs d'agents, souvent réduits, affectés à cette mission et maîtrisant la liquidation des retraites des travailleurs indépendants.

e) Les erreurs résiduelles sur les charges des exercices futurs et de l'exercice écoulé

S'agissant des prestations liquidées dans l'*Outil retraite*, la Cnav a renouvelé le calcul d'un taux d'incidence financière des erreurs de l'année écoulée mesurée sur la durée moyenne de service des prestations (soit 21,2 années)⁸⁰. Pour 2021, ce taux s'établit à 0,9 %. Les erreurs résiduelles affectant les attributions et révisions de droit intervenues en 2021 auraient, sur ces bases, une incidence financière cumulative en valeur absolue d'au plus 1,1 Md€ sur la durée de versement des prestations⁸¹.

Par ailleurs, l'incidence des erreurs résiduelles commises en 2021 et au cours des exercices antérieurs sur les charges de l'exercice 2021, qui repose désormais sur une méthode fiabilisée, s'établit à 0,6 Md€, soit 0,5 % du montant total des charges de droits propres (123 Md€). Ce résultat n'est pas comparable à celui établi en 2020 (0,3 %, soit une incidence de 0,4 Md€) en raison de corrections méthodologiques intervenues en réponse aux limites relevées par la Cour.

⁸⁰ Cet indicateur retient les erreurs qui auront une incidence financière sur toute la durée de versement des prestations, soustrait celles ayant une incidence uniquement l'année d'attribution de manière certaine (prélèvements sociaux) ou probable (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.

⁸¹ En 2021, plusieurs évolutions méthodologiques ont modifié le périmètre des corrections appliquées aux dossiers présentant une erreur de portée financière. À périmètre comparable, le taux d'incidence financière s'établit à 1 % (1,1 % en 2020), soit une incidence financière cumulative en valeur absolue d'au plus 1,2 Md€ sur la durée de versement des prestations.

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

En 2021, les caisses de retraite ont effectué plus de 271 000 révisions de droit (+ 4 % par rapport à 2020) et près de 180 000 révisions de service (- 10 %). Les révisions de droit modifient rétroactivement les prestations attribuées depuis la date de leur entrée en jouissance ; les révisions de service conduisent ou non à modifier pour l'avenir la prestation versée. S'agissant des prestations 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.

a) Les révisions de droit

En 2021, 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 2021 pour un montant provisionné de 0,6 Md€), tandis que plus des trois-quarts des majorations en faveur des travailleurs indépendants restaient toujours en attente de calcul (près de 530 000 majorations en instance pour un montant provisionné de 0,15 Md€).

Malgré un effort notable de fiabilisation des données du répertoire d'échanges inter-régimes de retraite (*EIRR*), dont dépend le calcul de ces majorations, plusieurs corrections majeures ont été repoussées à 2022.

En dépit de 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. En effet, les révisions de droit ne sont 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 toujours pas un suivi consolidé des délais de traitement des liquidations provisoires.

b) Les révisions de service

Compte tenu des faiblesses persistantes de la supervision de l'ordonnateur sur les révisions de service, 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* et comme lors de l'exercice précédent, le manque de précision des informations disponibles

n'a pas permis à la Cour, cette année encore, d'apprécier la portée des actions de maîtrise des risques, ce qui induit une limitation à son audit.

Les stocks de révisions de service non traitées continuent à s'inscrire à un niveau élevé, en particulier pour la Cnav en Île-de-France. S'agissant des dossiers traités dans *Asur*, les limites du système continuent d'affecter la fiabilité de l'information relative aux stocks de révisions, lesquels ne font par conséquent l'objet d'aucun suivi. Par ailleurs, si 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, le dispositif de pilotage des questionnaires encore adressés à intervalle régulier aux assurés concernés présente des faiblesses. En particulier, les questionnaires aux assurés dont les dossiers sont traités dans *Asur* sont insuffisamment suivis.

c) Les erreurs résiduelles au titre des révisions de droit et de service

Les mesures des risques résiduels portant sur les attributions de prestations de retraite (voir 3 – *supra*) font apparaître qu'en 2021, plus d'une révision de droit sur cinq effectuée dans l'*Outil retraite* a comporté une erreur résiduelle en faveur ou au détriment des assurés (22 %, contre 22,4 % en 2020, 19,5 % en 2019 et 13,9 % en 2018). Pour leur part, les erreurs résiduelles affectant les révisions de droit dans *Asur* ne sont pas mesurées.

À partir d'un échantillon spécifique de dossiers, la Cnav mesure également les erreurs résiduelles propres aux révisions de service liquidées dans le seul *Outil retraite*. En 2021, cet échantillon a retrouvé un niveau comparable à l'avant crise sanitaire (près de 1 300 dossiers effectivement contrôlés, contre 800 en 2020) et a été élargi aux révisions n'ayant pas conduit à modifier le montant de la prestation versée, ce qui permet désormais d'apprécier pleinement le risque financier résiduel affectant les révisions de service. Toutefois, le nombre réduit de dossiers contrôlés continue de limiter la précision de la mesure.

Sur le périmètre des révisions de service présentant une modification du montant de la prestation versée, qui concentrent plus des trois-quarts des erreurs de portée financière, la part de ces dernières diminue de plus d'un point en 2021 (11,3 % en valeur centrale statistique) et leur montant agrégé en valeur absolue diminue encore plus fortement (0,3 %, contre 0,9 % en 2020). Ces résultats diffèrent de ceux des contrôles habituels mis en œuvre par les directions comptables et financières (qui ont conduit à détecter 19 % de dossiers ayant une erreur de portée financière). La mesure du risque financier résiduel affectant les révisions de service a ainsi un caractère insuffisamment probant.

Opinion de la Cour sur les comptes de la branche autonomie de l'exercice 2021

Créée par la loi n° 2020-992 du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie, dont les dispositions ont été complétées par la LFSS pour 2021, la branche autonomie est gérée par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), qui en est le seul organisme et se confond par conséquent avec elle. Ses missions, définies à l'article L.14-10-1 du code de l'action sociale et des familles, sont notamment de « *veiller à l'équilibre financier de la branche, établir les comptes de la branche autonomie et effectuer le règlement et la comptabilisation de toute opération relevant de cette branche. Elle est chargée de la gestion du risque* ».

En 2021, la CNSA est devenue affectataire de nouvelles recettes propres (fraction supplémentaire de CSG et taxe sur les salaires), qui viennent s'ajouter à ses ressources propres préexistantes (CSA, CASA), et comptabilise directement les charges de prestations relatives aux financements accordés aux établissements et services médico-sociaux (ESMS) qui figuraient dans les comptes de la branche maladie jusqu'en 2020. En outre, le financement de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH), jusque-là assuré par la branche famille, lui a été transféré. Enfin, la CNSA contribue au financement des dépenses des départements, relatives à la prestation de compensation du handicap (PCH) et à l'allocation personnalisée d'autonomie (APA).

Ne disposant pas d'un réseau propre **d'organismes** de base, la CNSA s'appuie principalement sur les réseaux des branches et régimes versant les prestations pour son compte (Cpam, CAF et MSA pour l'essentiel), les agences régionales de santé (ARS), ainsi que sur les services des conseils départementaux et des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH).

Au titre de l'exercice 2021, la branche autonomie a comptabilisé 33,7 Md€ de charges et dégagé un résultat excédentaire de 0,3 Md€, contre un déficit de 0,6 Md€ de la CNSA au titre de l'exercice 2020.

A - Opinion de la Cour

En application des dispositions de l'article LO. 132-2-1 du code des juridictions financières, la Cour a effectué l'audit des comptes de la branche autonomie pour l'exercice clos le 31 décembre 2021, arrêtés le 15 avril par la directrice et l'agent comptable de la CNSA, dont un résumé est annexé au présent rapport.

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

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

L'annexe aux comptes de la branche autonomie ne mentionne pas d'engagement à l'égard des titulaires de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé au 31 décembre 2021, appréciés et évalués en fonction des règles de droit en vigueur à cette date. Ces engagements peuvent pourtant être évalués de manière fiable⁸².

B - Fondements de l'opinion de la Cour

La Cour a constaté que les comptes de la branche autonomie de l'exercice 2021 sont affectés par trois anomalies significatives.

Pour six autres aspects, elle ne dispose pas d'éléments probants suffisants qui permettraient d'écarter le risque d'anomalies significatives dans les comptes.

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

⁸² Pour sa part, l'État mentionne dans l'annexe à ses comptes des engagements au titre de l'allocation aux adultes handicapés, versée par les CAF et caisses de la MSA pour son compte.

comptes de la branche autonomie. Faute d'intégrer les actifs et passifs qui auraient résulté d'un contrôle interne efficace, les comptes de la branche autonomie reflètent imparfaitement ses droits et obligations à l'égard des principaux tiers à cette dernière (cas des charges relatives aux concours financiers aux établissements et services médico-sociaux, à ceux aux conseils départementaux et à l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé, voir partie B *infra*, points 4 à 6).

C - Anomalies significatives

1 - La comparabilité des comptes 2020 et 2021

La Cour avait estimé dans le rapport de certification des comptes de 2020 qu'il existait un risque très élevé que, compte tenu de la réduction de moitié du montant du revenu pris en compte pour calculer celui des acomptes provisionnels appelés en 2020, qui s'est traduit en pratique par l'appel de six mois de prélèvements sociaux pour la plupart des travailleurs indépendants, le montant des produits comptabilisés en 2020 sur la base de ces acomptes s'éloigne de celui des produits issus des revenus 2020, contrairement aux exercices précédents pour lesquels les montants appelés étaient proches de ceux finalement dus.

Ce risque s'est concrétisé au vu de la régularisation intervenue en 2021. En effet, les produits de CSG des travailleurs indépendants notifiés par l'Acos ont augmenté en 2021 de 50 M€ pour la CNSA en valeur brute du fait du contrecoup sur 2021 de la réduction des montants d'acomptes provisionnels appelés en 2020.

En l'absence de correction du bilan d'ouverture au 1^{er} janvier 2021, complétée par l'établissement de comptes *pro forma* au titre de l'exercice 2020 sur ce volet, la Cour constate que la comparabilité des comptes 2020 et 2021 de la CNSA est imparfaitement assurée.

2 - Des erreurs de classement des opérations comptabilisées

Dans les états financiers, les produits de contribution de solidarité additionnelle pour l'autonomie (CASA) s'élèvent à 1,4 Md€ au lieu de 0,8 Md€. En effet, leur montant comprend les produits de taxe sur les salaires⁸³ (0,6 Md€), pour laquelle l'agence comptable n'a pas créé de compte de comptabilité générale.

Le classement de certaines charges dans le compte de résultat n'est pas conforme à leur objet. En particulier, le financement des « Subventions investissement immobilier Ségur » (202 M€) est affecté à tort à la rubrique « Participations » (et inversement pour 5 M€).

Alors que l'Acoss détient une créance de 0,6 Md€ sur la CNSA (en compte courant), cette dernière présente dans ses états financiers une dette de 0,9 Md€ et une créance de 0,3 Md€, ce qui conduit à majorer de 0,3 Md€ l'actif et le passif du bilan⁸⁴.

La CNSA finance des opérations de restructuration, de création, d'extension et de mise aux normes des ESMS dans le cadre d'un plan d'aide à l'investissement en affectant des crédits aux ARS. Fin 2021, les sommes restant à verser (511 M€) sont comptabilisées en provisions pour risques et charges techniques. Or l'emploi de ces sommes présente un caractère certain dans son principe et leur montant peut être évalué avec une faible incertitude. Elles auraient donc dû être classées en acomptes ou en charges à payer, en fonction de la nature des aides.

3 - Le non-respect du principe d'irréversibilité des écritures comptables

Au moment de l'arrêté du compte de résultat et du bilan définitif (au 15 mars), l'outil comptable de la CNSA autorisait la suppression d'écritures, ce qui est contraire au principe d'irréversibilité des écritures prévu par la réglementation. Selon les informations recueillies par la Cour, une centaine d'écritures ont été supprimées tout au long de l'année 2021, sans mise en œuvre d'un suivi compensatoire, ce qui fait apparaître un risque théorique de fraude et induit de ce fait une incertitude sur le caractère régulier et probant des comptes au 31 décembre 2021.

⁸³ Affectée pour partie à la CNSA en application de l'article 8 de la LFSS pour 2022.

⁸⁴ Un autre enregistrement comptable concourt également à cette majoration pour 0,1 Md€. Une correction a été apportée par la CNSA sur ces trois points dans l'annexe.

La nature des écritures supprimées, leurs montants et le ou les auteurs de ces suppressions ne sont pas identifiés. En outre, la CNSA n'a pas réalisé en 2021 de revue des habilitations de l'outil comptable.

D - Insuffisances d'éléments probants

1 - La justification des états financiers

a) Les conditions de l'audit des comptes

Les dispositions réglementaires applicables aux organismes de sécurité sociale, en particulier l'arrêté du 24 décembre 2014, prévoient l'établissement de comptes provisoires pour le 22 février suivant la clôture de l'exercice. Ces dispositions n'ont pas été respectées par la CNSA, les comptes provisoires ayant été transmis le 7 mars 2022, ce qui a considérablement réduit le temps dont a pu disposer la Cour pour auditer les comptes.

Ces comptes provisoires, établis manuellement⁸⁵, n'étaient pas conformes à la réglementation en ce qu'ils ne retraçaient pas toutes les opérations de l'exercice, ni les écritures d'inventaire connues qui auraient dû être enregistrées et ne donnaient pas une image fidèle du résultat.

En outre, la CNSA n'a pas été en mesure de produire dès le 22 février l'ensemble de la documentation justifiant les comptes et les états financiers, faute d'avoir établi à cette date un dossier de clôture des comptes rassemblant notamment, pour chaque groupe de comptes, les soldes des comptes concernés, les éléments probants justifiant les principales écritures passées, les procédures formalisées et la matérialisation des contrôles effectués. Alors que d'importantes écritures ont été enregistrées entre les comptes provisoires au 7 mars et les comptes définitifs au 15 mars, le dossier de clôture n'a été que partiellement mis à jour ou complété lors de la transmission de ces derniers.

Si l'évolution du périmètre induite par la création de la 5^{ème} branche a été prise en compte par l'établissement de comptes *pro forma* de l'exercice 2020, certaines provisions (0,4 Md€, principalement au titre des concours APA et PCH) n'ont pas été reclassées en charges à payer dans les comptes *pro forma* précités.

⁸⁵ Il en va de même pour les comptes définitifs, l'outil comptable ne permettant de produire les états financiers prévus par le PCUOSS.

Enfin, le défaut, le caractère inabouti et le retard de transmission de certaines données confirment les fragilités du processus d'établissement et de justification des états financiers.

À la date de transmission des comptes définitifs, la CNSA n'avait pas établi les accords de solde permettant de s'assurer de la réciprocité des opérations avec les autres branches du régime général.

En outre, l'agence comptable n'a pas produit de revue analytique expliquant notamment les déterminants de la formation du résultat et des soldes du bilan. La CNSA n'a pas communiqué de réconciliation entre le budget exécuté et la comptabilité générale. La corroboration des charges comptabilisées par l'agent comptable au titre des concours financiers aux établissements et services médico-sociaux par des données issues de la base des concours aux établissements tenue par les services ordonnateurs n'est pas formalisée.

b) Les procédures de contrôle de la comptabilité

De manière générale, le périmètre et le contenu des contrôles de l'agence comptable sont insuffisamment structurés.

Ainsi, la CNSA ne s'est pas dotée d'un manuel retraçant l'ensemble des procédures de l'agence comptable en vigueur et décrivant de manière détaillée les opérations et contrôles à effectuer. Certains champs ne sont pas couverts par des procédures. Il n'existe par ailleurs pas de guide d'arrêté des comptes retraçant par thématique et processus les numéros de comptes à utiliser et les schémas d'écritures à appliquer. Enfin, à la fin de l'exercice, la CNSA n'a pas établi de bilan des contrôles réalisés.

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

La fiabilisation des circuits comptables entre les autres branches du régime général (maladie et famille) et régimes (MSA notamment) et la CNSA et la sécurisation de l'intégration des écritures comptables afférentes sont inabouties.

Ainsi, les modalités d'enregistrement comptable des charges comptabilisées par les organismes payeurs de prestations pour le compte de la CNSA appliquées au cours de l'exercice n'étaient pas conformes à la réglementation en vigueur⁸⁶. De plus, les opérations des branches de

⁸⁶ Postérieurement à la clôture de l'exercice, le décret n° 2022-567 du 15 avril 2022 a prévu des mesures dérogatoires à ce titre.

prestations sont traitées de manière hétérogène dans les organismes du régime général (gestion dédiée ou gestion en comptes de tiers), ce qui entraîne un traitement différencié lors de l'enregistrement comptable.

La CNSA est dotée d'un système d'information comptable et financier peu intégré. Ainsi, les principales applications financières ne sont pas interfacées entre elles, ce qui implique des saisies manuelles qui l'exposent à des risques d'erreurs, en particulier dans l'outil de comptabilité générale.

De même, des fichiers d'interface avec certains partenaires nécessitent soit des retraitements manuels préalables pour intégrer ensuite les fichiers automatiquement, comme les balances mensuelles de la Cnam, soit la passation d'écritures manuelles pour les opérations qui ne peuvent être intégrées automatiquement, notamment celles de fin d'exercice (mois 13) transmises par la Cnam et par l'Acoss. Le traitement informatique complémentaire (« macro ») élaboré par un prestataire de service pour intégrer les balances mensuelles issues de la Cnam, compte tenu des actions manuelles à réaliser et de contrôles insuffisants, est peu sécurisé, ce qui fait peser un risque significatif sur l'exhaustivité et l'exactitude des données intégrées dans l'outil comptable.

La balance comptable n'a que très tardivement retracé les charges relatives aux ESMS (26,4 Md€)⁸⁷ et les produits notifiés par l'Acoss (32,5 Md€), ce qui fragilise le processus de production des comptes à la clôture de l'exercice et contribue notamment à en expliquer le retard. Les contrôles spécifiques propres aux activités de l'agence comptable ne couvrent que très partiellement l'intégration manuelle des données comptables des branches de prestations.

2 - L'évaluation des charges à payer et des provisions pour risques et charges

a) Les charges à payer relatives au financement des ESMS

Les charges à payer au titre du financement des ESMS sous dotations sont évaluées à la clôture de l'exercice 2021 à 357 M€. Elles ne sont pas justifiées par des pièces ou par des estimations formalisées.

⁸⁷ Les charges relatives aux concours financiers aux ESMS transmises mi-octobre par la Cnam ont été saisies mi-décembre par la CNSA.

b) Les provisions pour risques et charges

Fin 2021, les provisions pour risques et charges s'élèvent à 1,4 Md€. Elles intègrent en particulier 0,5 Md€ au titre du plan d'aide à l'investissement (PAI) (dont le reclassement en charges à payer a été demandé cf. *supra*), 0,5 Md€ au titre du financement des ESMS, 0,1 Md€ de provisions au titre des prélèvements sociaux et 0,3 Md€ de provisions diverses.

De plus, le compte de résultat et bilan définitifs pour 2021 de la branche autonomie arrêtés le 15 mars 2022 comportent un complément de dotations aux ESMS (235 M€). Cet enregistrement a procédé de l'intégration dans les comptes d'une provision, en l'absence d'arrêté publié à la date de transmission des comptes définitifs⁸⁸.

La documentation de certaines provisions (d'un montant total de 133 M€⁸⁹) est insuffisante (origine de la provision, méthode d'évaluation, risques, contrôles, traitement comptable).

3 - Les faiblesses du cadre général du contrôle interne

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

Les règles applicables au contrôle interne des caisses nationales du régime général sont définies aux articles D. 114-4-6 et suivants du code de la sécurité sociale, issues du décret du 14 octobre 2013.

Le comité stratégique de maîtrise des risques chargé de fixer les orientations générales de la politique de maîtrise des risques ne s'est pas réuni en 2021. De fait, le comité de contrôle interne en charge de la mise en œuvre des orientations stratégiques fixées par le premier comité ne sera opérationnel qu'en 2022.

⁸⁸ L'arrêté ministériel du 21 mars 2022 fixant les dotations a été publié le 23 mars.

⁸⁹ « Conseils départementaux », « Têtes de réseaux » et « Opcas ».

La CNSA n'était pas dotée en 2021 du plan de contrôle interne prévu par l'article D. 114-4-7 du code de la sécurité sociale. Elle n'a pas retracé les résultats de ses activités de contrôle et des indicateurs de maîtrise des risques.

Si la CNSA a défini une cartographie des risques en 2021, celle-ci ne couvre pas l'ensemble des activités dont elle a la responsabilité, en particulier les risques financiers relatifs aux concours aux ESMS et à l'AEEH. En 2021, les risques majeurs de la cartographie des risques ne sont pas encore tous couverts par des plans d'action⁹⁰ précisant les moyens de maîtrise et les indicateurs de suivi.

Les activités dont la CNSA assure la gestion ne sont pas couvertes par un manuel de procédures ou des référentiels nationaux de processus. Dans un contexte de transformation de ses missions et de son organisation, les procédures sectorielles en vigueur n'ont pas été mises à jour. Dans le cadre de l'audit, ces procédures n'ont pu être identifiées de manière exhaustive. La Cour dispose ainsi d'une visibilité insuffisante sur les risques liés aux processus et aux contrôles qui leur sont liés.

Le programme d'audit interne de 2021 comprend des audits portant uniquement sur des processus propres à la CNSA et ne couvre pas ceux mis en œuvre par les branches versant des prestations pour son compte, malgré des demandes en ce sens de la CNSA. La CNSA s'est dotée en 2021 d'un comité d'audit interne, mais les moyens de son fonctionnement n'ont pas été prévus.

Au 31 décembre 2021, les relations financières n'étaient pas contractualisées avec l'Acoss du fait d'un désaccord portant sur les conditions de mobilisation des tirages visant à rembourser à la branche maladie les opérations réalisées par les Cnam pour le compte de la CNSA.

Par ailleurs, les versements effectués par les Cnam en cours d'année ont été compensés par la CNSA auprès de la Cnam en toute fin d'année. L'intégration de la CNSA dans l'applicatif de gestion de trésorerie de l'Acoss, permettant à la CNSA de visualiser dès le lendemain que les opérations ont bien été réalisées et pour le montant demandé à l'Acoss, a été reportée à 2022.

⁹⁰ Un tableau de bord du contrôle interne a été formalisé afin d'assurer un suivi général de ce plan mais reste, pour certaines rubriques, à compléter.

b) L'absence de dispositifs connus de contrôle interne applicables aux activités des MDPH

Les MDPH sont des groupements d'intérêt public dont les départements assurent la tutelle administrative et financière. Elles font partie du réseau « fonctionnel » de la CNSA qui n'est pas partie prenante à leur gouvernance. Elles instruisent les demandes de prestation formulées par les personnes en situation d'handicap, en particulier l'AEEH (1,2 Md€) et la PCH (2,2 Md€ versés par les départements, dont 0,7 Md€ sont financés par la branche autonomie).

Alors que la CNSA s'est vu confier un rôle d'« accompagnement et d'appui » des MDPH « en vue de garantir la qualité de service et de veiller à l'équité du traitement des demandes de compensation du handicap », ainsi qu'un rôle « d'évaluation de leur contribution à la politique de l'autonomie des personnes » (article L. 14-10-1 du code de l'action sociale et des familles), elle n'a pas de visibilité sur les dispositifs de contrôle interne que ces dernières sont susceptibles d'avoir mis en place ni, *a fortiori*, d'action particulière sur ces derniers. L'absence de tout cadre national de contrôle interne ne permet pas de disposer d'une assurance raisonnable sur la fiabilité du traitement par les MDPH des dossiers pour lesquels la CNSA finance en tout ou partie les prestations.

Fin novembre 2021, moins d'un quart des feuilles de routes territorialisées, qui intègrent notamment les objectifs et engagements en matière d'audit des MDPH, des conseils départementaux et de la CNSA, étaient formalisées et signées. Le suivi national par la CNSA des indicateurs figurant dans ces feuilles de route n'est pas opérationnel.

Par ailleurs, les fonctionnalités du système d'information harmonisé des MDPH, qui doivent favoriser l'homogénéisation de leurs pratiques de reconnaissance des droits, ne sont pas toutes complètement déployées, ni systématiquement utilisées lorsqu'elles le sont, ce qui affecte le niveau d'assurance relatif aux données prises en compte pour liquider une partie des prestations de la branche autonomie.

Fin 2021, l'entrepôt de données de la CNSA devant être alimenté des informations saisies par les MDPH dans leur système d'information harmonisé n'était pas encore opérationnel. De ce fait, la CNSA ne dispose pas de données récentes et répondant à une méthodologie commune.

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

Les dispositifs de contrôle interne propres aux branches maladie et famille et à la MSA couvrent insuffisamment les risques de portée financière auxquels est exposée la branche autonomie.

La création de la 5^{ème} branche a pour conséquence que les prestations correspondant aux concours financiers aux ESMS et à l'AEEH, dont le versement continue d'être effectué par un organisme tiers (Cnam, CAF ou MSA pour l'essentiel), constituent désormais des charges de la CNSA, qui en supporte les risques financiers et comptables.

En conséquence, le dispositif général de contrôle interne de la branche autonomie est affecté par les constats relatifs au titre du contrôle interne des opérations confiées aux autres branches du régime général. Il est renvoyé aux motivations des opinions de la Cour sur les comptes des branches maladie et famille.

Les conventions avec la Cnam et la MSA n'ayant pas été approuvées au cours de l'exercice 2021, la CNSA ne dispose pas d'une représentation consolidée et exhaustive des actions de maîtrise des risques mises en œuvre par ces entités au titre du financement des ESMS. S'agissant des CAF, compte tenu des informations fournies, les résultats des contrôles demeurent difficilement exploitables par la CNSA. Au moment de l'arrêt des comptes définitifs, la CNSA n'avait pas établi de bilan annuel des résultats des contrôles réalisés par les branches et régimes. L'ensemble des conventions définissent de manière imprécise les responsabilités respectives des branches de prestations et de la CNSA, ce qui limite la portée de son action.

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

Élaborée en 2015, la politique de sécurité des systèmes d'information en vigueur n'a pas été mise à jour des évolutions récentes des missions et de l'organisation de la CNSA. L'organisation des responsabilités en matière de sécurité, notamment entre la direction des systèmes d'information et les autres directions, est imparfaitement définie. Le plan de contrôle interne relatif à la sécurité du système d'information reste à établir.

e) La portée de la lutte contre les fraudes

La CNSA n'a pas défini de plan de lutte contre les fraudes externes, ni procédé en 2021 à l'évaluation de la fraude prévue par la stratégie interministérielle définie le 9 décembre 2020.

Elle n'a pas connaissance des dispositifs éventuellement mis en œuvre par les MDPH afin de prévenir ou de détecter des fraudes aux prestations qu'elle finance. Les MDPH et les CAF ne mettent pas en œuvre d'action coordonnée visant à lutter contre la fraude relative à l'AEEH. Les indus frauduleux détectés par les CAF concernent exclusivement les conditions administratives de la prestation.

La CNSA n'a pas défini de plan de lutte contre la fraude interne. Les modalités de mise en œuvre au sein de la CNSA des mesures de prévention et de lutte contre la fraude interne et leur formalisation restent à préciser.

Le dispositif de prévention des conflits d'intérêts des agents de la CNSA était en cours d'élaboration en 2021. Celui des membres du conseil de la CNSA n'a pas été appliqué en 2021, dans l'attente d'une refonte.

4 - Les erreurs affectant les concours financiers aux établissements et services médico-sociaux

À titre principal, les ESMS sont financés par la CNSA par la voie de dotations et de forfaits attribués sur le fondement d'arrêtés pris par les ARS et transmis pour paiement aux Cnam (25,3 Md€). Les prix de journée facturés directement à l'assurance maladie (1,1 Md€) ont un caractère minoritaire dans l'ensemble des financements.

En 2021, les Cnam n'ont réalisé aucun contrôle sur les droits des bénéficiaires, à l'exception d'un contrôle sur les établissements en prix de journée du secteur du handicap visant à détecter des situations incohérentes entre l'orientation de la MDPH et l'affectation du bénéficiaire.

a) Les règlements des dotations et forfaits

Le contrôle interne des Cnam sur les règlements aux ESMS des financements en dotation et au forfait fait apparaître des faiblesses des contrôles *a priori* sur les données reçues et *a posteriori* sur les versements, lesquels intègrent de surcroît depuis le début de la crise sanitaire des mesures dont l'application est insuffisamment contrôlée.

L'absence de généralisation d'un transfert automatisé aux Cnam des arrêtés fixant le montant des versements de dotations aux ESMS, induit un

risque d'erreur de comptabilisation des charges correspondantes dans l'exercice. De plus, les contrôles opérés par les Cnam qui croisent les données saisies par les services ordonnateurs et comptables, complétés pour certains d'entre eux par une confirmation auprès des ARS, ne couvrent que partiellement le risque de règlement à tort d'une dotation.

Les contrôles visant à vérifier la conformité et l'exhaustivité des effectifs déclarés par les Ehpad dans l'outil *RESID-EHPAD* sont très ponctuels, ne couvrent qu'une partie des établissements et manquent de fiabilité. De surcroît, leur mise en œuvre et la traçabilité des natures d'anomalies à contrôler par les caisses (décès, mouvements sans retour, présences multiples) sont imparfaitement assurées.

Le déploiement des contrôles prévus par le nouvel outil *RESID-ESMS*, qui vise à détecter des paiements indus de prestations relevant des soins de ville pour des prises en charge sanitaires déjà assurées dans le cadre de séjours en ESMS, reste inabouti. À ce jour, les contrôles portant sur les risques de double facturation d'actes de soins concernent uniquement les ESMS en prix de journée.

Par ailleurs, le manque de contrôle de l'application des principales mesures prises dans le contexte de la crise sanitaire (compensation des pertes de recettes d'hébergement des Ehpad, surcoûts), et pour partie intégrées sans distinction dans les arrêtés, fait peser un risque sur l'exactitude et l'exhaustivité des charges techniques comptabilisées. En outre, pour celles identifiées dans les arrêtés, le système d'information n'a pas été adapté afin d'assurer un suivi comptable distinct des sommes versées au titre de chacune des mesures, ce qui conduit les Cnam à assurer un suivi extracomptable sous tableur et induit des risques d'erreurs.

b) Les règlements des prix de journée

Le contrôle interne des financements sous forme de prix de journée (1,1 Md€) comporte des faiblesses, ce qui affecte la maîtrise des risques relatifs à la réalité et à l'exactitude des prestations.

Les facturations au prix de journée effectuées par les ESMS font l'objet par les Cnam de contrôles *a posteriori* prévus par un référentiel national de processus. Certains contrôles visant à garantir le correct traitement des rejets et signalements relatifs aux flux en facturation directe sont imparfaitement assurés par les Cnam. En outre, les modalités de détermination des taux d'anomalies comportent des biais, ce qui affecte la fiabilité des données nationales de synthèse qui permettent en principe d'apprécier la portée des contrôles. Compte tenu de leur faible volumétrie, les autres contrôles visant à garantir la conformité des facturations à la

réglementation couvrent insuffisamment le risque d'inexactitude des charges relatives au financement des ESMS.

Les contrôles mis en œuvre par les Cnam couvrent insuffisamment les risques de double facturation d'actes de soins, par ailleurs non estimés. Ces risques sont accentués par la suspension, depuis le premier semestre 2020, des contrôles opérés par l'assurance maladie dans le cadre de la lutte contre les fraudes et les pratiques fautives sur les données administratives des Ehpad et des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD).

c) L'absence de mesures des risques financiers résiduels, après contrôle interne

À ce jour, la CNSA, en liaison avec la Cnam, n'a pas mis en place de mesure du risque financier résiduel affectant les règlements des dotations et forfaits, sur lesquels portent les enjeux financiers les plus significatifs.

Par ailleurs, l'indicateur de risque financier résiduel établi par la branche maladie (voir partie B, point 7) sur les règlements de frais de santé qui lui sont facturés directement n'a pas été adapté à la création de la branche autonomie. Compte tenu de l'intégration à l'échantillon de dossiers contrôlés d'un nombre minime de dossiers relatifs à des règlements aux ESMS, le risque financier résiduel propre aux facturations au prix de journée ne peut être apprécié.

5 - Les erreurs affectant les concours aux conseils départementaux

La CNSA verse aux conseils départementaux des concours au financement de l'allocation personnalisée d'autonomie - APA (2,9 Md€), au financement de la PCH (0,7 Md€), au titre de la conférence des financeurs (0,2 Md€) et pour le financement du fonctionnement des MDPH (0,1 Md€).

Une partie des procédures internes encadrant le calcul par la CNSA des concours aux conseils départementaux ne sont pas à jour.

La CNSA répartit les concours entre les départements en appliquant certains critères à des données émanant pour partie des départements eux-mêmes⁹¹. L'absence d'informatisation de la collecte de ces données, prévue mais non encore opérationnelle, conduit à démultiplier les saisies manuelles et, ce faisant, accentue les risques d'erreur.

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

L'attribution de l'AEEH (1,2 Md€ de charges en 2021) est subordonnée à des conditions médicales appréciées par les commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) des MDPH et à des conditions administratives appréciées par les CAF.

a) Les modalités d'acquisition des données

La dématérialisation, encore très limitée, des flux de données entre les MDPH et les CAF réduit le niveau d'assurance relatif à la fiabilité des données prises en compte par ces dernières et, ce faisant, sur celle des prestations liquidées et comptabilisées.

L'absence de flux dématérialisés avec certains partenaires (Éducation nationale, Cnam, conseils départementaux) place la branche famille en situation de dépendance à l'égard des données déclarées par les allocataires, principalement auprès des MDPH, avec un effet identique.

b) Le dispositif de contrôle interne de la branche famille

Les risques relatifs à l'AEEH sont insuffisamment couverts par les dispositifs de contrôle interne mis en œuvre par la branche famille.

En principe, les CAF doivent procéder à des contrôles de cohérence sur les données notifiées par les MDPH, telles que la période d'accord et le taux d'incapacité. Cependant, le système d'information de la branche famille n'intègre pas de contrôles de cohérence sur ces aspects. Pour leur part, les agents saisissent les données en l'état, sans vérification.

⁹¹ Dépenses d'APA pour le concours APA, dépenses de PCH et nombre de bénéficiaires de la PCH augmenté du nombre de bénéficiaires de l'allocation compensatrice pour tierce personne pour le concours PCH.

Le processus de gestion de l'AEEH défini par la Cnaf couvre insuffisamment les situations les plus à risque (enregistrement des éléments des demandes Cerfa et des notifications MDPH, contrôle de l'effectivité des compléments à l'AEEH) ou faisant l'objet d'erreurs récurrentes lors de la liquidation (traitement des périodes de retour au foyer par exemple).

Trois types de compléments à l'AEEH sont susceptibles d'être versés (0,5 Md€ en 2021) : pour réduction ou cessation d'activité, pour emploi d'une tierce personne et pour frais (certains compléments peuvent se cumuler). Or, seules les reprises ou augmentations d'activité des parents font l'objet d'une procédure de traitement au sein du système d'information de la branche famille. Bien que les articles L. 541-5 et R. 541-4 du code de la sécurité sociale les y autorisent, les CAF ne procèdent en pratique à aucun contrôle sur le recours à une tierce personne et sur les frais.

Alors que des erreurs récurrentes de liquidation ont été relevées par la Cour, la Cnaf ne prescrit pas aux CAF la réalisation obligatoire par les services ordonnateurs de supervisions sur la liquidation de cette prestation. Les contrôles du directeur comptable et financier sont quant à eux peu nombreux, l'AEEH étant peu ciblée par le modèle de *datamining* métier en vigueur.

En l'absence d'information transmise par les MDPH lors de l'attribution de la PCH et de celle du choix de la famille pour ce droit, les CAF sont susceptibles de verser un complément d'AEEH (539 M€ au niveau national) à des allocataires n'y ayant pas droit. De ce fait, la CNSA est susceptible de supporter des charges imputables au cumul irrégulier de ces deux prestations.

Le périmètre et la présentation des résultats des indicateurs de risque résiduel établis par la branche famille (voir partie B, points 2 et 3) n'ont pas été adaptés à la création de la branche autonomie. Ainsi, les données disponibles ne permettent pas d'apprécier les risques résiduels propres à l'AEEH, qui apparaissent pourtant significatifs⁹².

⁹² Ainsi, la branche famille a identifié que la dégradation en 2021 de la valeur statistique centrale de l'indicateur « données déclaratives » à neuf mois des prestations d'entretien (5,1 %, soit 0,9 Md€, contre 3,7 % en 2020), catégorie de prestations comprenant l'AEEH, était notamment imputable à des indus significatifs sur des dossiers d'allocataires de cette prestation.

**DEUXIÈME PARTIE -
COMPTES DES ORGANISMES
NATIONAUX DU RÉGIME
GÉNÉRAL**

Opinion de la Cour sur les comptes de l'Acoss

A - Opinion de la Cour

En application des dispositions de l'article LO. 132-2-1 du code des juridictions financières, la Cour a effectué l'audit des comptes de l'Acoss pour l'exercice clos le 31 décembre 2021, arrêtés le 15 avril par le directeur et la directrice comptable et financière.

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

B - Fondements de l'opinion de la Cour

Il est renvoyé à trois anomalies significatives constatées par la Cour sur les comptes de l'activité de recouvrement (cf. A-2, 3 et 4) et à cinq autres aspects pour lesquels la Cour ne dispose pas d'éléments probants suffisants qui permettraient d'écarter le risque d'anomalies significatives dans les comptes (cf. B-1, 2, 3, 4 et 5).

Opinion de la Cour sur les comptes de la Cnam

A - Opinion de la Cour

En application des dispositions de l'article LO. 132-2-1 du code des juridictions financières, la Cour a effectué l'audit des comptes de la Cnam pour l'exercice clos le 31 décembre 2021, arrêtés le 21 avril par le directeur général et le directeur comptable et financier.

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

Par ailleurs, sans remettre en cause son opinion, la Cour appelle l'attention sur les points particuliers relatifs à la compréhension des états financiers des branches maladie et AT-MP, également applicables aux états financiers de la Cnam.

B - Fondements de l'opinion de la Cour

Il est renvoyé aux anomalies significatives constatées par la Cour sur les comptes des branches maladie et AT-MP (cf. A) et aux autres aspects pour lesquels la Cour ne dispose pas d'éléments probants suffisants qui permettraient d'écarter le risque d'anomalies significatives dans les comptes (cf. B).

Opinion de la Cour sur les comptes de la Cnaf

A - Opinion de la Cour

En application des dispositions de l'article LO. 132-2-1 du code des juridictions financières, la Cour a effectué l'audit des comptes de la Cnaf pour l'exercice clos le 31 décembre 2021, arrêtés le 15 avril par le directeur et le directeur comptable et financier.

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

B - Fondements de l'opinion de la Cour

Il est renvoyé à l'anomalie significative constatée par la Cour sur les comptes de la branche famille (cf. A) et aux cinq autres aspects pour lesquels la Cour ne dispose pas d'éléments probants suffisants qui permettraient d'écarter le risque d'anomalies significatives dans les comptes (cf. B-1 à 5).

Opinion de la Cour sur les comptes de la Cnav

A - Opinion de la Cour

En application des dispositions de l'article LO. 132-2-1 du code des juridictions financières, la Cour a effectué l'audit des comptes de la Cnav pour l'exercice clos le 31 décembre 2021, arrêtés le 15 avril par le directeur et le directeur comptable et financier.

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

Par ailleurs, sans remettre en cause son opinion, la Cour appelle de nouveau l'attention sur les deux points particuliers relatifs à la compréhension des états financiers de la branche vieillesse, également applicable aux états financiers de la Cnav.

B - Fondements de l'opinion de la Cour

Il est renvoyé à l'anomalie significative constatée par la Cour sur les comptes de la branche vieillesse (cf. A) et aux quatre autres aspects pour lesquels la Cour ne dispose pas d'éléments probants suffisants qui permettraient d'écarter le risque d'anomalies significatives dans les comptes (cf. B-1 à 4).

TROISIÈME PARTIE - COMPTE RENDU DES VÉRIFICATIONS OPÉRÉES PAR LA COUR

En application de l'article LO. 132-2-1 du code des juridictions financières, la Cour rend compte des vérifications qu'elle a effectuées dans le cadre de sa mission de certification des comptes des organismes nationaux, des branches et de l'activité de recouvrement du régime général de sécurité sociale.

I - Caractéristiques de la mission de la Cour

A - L'objet de la certification

La certification est une opinion écrite et motivée que l'auditeur formule sous sa propre responsabilité⁹³. Elle consiste à collecter les éléments nécessaires à l'obtention d'une assurance raisonnable sur la

⁹³ Conformément à la norme ISA 200 « Objectifs généraux de l'auditeur indépendant et conduite d'un audit selon les normes internationales d'audit ».

conformité des comptes des entités concernées, dans tous leurs aspects significatifs, aux règles et principes comptables qui leur sont applicables.

B - Les normes d'audit appliquées

En tant qu'institution membre de l'Organisation internationale des institutions supérieures de contrôle des finances publiques (Intosai), la Cour se réfère, dans l'exercice de ses différentes missions, aux normes internationales des institutions supérieures de contrôle (Issai).

Dans le domaine de la certification des comptes, les normes Issai sont une transposition directe des normes internationales d'audit (ISA) et de la norme internationale de contrôle qualité en matière d'audit financier (ISQC 1), édictées par la Fédération internationale des experts comptables (IFAC).

Conformément à l'arrêté du Premier président n° 19-1022 du 3 janvier 2020 portant normes professionnelles de la Cour et des chambres régionales et territoriales des comptes, pris en application de l'article L. 120-4 du code des juridictions financières, la Cour applique les normes ISA et la norme ISQC 1 dans la mesure de leur compatibilité avec la nature particulière de ses missions de certification ainsi qu'avec les dispositions du code des juridictions financières. Ainsi, plusieurs normes n'ont pas trouvé à s'appliquer pour tout⁹⁴ ou partie⁹⁵ de leurs dispositions.

⁹⁴ ISA 510 « *Missions d'audit initiale – Soldes d'ouverture* », cette norme n'ayant plus trouvé à s'appliquer au-delà du premier exercice de certification (2006) ; ISA 570 « *Continuité de l'exploitation* », cette notion étant inapplicable à la sécurité sociale ; ISA 800 « *Aspects particuliers : audits d'états financiers établis conformément à des référentiels à caractère spécifique* », ISA 805 « *Aspects particuliers : audits d'états financiers pris isolément et d'éléments, de comptes ou de rubriques spécifiques d'un état financier* » et ISA 810 « *Missions ayant pour but d'émettre un rapport sur des états financiers résumés* », ces trois normes concernant des missions sans équivalent dans le cadre de la certification des comptes de la sécurité sociale.

⁹⁵ ISA 210 « *Accord sur les termes des missions d'audit* », partiellement applicable compte tenu du caractère obligatoire de la mission de la Cour ; ISA 220 « *Contrôle qualité d'un audit d'états financiers* » et ISQC 1 « *Contrôle qualité des cabinets réalisant des missions d'audit ou d'examen limité d'états financiers et d'autres missions d'assurance et de services connexes* », partiellement applicables pour ce qui concerne les dispositions relatives à la traçabilité des divergences internes, en partie contraires aux dispositions du code des juridictions financières en matière de secret des délibérations..

C - Responsabilité de la Cour à l'égard des comptes

Conformément aux normes internationales d'audit, en particulier la norme ISA 200, l'auditeur doit chercher à obtenir l'assurance raisonnable que les états financiers pris dans leur ensemble ne comportent pas d'anomalies significatives, que celles-ci résultent d'erreurs ou de fraudes.

À cette fin, il lui incombe notamment :

- d'identifier et d'évaluer les risques d'anomalies significatives dans les états financiers ;
- de concevoir et de mettre en œuvre des réponses adaptées à son évaluation des risques d'anomalies significatives afin d'obtenir des éléments probants suffisants et appropriés concernant ces risques ;
- de répondre de manière appropriée aux cas d'erreurs ou de fraudes avérées ou suspectées identifiés au cours de l'audit ;
- de faire preuve d'esprit critique tout au long de l'audit.

En raison des limites inhérentes à l'audit, le risque que certaines anomalies significatives contenues dans les états financiers ne soient pas détectées ne peut être totalement écarté, même si l'audit a été correctement planifié et réalisé conformément aux normes.

II - Caractéristiques des comptes soumis à certification

A - Les comptes des organismes de sécurité sociale

En application de l'article R. 114-6-1 du code de la sécurité sociale, les comptes soumis à certification comprennent chacun un bilan, un compte de résultat, ainsi qu'une annexe qui fournit les informations utiles à la compréhension et à l'interprétation des états précités.

Ils sont établis en application du plan comptable unique des organismes de sécurité sociale (PCUOSS), qui ne s'écarte des dispositions du règlement n° 2014-03 de l'Autorité des normes comptables relatives au plan comptable général (modifié au 1^{er} janvier 2019) 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.

B - Les responsabilités des organismes nationaux du régime général

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

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

Les comptes annuels des organismes locaux ne sont pas soumis à une procédure de certification par un auditeur externe. Sur le fondement des articles L. 114-6 et D. 114-4-2 du code de la sécurité sociale, le directeur comptable et financier de l'organisme national les valide, en attestant qu'ils sont réguliers et sincères et donnent une image fidèle de leur situation financière et de leur patrimoine. À cette fin, il effectue des audits et des contrôles.

III - Vérifications effectuées par la Cour

A - Démarche d'audit

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

- la vérification de l'exhaustivité et de l'exactitude de la prise en compte, dans la comptabilité générale, des informations issues de la gestion des prélèvements sociaux et des prestations sociales, ce qui suppose, en particulier, d'identifier et de suivre un chemin de révision de la comptabilisation des opérations effectuées ;

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

La mission de certification des comptes du régime général confiée à la Cour concerne aussi des entités tierces à ce dernier. Ainsi, en raison du rôle central du réseau des Urssaf dans la collecte des prélèvements sociaux, la Cour audite les flux et les soldes notifiés aux attributaires significatifs extérieurs au régime général (comme la Cades) ou à la sécurité sociale (Unédic notamment). Compte tenu de la nature des missions et des sources de financement du fonds de solidarité vieillesse (FSV), la Cour audite de fait la totalité des produits et plus de 90 % des charges de cet organisme. La Cour examine par ailleurs les opérations effectuées par la branche famille pour le compte des départements (RSA) et de l'État (prime d'activité, aides au logement, allocation aux adultes handicapés), comptabilisées en comptes de tiers.

En application des dispositions de l'article L. 141-10 du code des juridictions financières, la Cour communique aux commissaires aux comptes de plusieurs organismes⁹⁶ des éléments d'appréciation sur les opérations effectuées par le régime général de sécurité sociale pour le compte de ces entités, ou en lien avec elles s'agissant du recouvrement des prélèvements sociaux et de la répartition des dotations hospitalières entre les régimes d'assurance maladie.

Compte tenu des relations financières des régimes agricoles avec le régime général, la Cour est rendue destinataire par les commissaires aux comptes de la caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA)

⁹⁶ L'Unédic, l'Association pour la gestion du régime de garantie des créances des salariés (AGS), l'AGIRC-ARRCO et la Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales.

d'éléments d'appréciation sur le contrôle interne déployé au titre de ces régimes. Au titre de la compensation par l' Acof au régime de retraite complémentaire des salariés de la réduction générale de cotisations, depuis le 1^{er} janvier 2019, la Cour est par ailleurs rendue destinataire d'une attestation des commissaires aux comptes de l'AGIRC-ARRCO. Des échanges sont par ailleurs intervenus avec les commissaires aux comptes de certains établissements de santé, au titre de la certification des comptes de la branche maladie.

La Cour a pris en compte, dans l'exercice de sa mission de certification des comptes de l'exercice 2021, le contexte particulier lié à la poursuite de la crise sanitaire, les contraintes qui en ont résulté pour les organismes de sécurité sociale et leurs administrations de tutelle, les risques nouveaux ou amplifiés qui en résultent sur les activités des organismes retracées par leurs états financiers, ainsi que les traitements comptables appliqués aux opérations liées au contexte de crise.

B - Vérifications réalisées par la Cour

1 - Les dispositifs de contrôle interne

La Cour a examiné les dispositifs généraux de maîtrise des risques susceptibles d'avoir une portée financière et les dispositifs de prévention et de détection des fraudes externes et internes et des conflits d'intérêt. Elle a également examiné l'organisation de la fonction d'audit interne, les thèmes couverts par les audits récents, les résultats de ces audits et les suites données aux recommandations des auditeurs internes.

L'examen des dispositifs de contrôle interne propres aux principales activités des organismes du régime général de sécurité sociale a couvert les principaux flux de prélèvements sociaux acquittés par les cotisants (employeurs et travailleurs indépendants) et d'impôts et de taxes affectés au financement de la sécurité sociale (comme la TVA, ou les remises versées par les entreprises pharmaceutiques), les principaux flux de prestations sociales (remboursements de frais de santé, indemnités journalières, pensions d'invalidité et rentes AT-MP ; prestations familiales légales et extra-légales et prestations de solidarité versées pour le compte de l'État et des départements ; retraites de droit propre et de droit dérivé ; prises en charge médico-sociales), ainsi que les droits à prestations lorsque la reconnaissance de ces derniers précède l'attribution proprement dite de prestations (droits aux prestations d'assurance maladie, données de carrière prises en compte pour les retraites de droit propre).

Les mesures du risque financier résiduel qui affecte les principales prestations mises en paiement et comptabilisées par les différentes branches, qui rendent compte de l'efficacité du contrôle interne, ont notamment été vérifiées au moyen de tests permettant d'apprécier la fiabilité du calcul des indicateurs correspondants (règlements de frais de santé en facturation directe, indemnités journalières, retraites et prestations légales et extra-légales versées par les CAF).

2 - Les systèmes d'information

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

Les exigences réglementaires applicables en matière de sécurité des systèmes d'information⁹⁷ ne sont que partiellement satisfaites. Le retard important pris en la matière expose les branches à des risques significatifs, notamment au titre de la gestion des données. En cas d'incident affectant leurs sites de production, les dispositifs de secours informatique mis en œuvre par les branches font par ailleurs apparaître des marges de progrès. À titre d'exemple, le système d'information de la branche famille ne présente pas une disponibilité suffisante pour lui permettre de liquider des prestations légales depuis son site de secours.

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 les branches maladie, un audit a porté sur les outils de contrôle de la valorisation de l'activité des établissements publics et privés à but non lucratif gérés par l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (Atih) dans le cadre du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) ;

⁹⁷ Politique de sécurité des systèmes d'information des ministères chargés des affaires sociales (PSSI-MCAS), publiée en octobre 2015, règlement général sur la protection des données (RGPD) depuis mai 2018 et exigences relatives à désignation des organismes de sécurité sociale en tant qu'opérateurs de services essentiels (OSE) en septembre 2019.

- pour la branche famille, un audit a porté sur la mise en œuvre du nouveau système d'information (*NSI*) de la branche, dont les premières fonctionnalités consistent en l'acquisition des données du dispositif ressources mensuelles (*DRM*) et le calcul des aides au logement à partir de ces dernières ;
- pour la branche vieillesse, un audit a porté sur les premiers modules déployés au titre du nouveau système de régularisation des carrières (*Syrca*), relatifs aux critères de sélection des dossiers à régulariser et à l'automatisation de certaines tâches.

3 - Les enregistrements comptables et l'information financière

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

Ont également été audités les enregistrements comptables qui résultent d'une estimation, notamment les dépréciations de créances sur les cotisants, les produits à recevoir et les provisions pour réductions de produits de prélèvements sociaux (avec le concours d'un prestataire de service placé sous le contrôle de la Cour), et les charges à payer et provisions pour charges relatives aux prestations sociales.

Les principaux transferts financiers entre les branches du régime général (AVPF notamment) et entre ces dernières et des entités tierces ont également été examinés (transferts en provenance du FSV et intégrations financières aux branches du régime général notamment). Il en va de même des reprises de déficits effectuées par la Cades.

Le processus de combinaison des comptes des organismes appartenant au périmètre des différentes branches et de l'activité de recouvrement a été audité afin d'en apprécier la fiabilité.

Les règles d'élaboration et de présentation des bilans et des comptes de résultat ont été examinées, pour s'assurer du respect des principes comptables, notamment ceux de comptabilisation en droits constatés, d'indépendance des exercices et de non-compensation entre les charges et les produits, et entre les dettes et les créances.

Enfin, la Cour a examiné l'incidence sur les comptes des branches du régime général et de l'activité de recouvrement, ainsi que sur les comptes des organismes nationaux, des événements significatifs intervenus entre le 31 décembre 2021 et le 12 mai 2022, date à laquelle le présent rapport a été approuvé par la chambre du conseil.

C - Suivi des constats formulés par la Cour au titre de l'exercice 2020

Dans ses rapports précédents, la Cour mentionnait les évolutions des constats d'audit. En tenant compte de la nouvelle présentation du rapport, les développements suivants précisent les progrès intervenus par rapport au précédent exercice 2020, les difficultés nouvellement identifiées et celles qui se sont renforcées.

La Cour avait constaté en 2020 qu'elle était dans l'impossibilité de certifier que, au regard des règles et principes comptables qui leur sont applicables, les **comptes de l'activité de recouvrement de l'exercice 2020** étaient réguliers et sincères et donnaient 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 de cinq motifs et de leur interaction.

Au 31 décembre 2021, du fait des modifications apportées par l'Acos à la méthode *ad hoc* de calcul des dépréciations de créances sur les cotisants nées dans le contexte de la crise sanitaire, le motif n° 3 de l'impossibilité de certifier les comptes de l'exercice 2020 a été levé. En effet, l'Acos ayant pris en compte une demande d'ajustement de ces dépréciations (cf. *infra*), cette méthode présente pour l'exercice 2021 un caractère approprié.

Par ailleurs, le constat d'audit relatif à l'audit interne (constat n° 11 du rapport de certification des comptes de 2020) est levé, les limites alors constatées ayant disparu.

Cinq éléments nouveaux ont été introduits ou réintroduits : l'absence d'exhaustivité des produits de compensation par l'État de la réduction forfaitaire (A-2), la mise en œuvre de plans d'apurement et les risques de prescription des créances sur la gestion des admissions en non-valeur (B-5 et 6), les cotisations finançant les indemnités journalières des professions libérales (B-6) et l'indemnité inflation (B-8).

La Cour avait certifié les **comptes de la branche maladie de l'exercice 2020** en assortissant son opinion de sept réserves relatives au dispositif national de contrôle interne et d'audit interne (réserve n° 1), aux droits aux prestations de l'assurance maladie (réserve n° 2), à la prise en charge des frais de santé en facturation directe (réserve n° 3), aux frais de santé facturés par les établissements de santé (réserve n° 4), aux prestations en espèces (réserve n° 5), à la justification des comptes (réserve n° 6) et aux montants attribués par l'activité de recouvrement (réserve n° 7).

Un constat d'audit (dispositif Dipa d'indemnisation de la perte d'activité des professionnels de santé libéraux) porté au titre des réserves de l'exercice précédent est levé en 2021. Un second constat (audit interne) n'a pas été reconduit. En revanche, les risques financiers résiduels relatifs aux règlements de frais de santé facturés directement à l'assurance maladie et aux indemnités journalières nouvellement mises en paiement se sont dégradés.

Par rapport à l'opinion exprimée sur les comptes de 2020, plusieurs constats d'audit ont été atténués du fait d'actions engagées par la Cnam afin de répondre à des constats de la Cour ou d'un moindre effet en 2021 des incertitudes liées à des mesures exceptionnelles mises en œuvre dans le contexte de la crise sanitaire.

La Cour avait certifié les **comptes de la branche AT-MP de l'exercice 2020** en assortissant son opinion de six 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 (réserve n° 4), à la justification des comptes (réserve n° 5), ainsi qu'aux montants attribués par l'activité de recouvrement (réserve n° 6).

La réserve n° 6 est levée compte tenu de l'effet non significatif en 2021 pour la branche des incertitudes et désaccords relevés par la Cour sur les comptes de l'activité de recouvrement. La réserve n° 4 (frais de santé) n'est pas reconduite.

Aucun constat d'audit porté au titre des autres réserves de l'exercice précédent n'est levé en 2021. Par ailleurs, le risque financier résiduel relatif aux indemnités journalières nouvellement mises en paiement s'est dégradé.

La Cour avait certifié les **comptes de la branche famille de l'exercice 2020** en assortissant son opinion de quatre réserves relatives au cadre général du contrôle interne de la branche (réserve n° 1), aux prestations légales (réserve n° 2), aux prestations extralégales d'action sociale (réserve n° 3) et aux incertitudes et désaccords relevés par la Cour sur les comptes de l'activité de recouvrement (réserve n° 4).

Au 31 décembre 2021, ont été levés un constat (gestion des aides collectives, pour lesquelles les structures subventionnées peuvent désormais télédéclarer les données à partir desquelles les CAF attribuent les aides dans un portail comprenant des contrôles de cohérence intégrés) et un point d'audit (dispositif de contrôle interne propre 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 combinaison des comptes).

Par ailleurs, les constats qui portaient sur les mesures prises dans le contexte de la crise sanitaire en 2020 ont été supprimés lorsqu'ils n'avaient pas un caractère récurrent.

Par rapport à l'opinion exprimée sur les comptes de 2020, plusieurs constats ont en revanche été renforcés du fait des mesures d'allègement du contrôle interne prises en 2021 et de la dégradation des risques financiers résiduels affectant les prestations légales versées. Trois constats nouveaux ont été introduits ou réintroduits sur les dysfonctionnements informatiques rencontrés lors de la mise en œuvre de la réforme du calcul des aides au logement (B-1), sur le dispositif de maîtrise des risques liés au versement des aides au logement (B-3) et sur l'indicateur de risque financier résiduel affectant les prestations d'action sociale collective (B-4).

La Cour avait certifié les **comptes de la branche vieillesse de l'exercice 2020** en assortissant son opinion de cinq réserves relatives au contrôle interne de la branche et des organismes tiers (réserve n° 1), à la fiabilisation préalable des données de carrière des assurés (réserve n° 2), au contrôle interne des prestations de retraite (réserve n° 3), aux erreurs de liquidation affectant ces dernières (réserve n° 4) et aux incertitudes et désaccords relevés par la Cour sur les comptes de l'activité de recouvrement (réserve n° 5).

Au 31 décembre 2021, ont été levés au titre des réserves portées sur les comptes de l'exercice précédent un constat (relatif à l'audit interne, le nouvel outil déployé en 2021 permettant d'assurer un suivi national de la mise en œuvre des recommandations formulées à ce titre) et un point d'audit (relatif à la méthode employée pour évaluer l'incidence financière des erreurs résiduelles portant sur l'intégralité des charges de prestations légales comptabilisées au titre des droits propres, laquelle a été fiabilisée).

Par rapport à l'opinion exprimée sur les comptes de 2020, plusieurs constats ont été renforcés (B-1 et B-2). En revanche, le risque financier résiduel affectant les prestations de retraite nouvellement mises en paiement s'est réduit (B-3).

IV - Communication des résultats de l'audit

La Cour effectue des vérifications dites « intermédiaires » puis des vérifications dites « finales ». Au cours de ces deux phases, les échanges entre la Cour d'une part, et les organismes nationaux du régime général de sécurité sociale et la direction de la sécurité sociale d'autre part, ont été continus.

A - À l'issue des missions intermédiaires

Réalisées de juillet à décembre, les missions intermédiaires ont permis d'apprécier la capacité des dispositifs de contrôle interne, mis en œuvre par les services ordonnateurs et par les directions comptables et financières des organismes nationaux et des organismes de base du régime général, à prévenir les risques d'erreurs significatives dans les comptes, à les détecter s'il y a lieu et à en assurer la correction. Les effets de la crise sanitaire ont par ailleurs constitué un fait important de l'exercice pour les organismes de l'activité de recouvrement et ceux des branches maladie et autonomie.

La Cour a conduit ses travaux dans les organismes nationaux et dans un échantillon d'organismes de base, sur place et sur pièces⁹⁸. Pour la

⁹⁸ Pour l'**activité de recouvrement**, les Urssaf d'Île-de-France, de Rhône-Alpes et de Poitou-Charentes ainsi que l'Urssaf d'Auvergne pour le centre Pajemploi et l'Urssaf des Pays-de-la-Loire pour le centre de gestion national des comptes de praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés. Pour les **branches maladie et AT-MP**, les Cnam du Bas-Rhin, de Maine-et-Loire, du Rhône, de la Mayenne, de Seine-Saint-Denis, du Morbihan et du Puy-de-Dôme, les Carsat des Pays-de-la-Loire et du Rhône-Alpes, le centre de traitement informatique de Sophia-Antipolis et le Crip de Versailles. Pour la **branche famille**, CAF des Bouches-du-Rhône, de Maine-et-Loire et de Seine-et-Marne ainsi que le centre de données de la Cnaf. Pour la **branche vieillesse**, la Cnav en Île-de-France et les Carsat des Hauts-de-France, d'Alsace-Moselle, d'Auvergne et de Bretagne (centre délégué d'Auray) ainsi que les centres de données de la Cnav. Au titre

branche maladie, ils ont également comporté des échanges avec l'Atih. Pour la branche autonomie, ils ont été complétés d'entretiens en maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) ou maisons départementales de l'autonomie (MDA)⁹⁹, visant notamment à appréhender l'organisation de ces structures et plus spécifiquement le processus de gestion de l'AEEH dans sa globalité. Des réunions régulières ont permis d'accompagner les organismes nationaux des différentes branches dans la formalisation et le suivi de trajectoires pluriannuelles de levée des constats d'audit sous-jacents aux réserves. Des échanges ont eu lieu avec la direction de la sécurité sociale, la direction du budget et la DGFIP.

Au terme des missions intermédiaires, la Cour a adressé le 17 décembre 2021, sur le fondement de l'article R. 143-20 du code des juridictions financières, des synthèses des constats provisoires réalisés et des préconisations que ceux-ci appelaient aux directeurs de l'Acoss, de la Cnaf, de la Cnam, de la Cnav et de la CNSA, ainsi qu'au directeur de la sécurité sociale, à la directrice du budget et au directeur général des finances publiques.

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.

B - À l'issue des missions finales

Les vérifications finales se sont déroulées de janvier à avril 2022. Après une période dite « pré-finale » consacrée à leur préparation et à la poursuite de vérifications intermédiaires en cours, les comptes ont été audités à partir de la transmission des versions provisoires des comptes de résultat et des bilans. Ces travaux ont été effectués dans les organismes nationaux et dans certains organismes locaux précités.

de la **branche autonomie**, Cnam du Bas-Rhin, de Maine-et-Loire et du Rhône et CAF de Seine-et-Marne, de Maine-et-Loire et des Bouches-du-Rhône.

⁹⁹ MDPH de Seine-et-Marne et MDA de Maine-et-Loire.

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 février¹⁰⁰ et les versions définitives le 15 mars 2022.

La Cour a recueilli auprès de chacun des organismes nationaux, les 22 et 25 février 2022, les déclarations de la direction prévues par la norme internationale d'audit ISA 580, portant sur des points susceptibles d'affecter ses opinions sur les comptes, tels que les écarts entre les règles de gestion et les règles de droit applicables, les anomalies et incidents informatiques non résolus, les risques juridiques et les fraudes internes.

La nature et les résultats des travaux effectués par les directions comptables et financières des organismes nationaux afin de valider les comptes des organismes locaux ont été évalués, la norme ISA 610 reconnaissant à l'auditeur la faculté de les utiliser pour ses propres travaux.

Au cours des vérifications opérées sur les comptes du régime général de l'exercice 2021, 50 observations d'audit ont été adressées aux producteurs des comptes (46 au titre des comptes de 2020). Plusieurs de ces observations comportaient des demandes d'ajustements des comptes, pour les montants présentés dans le tableau suivant. À cet égard, l'Acoss a enregistré, à la demande de la Cour, une correction portant sur les dépréciations de créances d'un montant total de 1,9 Md€, qui a augmenté les charges et diminué le résultat des branches de prestations du régime général de sécurité sociale et d'autres attributaires (Unédic et Cades notamment).

¹⁰⁰ À l'exception des comptes provisoires de la branche maladie et de la Cnam, transmis le 23 février, et des comptes provisoires de la branche autonomie et de la CNSA qui ont été remis sous une forme incomplète le 7 mars, à un moment trop tardif pour que la Cour puisse les auditer utilement préalablement aux comptes définitifs.

**Tableau n° 3 : suivi des corrections demandées
sur les comptes provisoires**

Corrections demandées (en M€)	Nature des incidences sur les comptes	Correction prises en compte en M€
- 11 125 dont – 6 389 pour le régime général	Baisse du résultat du régime général et des autres attributaires	- 1 714 dont - 1 392 pour le régime général
+ 5 102 dont 2 702 pour le régime général	Hausse du résultat du régime général et des autres attributaires	+ 2 702 pour le régime général
6 631	Reclassements sans incidence sur les résultats du régime général	398

Source : Cour des comptes. Les données relatives au régime général sont partielles, certaines corrections n'ayant pu être précisées par attributaire en l'absence d'estimations de l'Acos.

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 13 avril 2022.

En application de la norme ISA 580, les directeurs et les directeurs comptables et financiers des organismes nationaux ont transmis à la Cour, les 15 et 19 avril 2022, une lettre d'affirmation, par laquelle ils indiquent avoir satisfait à leurs responsabilités relatives à l'établissement des comptes, communiqué toutes les informations pertinentes et utiles à l'auditeur et enregistré et traduit dans les comptes l'ensemble des opérations.

Le projet de rapport de certification a été contredit avec les organismes nationaux du régime général, avec la direction de la sécurité sociale et la direction du budget, ainsi qu'avec la DGFIP, pour les parties qui la concernent. Il a donné lieu les 14, 19 et 21 avril 2022 à des auditions devant la Sixième chambre des directeurs et directeurs comptables et financiers des organismes nationaux du régime général, du directeur de la sécurité sociale et des représentants de la directrice du budget et du directeur général des finances publiques.

Annexes

A - Les états financiers de l'exercice 2021

Les états financiers de l'activité de recouvrement et des branches maladie, accidents du travail et maladies professionnelles, famille, vieillesse et autonomie et ceux des organismes nationaux du régime général (Acoss, Cnam, Cnaf et Cnav) consistent, pour chacune de ces entités, en un bilan, un compte de résultat et une annexe. Ces éléments forment un tout indissociable.

Les organismes nationaux du régime général portent leurs états financiers à la connaissance du public sur leurs sites internet. La Cour reproduit ci-après, pour l'information du lecteur et sous une forme synthétique, les bilans et les comptes de résultat des branches et de l'activité de recouvrement du régime général. Les annexes ne sont pas reprises, compte tenu de leur volume.

Il convient de souligner que le compte de résultat de l'activité de recouvrement ne retrace qu'une partie des produits de prélèvements sociaux et d'impôts et taxes affectés, ceux destinés aux attributaires extérieurs au champ des lois de financement de la sécurité sociale étant comptabilisés uniquement au bilan, en comptes de tiers (36,8 Md€ au total en 2021). De même, les prestations versées par les CAF pour le compte de l'État (aides au logement, prime d'activité et AAH) et des départements (RSA) ne figurent pas au compte de résultat de la branche famille, compte tenu de leur comptabilisation uniquement au bilan, en comptes de tiers (48,4 Md€ au total en 2021). Enfin, les prestations versées par les Cnam pour le compte de tiers (principalement au titre de l'aide médicale de l'État) s'établissent à 1,3 Md€ dans les comptes de la branche maladie.

Bilan résumé - Activité de recouvrement

ACTIF (en M€)	2021			2020 Pro forma	2020 Publié	Variation*
	Brut	Amortissements et dépréciations	Net	Net	Net	
ACTIF IMMOBILISE						
Immobilisations incorporelles	490,9	231,8	259,0	227,4	227,4	13,9 %
Immobilisations corporelles	1 082,0	655,5	426,5	438,0	438,0	- 2,6 %
Immobilisations financières	1 994,7	0,1	1 994,7	1 915,5	1 915,5	4,1 %
TOTAL DE L'ACTIF IMMOBILISE	3 567,6	887,4	2 680,3	2 580,9	2 580,9	3,9 %
ACTIF CIRCULANT						
Créances à l'égard des cotisants	84 933,8	25 373,9	59 559,9	51 758,4	51 758,4	15,1 %
Cotisants douteux ou litigieux	43 797,6	25 373,9	18 423,7	14 027,3	14 027,3	31,3 %
Cotisants : produits à recevoir	41 136,2	0,0	41 136,2	37 731,1	37 731,1	9,0 %
Prestations et allocations indues	0,3	0,0	0,3	0,2	0,2	59,0 %
Créances sur l'Etat et entités publiques	15 260,6	0,0	15 260,6	13 952,4	13 952,4	9,4 %
Etat et entités publiques	15 184,2	0,0	15 184,2	13 879,7	13 879,7	9,4 %
Créances à l'égard des entités publiques (PAFAR)	74,9	0,0	74,9	72,6	72,6	3,1 %
Entités publiques	1,5	0,0	1,5	0,0	0,0	5924,6 %
Créances sur les organismes et autres régimes de sécurité sociale	46 250,3	0,0	46 250,3	57 315,1	57 315,1	- 19,3 %
Comptes courants des Caisses Nationales	42 683,0	0,0	42 683,0	54 179,9	54 179,9	- 21,2 %
CNAM Maladie	39 626,6	0,0	39 626,6	45 275,8	45 275,8	- 12,5 %
CNAF	0,0	0,0	0,0	2 180,0	2 180,0	- 100,0 %
CNAV	2 459,2	0,0	2 459,2	6 724,1	6 724,1	- 63,4 %
CNSA	597,2	0,0	597,2	0,0	0,0	
Créances à l'égard des autres organismes et régimes (PAFAR)	0,2	0,0	0,2	4,6	4,6	- 96,6 %
Créances à l'égard des Caisses Nationales du RG (hors PAFAR)	0,0	0,0	0,0	0,4	0,4	- 99,4 %
Produits à recevoir contributeurs Caisses Nationales	866,9	0,0	866,9	837,3	837,3	3,5 %
Créances à l'égard des Caisses	0,0	0,0	0,0	0,4	0,4	- 99,4 %
Autres organismes et régimes	2 700,2	0,0	2 700,2	2 293,0	2 293,0	17,8 %
Créances au titre de la gestion administrative	9,0	0,0	9,0	7,3	7,3	22,9 %
Disponibilités	12 192,6	0,0	12 192,6	12 317,2	12 317,2	- 1,0 %
Débiteurs divers	331,9	4,9	327,0	271,9	271,9	20,3 %
Comptes transitoires ou d'attente	163,3	0,0	163,3	167,7	167,7	- 2,7 %
Charges constatées d'avance	41,5	0,0	41,5	53,0	53,0	- 21,8 %
TOTAL DE L'ACTIF CIRCULANT	159 183,2	25 378,8	133 804,4	135 843,2	135 843,2	- 1,5 %
TOTAL ACTIF	162 750,8	26 266,2	136 484,6	138 424,1	138 424,1	- 1,4 %

PASSIF (en M€)	2021	2020 <i>Pro forma</i>	2020 Publié	Variation*
CAPITAUX PROPRES				
Dotations, apports	45,8	45,8	45,8	0,0 %
Réserves combinées	381,3	399,1	399,1	- 4,4 %
Report à nouveau	179,6	180,0	180,0	- 0,2 %
Résultat de l'exercice (excédent ou déficit)	- 17,8	- 17,8	- 17,8	0,0 %
Subventions d'investissement	0,2	0,1	0,1	54,0 %
TOTAL DES CAPITAUX PROPRES	589,2	607,2	607,2	- 3,0 %
PROVISIONS				
Provisions au titre de la gestion administrative	22,2	27,0	27,0	- 17,9 %
Provisions au titre de la gestion du recouvrement	3 655,1	3 482,9	3 482,9	4,9 %
Autres provisions pour charges	33,8	32,4	32,4	4,4 %
TOTAL DES PROVISIONS	3 711,0	3 542,3	3 542,3	4,8 %
DETTES FINANCIERES				
Dépôts reçus d'autres organismes de sécurité sociale (<1 an)	578,0	408,0	408,0	41,7 %
Prêts Caisse des dépôts et consignations (<1an)	0,0	0,2	0,2	- 90,0 %
Billets de trésorerie / Neu Commercial Papers	8 750,2	17 755,5	17 755,5	- 50,7 %
Euro commercial papers	35 335,1	44 749,7	44 749,7	- 21,0 %
Autres	17,1	6,8	6,8	151,3 %
TOTAL DES DETTES FINANCIERES	44 680,4	62 920,3	62 920,3	- 29,0 %
PASSIF CIRCULANT				
Dettes à l'égard des cotisants	3 344,1	2 738,4	2 738,4	22,1 %
Fournisseurs prestations de services à la personne	0,0	0,0	0,0	
Versements directs	1,6	65,3	65,3	- 97,6 %
Dettes à l'égard de l'Etat et entités publiques	6 949,1	4 205,1	4 734,3	65,3 %
Dettes à l'égard d'organismes et autres régimes de sécurité sociale	64 704,5	52 525,6	51 996,4	23,2 %
Compte de suivi financier CCMSA	2 346,5	266,7	266,7	779,8 %
Compte de suivi financier Fonds CMU	0,0	453,6	453,6	- 100,0 %
Compte de suivi financier CPSTI	809,0	332,1	332,1	143,6 %
Autres comptes de suivi financier	172,1	106,0	106,0	62,4 %
Dettes au titre de la gestion administrative	255,2	247,7	247,7	3,0 %
Créditeurs divers	6 103,5	5 539,8	5 539,8	10,2 %
Comptes transitoires ou d'attente	948,7	2 482,7	2 482,7	- 61,8 %
Instruments financiers	1 361,6	1 752,0	1 752,0	- 22,3 %
Produits constatés d'avance	508,4	639,6	639,6	- 20,5 %
TOTAL DES AUTRES DETTES	87 504,0	71 354,4	71 354,4	22,6 %
TOTAL PASSIF	136 484,6	138 424,1	138 424,1	- 1,4 %

(*) Variation entre les comptes *pro forma* 2020 et les comptes 2021.

Compte de résultat résumé - Activité de recouvrement

PRODUITS (en M€)	2021	2020 <i>Pro forma</i>	2020 Publié	Variation*
PRODUITS DE GESTION TECHNIQUE				
Cotisations, impôts et produits affectés	471 758,7	430 706,3	427 967,7	9,5 %
Cotisations sociales	215 476,9	194 521,4	194 521,4	10,8 %
Cotisations prises en charge par l'Etat	9 549,7	8 400,2	8 400,2	13,7 %
Cotisations prises en charge par la sécurité sociale	1 466,3	1 535,7	1 535,7	- 4,5 %
Impôts : contribution sociale généralisée	131 421,5	121 764,1	121 764,1	7,9 %
Impôts et taxes affectés	105 073,0	95 715,5	92 976,9	9,8 %
Autres impôts et taxes affectés	-7,2	-23,5	-23,5	- 69,5 %
Autres cotisations et contributions affectées	866,7	1 376,3	1 376,3	- 37,0 %
Contribution au remboursement de la dette sociale	7 911,9	7 416,6	7 416,6	6,7 %
Produits techniques	5 754,9	4 200,5	6 939,1	37,0 %
Transferts de charges	3 465,6	10 042,5	10 042,5	- 65,5 %
Reprises sur provisions pour charges techniques et pour dépréciation	1 851,9	470,5	470,5	293,6 %
TOTAL PRODUITS DE GESTION TECHNIQUE	482 831,1	445 419,8	445 419,8	8,4 %
PRODUITS D'ACTION SANITAIRE ET SOCIALE				
Transferts de charges	79,2	1 141,6	1 141,6	- 93,1 %
Annulations action sanitaire et sociale	0,7	1,9	1,9	- 61,2 %
TOTAL PRODUITS D'ACTION SANITAIRE ET SOCIALE	80,0	1 143,5	1 143,5	- 93,0 %
PRODUITS DE GESTION COURANTE				
Ventes de produits et prestations de services	321,1	295,0	295,0	8,9 %
Production immobilisée	68,0	72,1	72,1	- 5,7 %
Divers produits de gestion courante	83,9	48,8	48,8	72,1 %
Contribution des caisses nationales du régime général	972,3	1 015,6	1 015,6	- 4,3 %
Reprises sur amortissements, prov. pour risque et dépréciation	31,6	26,0	26,0	21,4 %
TOTAL PRODUITS DE GESTION COURANTE	1 477,0	1 457,5	1 457,5	1,3 %
PRODUITS FINANCIERS				
TOTAL PRODUITS FINANCIERS	412,4	255,8	255,8	61,2 %
PRODUITS EXCEPTIONNELS				
TOTAL PRODUITS EXCEPTIONNELS	140,7	89,0	89,0	58,2 %
TOTAL PRODUITS	484 941,2	448 365,6	448 365,6	8,2 %

CHARGES (en M€)	2021	2020 <i>Pro forma</i>	2020 Publié	Variation*
CHARGES DE GESTION TECHNIQUE				
Transferts de produits	468 154,3	425 516,3	425 516,3	10,0 %
CNAM	209 994,3	211 575,2	211 575,2	- 0,7 %
CNAF	50 826,8	47 886,9	47 886,9	6,1 %
CNAV	113 213,2	103 863,7	103 863,7	9,0 %
CNSA	32 543,2	4 889,3	0,0	565,6 %
Autres attributaires	61 576,8	57 301,3	62 190,5	7,5 %
Pertes sur créances irrécouvrables	2 003,0	2 010,3	2 010,3	- 0,4 %
Frais d'assiette et de rec. au titre de recettes recouvrées par l'Etat	753,3	693,7	693,7	8,6 %
Compensation réduction générale chômage UNEDIC	3 775,2	3 397,1	3 397,1	11,1 %
Solde compensation réduction générale UNEDIC	209,8	46,9	46,9	347,0 %
Compensation réduction générale retraite complémentaire AGIRC-ARRCO	5 427,1	4 700,0	4 700,0	15,5 %
Solde compensation réduction générale AGIRC-ARRCO	312,0	270,4	270,4	15,4 %
Compensation aide au paiement des cotisations	1 802,2	2 151,9	2 151,9	- 16,3 %
Dotations aux provisions et dépréciations pour les charges techniques	513,0	6 715,7	6 715,7	- 92,4 %
TOTAL CHARGES DE GESTION TECHNIQUE	482 949,8	445 502,2	445 502,2	8,4 %
CHARGES D'ACTION SANITAIRE ET SOCIALE				
TOTAL CHARGES D'ACTION SANITAIRE ET SOCIALE	80,0	1 143,5	1 143,5	- 93,0 %
CHARGES DE GESTION COURANTE				
Achats	13,9	15,6	15,6	- 11,0 %
Autres charges externes	268,2	255,0	255,0	5,1 %
Impôts, taxes et versements assimilés	102,7	102,8	102,8	- 0,1 %
Charges de personnel	885,6	879,7	879,7	0,7 %
Diverses charges de gestion courante	101,7	105,3	105,3	- 3,4 %
Dotations aux amortissements et provisions	124,2	119,7	119,7	3,8 %
TOTAL CHARGES DE GESTION COURANTE	1 496,3	1 478,2	1 478,2	1,2 %
CHARGES FINANCIERES				
TOTAL CHARGES FINANCIERES	412,3	255,8	255,8	61,2 %
CHARGES EXCEPTIONNELLES				
TOTAL CHARGES EXCEPTIONNELLES	11,2	3,6	3,6	214,2 %
IMPOTS SUR LES BENEFICES			0,0	
TOTAL IMPOTS SUR LES BENEFICES ET ASSIMILES	9,3	0,0	0,0	
TOTAL DES CHARGES	484 958,9	448 383,3	448 383,3	8,2 %
RESULTAT NET DE L'EXERCICE				
	- 17,8	- 17,8	- 17,8	0,0 %

(*) Variation entre les comptes *pro forma* 2020 et les comptes 2021.

Bilan résumé - Branche Maladie

ACTIF (en M€)	2021			2020 Pro forma	2020 Publié	Variation*
	Brut	Amortissements et dépréciations	Net	Net	Net	
ACTIF IMMOBILISE						
Immobilisations incorporelles	1 561,1	1 084,9	476,2	414,5	414,5	14,9 %
Immobilisations corporelles	3 759,6	2 301,1	1 458,5	1 517,0	1 517,0	- 3,9 %
Immobilisations financières	845,7	0,8	844,9	886,9	886,9	- 4,7 %
TOTAL ACTIF IMMOBILISE	6 166,4	3 386,8	2 779,6	2 818,4	2 818,4	- 1,4 %
ACTIF CIRCULANT						
Stock et en-cours	0,2		0,2	0,3	0,3	- 22,4 %
Créances d'exploitation	55 595,6	12 120,1	43 475,4	40 517,5	41 908,7	7,3 %
Fournisseurs, intermédiaires soc et prest débiteurs	4 690,1	1 859,1	2 830,9	6 857,0	6 857,2	- 58,7 %
Clients, cotisants et comptes rattachés	35 466,6	10 261,0	25 205,6	20 812,8	23 399,3	21,1 %
Personnel et comptes rattachés	13,8	0,0	13,8	12,9	12,9	6,3 %
Sécurité sociale et autres organismes sociaux	16,2	0,0	16,2	17,8	17,8	- 9,3 %
Entités publiques	9 038,2	0,0	9 038,2	8 495,0	8 970,4	6,4 %
Organismes et autres régimes de sécurité sociale	6 370,8	0,0	6 370,8	4 322,0	2 651,0	47,4 %
Débiteurs divers	2 700,0	100,1	2 599,9	2 911,4	2 911,4	- 10,7 %
Comptes transitoires et d'attente	92,3	0,0	92,3	139,3	139,3	- 33,7 %
Charges constatées d'avance	19,8	0,0	19,8	29,1	29,1	- 31,8 %
Disponibilités	-10,2	0,0	-10,2	19,2	16,8	- 153,4 %
TOTAL ACTIF CIRCULANT	58 397,8	12 220,3	46 177,5	43 616,8	45 005,5	5,9 %
TOTAL ACTIF	64 564,2	15 607,1	48 957,1	46 435,2	47 824,0	5,4 %

PASSIF (en M€)	2021	2020 <i>Pro forma</i>	2020 Publié	Variation*
CAPITAUX PROPRES				
Dotations, apports et réserves	5 695,3	2 098,4	2 098,4	171,4%
Report à nouveau	- 11 341,2	- 5 970,8	- 6 105,9	- 89,9%
Résultat net de l'exercice	- 26 056,7	- 30 473,3	- 30 439,9	14,5%
Subventions d'investissement, provisions réglementées	5,4	4,9	4,9	10,5%
TOTAL CAPITAUX PROPRES	- 31 697,1	- 34 340,7	- 34 442,5	7,7%
PROVISIONS				
Provisions pour risques et charges de gestion courante	48,3	57,5	57,5	- 16,0%
Provisions pour risques et charges de gestion technique	12 051,9	12 831,7	13 094,4	- 6,1%
Autres provisions pour charges	132,0	125,5	125,5	5,2%
TOTAL PROVISIONS	12 232,2	13 014,7	13 277,4	- 6,0%
DETTES FINANCIERES				
TOTAL DETTES FINANCIERES	335,4	415,4	415,4	- 19,3%
AUTRES DETTES				
Cotisants et clients créditeurs	1 623,5	2 195,3	2 195,3	- 26,0 %
Fournisseurs	163,2	156,8	156,8	4,1 %
Prestataires-versements directs aux assurés et allocataires	210,6	48,7	48,7	332,1 %
Prestataires-versements à des tiers	885,8	898,8	898,8	- 1,5 %
Personnel et comptes rattachés	358,3	356,1	356,1	0,6 %
Sécurité sociale et autres organismes sociaux	198,9	203,1	203,1	- 2,1 %
Entités publiques	1 787,3	1 640,8	1 640,8	8,9 %
Organismes et autres régimes de sécurité sociale	45 131,7	49 545,6	50 118,9	- 8,9 %
Créditeurs divers	13 393,8	10 027,8	10 688,0	33,6 %
Comptes transitoires ou d'attente	4 328,0	2 244,2	2 244,2	92,9 %
Produits constatés d'avance	5,6	28,6	22,9	- 80,5 %
TOTAL AUTRES DETTES	68 086,7	67 345,9	68 573,6	1,1 %
TOTAL PASSIF	48 957,1	46 435,2	47 824,0	5,4 %

(*) Variation entre les comptes *pro forma* 2020 et les comptes 2021.

Compte de résultat résumé - Branche Maladie

PRODUITS (en M€)	2021	2020 <i>Pro forma</i>	2020 Publié	Variation*
PRODUITS DE GESTION TECHNIQUE				
Cotisations, impôts et produits affectés	191 100,1	174 600,9	195 855,0	9,4 %
Cotisations sociales	73 091,8	65 822,6	65 822,6	11,0 %
Cotisations prises en charge par l'Etat	2 813,6	2 397,1	2 397,1	17,4 %
Cotisations prises en charge par la sécurité sociale	1 297,8	1 356,3	1 356,3	- 4,3 %
Produits versés par une entité publique	930,2	862,4	862,4	7,9 %
Contribution sociale généralisée (CSG)	45 945,5	44 451,2	65 954,4	3,4 %
Impôts et taxes affectés	66 184,8	58 377,5	58 128,4	13,4 %
Autres impôts et taxes affectés	- 0,5	- 2,4	- 2,4	80,3 %
Autres cotisations et contributions affectées	836,8	1 336,1	1 336,1	- 37,4 %
Produits techniques	2 156,4	478,9	23 305,9	350,3 %
Divers produits techniques	7 988,8	6 138,5	6 171,9	30,1 %
Reprises sur provisions et dépréciations	12 105,3	8 042,2	8 224,3	50,5 %
TOTAL PRODUITS DE GESTION TECHNIQUE	213 350,6	189 260,5	233 557,0	12,7 %
PRODUITS DE GESTION COURANTE				
TOTAL PRODUITS DE GESTION COURANTE	435,0	390,5	390,5	11,4 %
PRODUITS FINANCIERS				
TOTAL PRODUITS FINANCIERS	247,8	121,3	121,3	104,2 %
PRODUITS EXCEPTIONNELS				
TOTAL PRODUITS EXCEPTIONNELS	115,9	148,5	148,5	- 21,9 %
TOTAL DES PRODUITS	214 149,2	189 920,7	234 217,3	12,8 %

CHARGES (en M€)	2021	2020 <i>Pro forma</i>	2020 Publié	Variation*
CHARGES DE GESTION TECHNIQUE				
Prestations sociales	197 091,0	176 379,9	198 994,6	11,7 %
Prestations légales	196 191,4	175 442,2	198 057,0	11,8 %
Prestations extra-légales : action sanitaire et sociale	122,6	111,5	111,5	9,9 %
Autres prestations	1 022,2	826,1	826,1	23,7 %
Charges techniques, transferts, subventions et contributions dont :	24 926,2	23 034,8	44 522,3	8,2 %
Compensations	10 405,3	11 202,7	11 202,7	- 7,1 %
Prise en charge cotisations	2 208,4	2 265,5	2 265,5	- 2,5 %
Contributions versées à la CNSA	550,0	0,0	21 503,2	-
Autres charges techniques	11 745,2	9 551,0	9 551,0	23,0 %
Diverses charges techniques	1 520,3	1 387,9	1 387,9	9,5 %
Dotations aux provisions pour charges techniques	10 988,6	13 950,6	14 111,6	- 21,2 %
TOTAL CHARGES DE GESTION TECHNIQUE	234 526,1	214 753,2	259 016,3	9,2 %
CHARGES DE GESTION COURANTE				
Achats et charges externes	745,8	703,7	703,7	6,0 %
Impôts et taxes	361,7	351,6	351,6	2,9 %
Charges de personnel	3 518,5	3 394,0	3 394,0	3,7 %
Diverses charges de gestion courante	698,0	827,3	827,3	- 15,6 %
Dotations aux amortissements, aux dépréciations et aux provisions	310,3	335,4	335,4	- 7,5 %
TOTAL CHARGES DE GESTION COURANTE	5 634,4	5 612,0	5 612,0	0,4 %
CHARGES FINANCIERES				
TOTAL CHARGES FINANCIERES	12,2	4,0	4,0	203,6 %
CHARGES EXCEPTIONNELLES				
TOTAL CHARGES EXCEPTIONNELLES	33,2	24,7	24,7	34,3 %
IMPOTS SUR LES BENEFICES ET ASSIMILES				
TOTAL IMPOTS SUR LES BENEFICES ET ASSIMILES	0,1	0,1	0,1	17,1 %
TOTAL DES CHARGES	240 205,9	220 394,0	264 657,2	9,0 %
RESULTAT NET DE L'EXERCICE	- 26 056,7	- 30 473,3	- 30 439,9	14,5 %

(*) Variation entre les comptes *pro forma* 2020 et les comptes 2021.

Bilan résumé - Branche AT-MP

ACTIF (en M€)	2021			2020 Pro forma	2020 Publié	Variation*
	Brut	Amortissements et dépréciations	Net	Net	Net	
ACTIF IMMOBILISE						
Immobilisations incorporelles	218,2	147,9	70,3	62,0	62,0	13,4 %
Immobilisations corporelles	468,0	286,6	181,4	185,7	185,7	- 2,3 %
Immobilisations financières	29,3	0,0	29,3	30,5	30,5	- 4,2 %
TOTAL ACTIF IMMOBILISE	715,4	434,5	280,9	278,3	278,3	1,0 %
ACTIF CIRCULANT						
Stock et en-cours	0,0		0,0	0,0	0,0	3,3 %
Créances d'exploitation	8 890,1	1 813,0	7 077,1	5 901,2	5 902,3	19,9 %
Fournisseurs, intermédiaires soc et prest débiteurs	1 068,9	643,6	425,3	396,8	396,8	7,2 %
Clients, cotisants et comptes rattachés	3 265,7	1 169,4	2 096,3	1 931,1	1 932,7	8,6 %
Personnel et comptes rattachés	1,4		1,4	1,7	1,7	- 17,0 %
Sécurité sociale et autres organismes sociaux	2,0		2,0	2,3	2,3	- 11,4 %
Entités publiques	127,2		127,2	110,2	109,6	15,5 %
Organismes et autres régimes de sécurité sociale	4 424,8		4 424,8	3 459,1	3 459,3	27,9 %
Débiteurs divers	19,6	0,0	19,6	24,8	24,8	- 21,0 %
Comptes transitoires et d'attente	146,9		146,9	147,4	147,4	- 0,3 %
Charges constatées d'avance	14,3		14,3	10,5	10,5	36,2 %
Disponibilités	19,8		19,8	5,4	5,4	266,5 %
TOTAL ACTIF CIRCULANT	9 090,7	1 813,0	7 277,7	6 089,3	6 090,5	19,5 %
TOTAL ACTIF	9 806,2	2 247,5	7 558,6	6 367,6	6 368,8	18,7 %

PASSIF (en M€)	2021	2020 <i>Pro forma</i>	2020 Publié	Variation*
CAPITAUX PROPRES				
Dotations, apports et réserves	115,3	115,4	115,4	- 0,1 %
Report à nouveau	3 316,6	3 532,5	3 532,5	- 6,1 %
Résultat net de l'exercice	1 191,0	-222,4	-222,4	635,5 %
Subventions d'investissement, provisions réglementées	0,3	0,3	0,3	4,1 %
TOTAL CAPITAUX PROPRES	4 623,2	3 425,8	3 425,8	35,0 %
PROVISIONS				
Provisions pour risques et charges de gestion courante	8,0	9,2	9,2	- 13,8 %
Provisions pour risques et charges de gestion technique	1 544,2	1 428,4	1 429,4	8,1 %
Autres provisions pour charges	21,4	47,9	47,9	- 55,3 %
TOTAL PROVISIONS	1 573,5	1 485,5	1 486,5	5,9 %
DETTES FINANCIERES				
TOTAL DETTES FINANCIERES	26,5	32,5	32,5	- 18,5 %
AUTRES DETTES				
Cotisants et clients créditeurs	103,3	141,5	141,5	- 27,0 %
Fournisseurs	28,2	25,0	25,0	12,5 %
Prestataires-versements directs aux assurés et allocataires	9,7	5,8	5,8	67,0 %
Prestataires-versements à des tiers	29,2	29,6	29,6	- 1,3 %
Personnel et comptes rattachés	62,5	61,7	61,7	1,3 %
Sécurité sociale et autres organismes sociaux	35,9	36,1	36,1	- 0,5 %
Entités publiques	281,2	282,5	282,5	- 0,4 %
Organismes et autres régimes de sécurité sociale	279,9	314,7	314,7	- 11,1 %
Créditeurs divers	464,6	465,2	465,4	- 0,1 %
Comptes transitoires ou d'attente	40,9	61,6	61,6	- 33,6 %
Produits constatés d'avance	0,0	0,0	0,0	38,0 %
TOTAL AUTRES DETTES	1 335,4	1 423,8	1 424,0	- 6,2 %
TOTAL PASSIF	7 558,6	6 367,6	6 368,8	18,7 %

(*) Variation entre les comptes *pro forma* 2020 et les comptes 2021.

Compte de résultat résumé - Branche AT-MP

PRODUITS (en M€)	2021	2020 <i>Pro forma</i>	2020 Publié	Variation
PRODUITS DE GESTION TECHNIQUE				
Cotisations, impôts et produits affectés	13 291,4	12 091,2	12 103,0	9,9%
Cotisations sociales	13 052,3	11 913,9	11 913,9	9,6%
Cotisations prises en charge par l'Etat	234,2	183,5	183,5	27,6%
Produits versés par une entité publique	4,9	5,6	5,6	-12,6%
Impôts et taxes affectés	0,0	-11,8	0,0	99,8%
Produits techniques	33,1	32,3	39,0	2,5%
Divers produits techniques	531,7	404,3	404,3	31,5%
Reprises sur provisions et dépréciations	783,6	613,5	614,2	27,7%
TOTAL PRODUITS DE GESTION TECHNIQUE	14 639,9	13 141,3	13 160,6	11,4%
PRODUITS DE GESTION COURANTE				
TOTAL PRODUITS DE GESTION COURANTE	65,5	40,1	40,1	63,4%
PRODUITS FINANCIERS				
TOTAL PRODUITS FINANCIERS	0,1	0,0	0,0	206,8%
PRODUITS EXCEPTIONNELS				
TOTAL PRODUITS EXCEPTIONNELS	9,9	15,6	15,6	-36,4%
TOTAL DES PRODUITS	14 715,4	13 197,0	13 216,3	11,5%

CHARGES (en M€)	2021	2020 <i>Pro forma</i>	2020 Publié	Variation
CHARGES DE GESTION TECHNIQUE				
Prestations sociales	9 554,4	9 284,8	9 291,3	2,9 %
Prestations légales	9 079,6	8 806,3	8 812,8	3,1 %
Prestations extra-légales : action sanitaire et sociale	2,0	1,7	1,7	20,3 %
Autres prestations	472,7	476,8	476,8	- 0,9 %
Charges techniques, transferts, subventions et contributions dont :	799,5	874,4	886,3	- 8,6 %
Compensations	383,2	414,5	414,5	- 7,6 %
Contributions versées à la CNSA	0,0	0,0	11,8	-
Autres charges techniques	255,2	289,9	289,9	- 12,0 %
Diverses charges techniques	1 396,5	1 368,3	1 368,3	2,1 %
Dotations aux provisions pour charges techniques	831,5	975,5	976,4	- 14,8 %
TOTAL CHARGES DE GESTION TECHNIQUE	12 581,8	12 503,0	12 522,3	0,6 %
CHARGES DE GESTION COURANTE				
Achats et charges externes	90,9	77,1	77,1	17,8 %
Impôts et taxes	67,3	64,9	64,9	3,7 %
Charges de personnel	632,5	605,0	605,0	4,5 %
Diverses charges de gestion courante	80,8	81,5	81,5	- 0,9 %
Dotations aux amortissements, aux dépréciations et aux provisions	43,4	73,1	73,1	- 40,6 %
TOTAL CHARGES DE GESTION COURANTE	914,8	901,6	901,6	1,5 %
CHARGES FINANCIERES				
TOTAL CHARGES FINANCIERES	22,8	11,4	11,4	99,4 %
CHARGES EXCEPTIONNELLES				
TOTAL CHARGES EXCEPTIONNELLES	5,0	3,5	3,5	44,1 %
IMPOTS SUR LES BENEFICES ET ASSIMILES				
TOTAL IMPOTS SUR LES BENEFICES ET ASSIMILES	0,0	0,0	0,0	16,9 %
TOTAL DES CHARGES	13 524,4	13 419,4	13 438,8	0,8 %
RESULTAT NET DE L'EXERCICE	1 191,0	-222,4	- 222,4	635,5 %

(*) Variation entre les comptes *pro forma* 2020 et les comptes 2021.

Bilan résumé - Branche Famille

ACTIF (en M€)	2021			2020 Pro forma	2020 Publié	Variation*
	Brut	Amortissements et dépréciations	Net	Net	Net	
ACTIF IMMOBILISE						
Immobilisations incorporelles	297,7	215,6	82,1	77,1	77,1	6,5 %
Immobilisations corporelles	2 237,4	1 306,8	930,6	940,0	940,0	- 1,0 %
Immobilisations financières	251,9	5,5	246,4	261,7	261,7	- 5,9 %
TOTAL ACTIF IMMOBILISE	2 787,0	1 528,0	1 259,0	1 278,7	1 278,7	- 1,5 %
ACTIF CIRCULANT						
Stock et en-cours	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	-
Créances d'exploitation	22 565,3	4 175,3	18 390,0	16 608,2	16 631,9	10,7 %
Fournisseurs, intermédiaires soc et prest débiteurs	4 776,1	197,7	4 578,3	4 187,1	4 187,1	9,3 %
Clients, cotisants et comptes rattachés	9 874,0	3 481,7	6 392,4	5 611,1	5 611,1	13,9 %
Personnel de sécurité sociale	0,8	0,0	0,8	0,4	0,4	101,7 %
Sécurité sociale et autres organismes sociaux	7,1	0,0	7,1	6,7	6,7	5,4 %
Entités publiques	6 051,6	0,0	6 051,6	6 480,8	6 604,1	- 6,6 %
Organismes et autres régimes de sécurité sociale	1 243,0	18,6	1 224,4	195,1	95,5	527,5 %
Débiteurs divers	612,8	477,4	135,5	126,9	126,9	6,7 %
Comptes transitoires et d'attente	0,5	0,0	0,5	3,1	3,1	- 84,8 %
Charges constatées d'avance	18,8	0,0	18,8	16,5	16,5	13,8 %
Disponibilités	16,4	0,0	16,4	14,6	14,6	12,7 %
TOTAL ACTIF CIRCULANT	22 601,0	4 175,3	18 425,7	16 642,4	16 666,2	10,7 %
TOTAL ACTIF	25 388,0	5 703,3	19 684,8	17 921,2	17 944,9	9,8 %

PASSIF (en M€)	2021	2020 <i>Pro forma</i>	2020 Publié	Variation*
CAPITAUX PROPRES				
Dotations, apports et réserves	531,6	544,2	544,2	- 2,3 %
Report à nouveau	828,9	2 613,9	2 558,7	- 68,3 %
Résultat net de l'exercice	2 884,3	- 1 814,8	- 1 814,8	258,9 %
Subventions d'investissement, provisions réglementées	7,8	8,4	8,4	- 7,5 %
TOTAL CAPITAUX PROPRES	4 252,7	1 351,8	1 296,5	214,6 %
PROVISIONS				
Provisions pour risques et charges de gestion courante	19,9	18,5	18,5	7,7 %
Provisions pour risques et charges de gestion technique	1 564,1	1 420,8	1 484,4	10,1 %
Autres provisions pour charges	53,0	54,2	54,2	- 2,3 %
TOTAL PROVISIONS	1 637,0	1 493,6	1 557,2	9,6 %
DETTES FINANCIERES				
TOTAL DETTES FINANCIERES	4 213,7	5 051,2	5 051,2	- 16,6 %
AUTRES DETTES				
Cotisations et clients créditeurs	610,5	676,7	676,7	- 9,8 %
Fournisseurs	5 000,7	4 310,1	4 310,1	16,0 %
Prestataires-versements directs aux assurés et allocataires	957,1	90,4	95,4	958,8 %
Prestataires-versements à des tiers	437,9	410,1	410,1	6,8 %
Personnel et sécurité sociale	184,8	181,9	181,9	1,6 %
Sécurité sociale et autres organismes sociaux	100,7	99,3	99,3	1,4 %
Entités publiques	785,3	647,8	647,8	21,2 %
Organismes et autres régimes de sécurité sociale	1 401,0	3 518,0	3 528,4	- 60,2 %
Créditeurs divers	56,3	45,4	45,4	24,0 %
Comptes transitoires ou d'attente	24,0	23,5	23,5	2,5 %
Produits constatés d'avance	23,0	21,4	21,4	7,3 %
TOTAL AUTRES DETTES	9 581,4	10 024,6	10 040,0	- 4,4 %
TOTAL PASSIF	19 684,8	17 921,2	17 944,9	9,8 %

(*) Variation entre les comptes *pro forma* 2020 et les comptes 2021.

Compte de résultat résumé - Branche Famille

PRODUITS (en M€)	2021	2020 Pro forma	2020 Publié	Variation*
PRODUITS DE GESTION TECHNIQUE				
Cotisations, impôts et produits affectés	51 396,3	47 451,2	48 623,1	8,3 %
Cotisations sociales	31 957,6	29 162,2	29 162,2	9,6 %
Cotisations prises en charge par l'Etat	986,1	879,6	879,6	12,1 %
Cotisations prises en charge par la sécurité sociale	165,6	179,3	179,3	- 7,6 %
Contribution sociale généralisée (CSG)	12 402,8	11 645,8	11 645,8	6,5 %
Impôts et taxes affectés	5 884,2	5 584,3	6 756,2	5,4 %
Produits techniques	18,8	19,9	19,9	- 5,7 %
Divers produits techniques	142,2	144,5	144,5	- 1,6 %
Reprises sur provisions et dépréciations	713,3	455,6	456,9	56,6 %
TOTAL PRODUITS DE GESTION TECHNIQUE	52 270,5	48 071,2	49 244,4	8,7 %
PRODUITS DE GESTION COURANTE				
TOTAL PRODUITS DE GESTION COURANTE	532,9	544,1	544,1	- 2,1 %
PRODUITS FINANCIERS				
TOTAL PRODUITS FINANCIERS	7,5	3,9	3,9	93,3 %
PRODUITS EXCEPTIONNELS				
TOTAL PRODUITS EXCEPTIONNELS	32,0	48,8	48,8	-34,4 %
TOTAL DES PRODUITS	52 843,0	48 668,0	49 841,2	8,6 %

CHARGES (en M€)	2021	2020 Pro forma	2020 Publié	Variation
CHARGES DE GESTION TECHNIQUE				
Prestations sociales	35 576,7	35 770,9	36 933,2	- 0,5 %
Prestations légales	29 899,4	30 092,2	31 254,5	- 0,6 %
Prestations extra-légales : action sanitaire et sociale	5 617,0	5 637,8	5 637,8	- 0,4 %
Autres prestations	60,3	40,9	40,9	47,4 %
Charges techniques, transferts, subventions et contributions dont :	10 409,4	10 280,9	10 281,9	1,2 %
AVPF	4 929,2	4 992,1	4 992,1	- 1,3 %
Majorations pour enfants	5 041,1	4 926,8	4 926,8	2,3 %
Diverses charges techniques	455,8	439,5	439,5	3,7 %
Dotations aux provisions pour charges techniques	633,1	1 098,0	1 107,9	- 42,3 %
TOTAL CHARGES DE GESTION TECHNIQUE	47 075,0	47 589,4	48 762,5	- 1,1 %
CHARGES DE GESTION COURANTE				
Achats et charges externes	328,2	315,6	315,6	4,0 %
Impôts et taxes	200,6	199,6	199,6	0,5 %
Charges de personnel	1 920,2	1 913,0	1 913,0	0,4 %
Diverses charges de gestion courante	245,9	275,4	275,4	- 10,7 %
Dotations aux amortissements, aux dépréciations et aux provisions	166,7	159,4	159,4	4,6 %
TOTAL CHARGES DE GESTION COURANTE	2 861,6	2 863,0	2 863,0	0,0 %
CHARGES FINANCIERES				
TOTAL CHARGES FINANCIERES	11,2	5,9	5,9	91,5 %
CHARGES EXCEPTIONNELLES				
TOTAL CHARGES EXCEPTIONNELLES	10,6	24,2	24,2	- 56,5 %
TOTAL IMPOTS SUR LES BENEFICES ET ASSIMILES	0,3	0,3	0,3	4,0 %
TOTAL DES CHARGES	49 958,6	50 482,7	51 655,9	- 1,0 %
RESULTAT NET DE L'EXERCICE				
	2 884,3	- 1 814,8	- 1 814,8	258,9 %

(*) Variation entre les comptes *pro forma* 2020 et les comptes 2021.

Bilan résumé - Branche Vieillesse

ACTIF (en M€)	2021			2020	Variation
	Brut	Amortissements et dépréciations	Net	Net	
ACTIF IMMOBILISE					
Immobilisations incorporelles	371,2	204,7	166,5	163,4	1,9 %
Immobilisations corporelles	868,8	581,8	287,0	289,3	- 0,8 %
Immobilisations financières dont :	632,9	1,8	631,1	647,4	- 2,5 %
Prêts aux lieux de vie : action sanitaire et sociale	586,3	0,8	585,5	0,0	-
Autres immobilisations financières	46,6	1,0	45,6	647,4	- 93,0 %
TOTAL ACTIF IMMOBILISE	1 873,0	788,4	1 084,6	1 100,1	- 1,4 %
ACTIF CIRCULANT					
Fournisseurs, intermédiaires sociaux	426,4	143,3	283,0	261,8	8,1 %
Créances d'exploitation	27 341,3	7 465,1	19 876,2	23 366,1	- 14,9 %
Clients, cotisants et comptes rattachés dont :	22 048,3	7 465,1	14 583,2	12 967,4	12,5 %
<i>Créances sur les cotisants</i>	11 971,2	7 465,0	4 506,2	3 363,4	34,0 %
<i>Cotisants - produits à recevoir</i>	9 891,4		9 891,4	9 430,2	4,9 %
<i>Rachats de cotisations et versements pour la retraite</i>	96,5		96,5	75,0	28,7 %
<i>CFE et Autres</i>	89,2	0,1	89,1	98,8	- 9,8 %
Etat et entités publiques dont :	2 291,2	0,0	2 291,2	2 129,1	7,6 %
<i>Exonérations de cotisations</i>	1 139,1		1 139,1	1 016,6	12,1 %
<i>Exonérations de cotisations - produits à recevoir</i>	291,3		291,3	255,0	14,2 %
<i>Impôts et taxes affectées - produits à recevoir</i>	818,6		818,6	817,0	0,2 %
<i>Autres</i>	42,2		42,2	40,5	4,1 %
Organismes et autres régimes de sécurité sociale dont :	2 988,8	0,0	2 988,8	8 256,8	- 63,8 %
<i>FSV</i>	1 885,2		1 885,2	6 590,5	- 71,4 %
<i>Autres</i>	1 103,6		1 103,6	1 666,3	- 33,8 %
Personnel et organismes sociaux	5,4		5,4	4,9	12,0 %
Débiteurs divers	7,6	0,0	7,5	8,0	- 5,2 %
Charges constatées d'avance	534,8		534,8	523,5	2,2 %
Disponibilités	0,8	0,0	0,8	1,0	- 23,5 %
TOTAL ACTIF CIRCULANT	28 303,3	7 608,4	20 694,8	24 152,5	- 14,3 %
TOTAL ACTIF	30 176,2	8 396,8	21 779,4	25 252,7	- 13,8 %

PASSIF (en M€)	2021	2020	Variation
CAPITAUX PROPRES			
Dotations, apports et réserves	784,6	784,1	0,1 %
Report à nouveau	1 201,4	4 911,9	- 75,5 %
Résultat net de l'exercice	-1 104,2	-3 728,9	70,4 %
Subventions d'investissement	1,7	1,7	- 1,2 %
TOTAL CAPITAUX PROPRES	883,5	1 968,9	- 55,1 %
PROVISIONS			
Provisions pour risques de gestion technique	2 133,1	1 984,7	7,5 %
Provisions pour risques de gestion courante	36,6	34,2	7,1 %
TOTAL PROVISIONS	2 169,7	2 018,9	7,5 %
DETTES FINANCIERES			
TOTAL DETTES FINANCIERES	0,1	0,2	- 6,6 %
AUTRES DETTES			
Cotisants	940,8	1 195,8	- 21,3 %
Fournisseurs	169,7	163,4	3,9 %
Prestataires	10 587,9	10 334,2	2,5 %
Etat et entités publiques	2 685,0	1 353,4	98,4 %
Organismes et autres régimes de sécurité sociale	3 608,9	7 504,1	- 51,9 %
Compte courant ACOSS	2 459,2	6 724,3	- 63,4 %
Prélèvement sociaux précomptés sur prestations	669,3	654,5	2,3 %
Autres	480,4	125,3	283,3 %
Personnel et organismes sociaux	102,0	102,6	- 0,6 %
Créditeurs divers et comptes transitoires ou d'attente	107,9	98,4	9,6 %
Produits constatés d'avance	50,6	48,2	4,9 %
Trésorerie	473,4	464,7	1,9 %
TOTAL AUTRES DETTES	18 726,0	21 264,8	- 11,9 %
TOTAL PASSIF	21 779,4	25 252,7	- 13,8 %

Compte de résultat résumé - Branche Vieillesse

PRODUITS (en M€)	2021	2020	Variation
PRODUITS DE GESTION TECHNIQUE			
Cotisations, impôts et produits affectés	112 876,9	104 098,3	8,4 %
Cotisations des salariés et non salariés	91 585,4	83 204,5	10,1 %
Cotisations des assurés volontaires	383,1	386,7	- 0,9 %
Rachats de cotisations et versements pour la retraite	166,7	116,3	43,4 %
Cotisations prises en charge par l'Etat	3 393,0	2 772,8	22,4 %
Impôts et taxes affectés	17 318,6	17 577,7	- 1,5 %
Autres cotisations et contributions affectées	30,0	40,2	- 25,4 %
Produits techniques dont :	29 570,4	29 429,1	0,5 %
Cotisations d'assurance vieillesse des parents au foyer	4 929,2	4 946,8	- 0,4 %
Prises en charge de cotisations par le FSV	14 581,4	14 465,1	0,8 %
Prises en charge de prestations par le FSV	3 109,1	3 084,7	0,8 %
Quote part annuelle de la fraction de 60%-soulte IEG	342,7	343,4	- 0,2 %
Transferts CNIEG - Cotisations	1 130,9	1 157,5	- 2,3 %
Autres (Prises en charge CNAF, AT/MP, FCAATA, Compensation...)	5 477,0	5 431,5	0,8 %
Divers produits techniques	105,4	5 082,8	- 97,9 %
Reprises sur provisions et dépréciations	2 086,4	1 683,0	24,0 %
TOTAL PRODUITS DE GESTION TECHNIQUE	144 639,1	140 293,2	3,1 %
PRODUITS DE GESTION COURANTE			
TOTAL PRODUITS DE GESTION COURANTE	155,3	156,6	- 0,9 %
PRODUITS FINANCIERS			
TOTAL PRODUITS FINANCIERS	58,2	39,5	47,4 %
PRODUITS EXCEPTIONNELS			
TOTAL PRODUITS EXCEPTIONNELS	97,7	82,0	19,2 %
TOTAL DES PRODUITS	144 950,3	140 571,3	3,1 %

CHARGES (en M€)	2021	2020	Variation
CHARGES DE GESTION TECHNIQUE			
Prestations sociales	135 808,7	132 991,2	2,1 %
Prestations légales de l'assurance vieillesse dont :	135 408,4	132 620,8	2,1 %
<i>Droits propres</i>	123 087,3	120 384,9	2,2 %
<i>Droits dérivés et divers</i>	12 321,1	12 236,0	0,7 %
Prestations légales de l'assurance veuvage	45,0	40,7	10,5 %
Prestations légales invalidité	5,7	0,0	-
Prestations extra-légales : action sanitaire et sociale	349,6	329,6	6,1 %
Transferts entre organismes de sécurité sociale et assimilés	6 408,5	5 463,1	17,3 %
Compensations	4 383,3	3 245,9	35,0 %
Prise en charge de cotisations et de prestations par le FSV	22,0	132,5	- 83,4 %
Reversements aux régimes spéciaux de retraite	116,4	256,1	- 54,6 %
Prestations au titre de l'adossement IEG	1 886,9	1 828,5	3,2 %
Diverses charges techniques dont :	702,4	695,1	1,0 %
Pertes sur créances irrécouvrables, frais d'assiette et de recouvrement	688,1	682,7	0,8 %
Autres	14,3	12,4	15,2 %
Dotations aux provisions techniques	1 589,2	3 659,2	- 56,6 %
TOTAL CHARGES DE GESTION TECHNIQUE	144 508,8	142 808,6	1,2 %
CHARGES DE GESTION COURANTE			
Contributions nationales de la branche	451,4	348,6	29,5 %
Achats et charges externes	188,4	178,0	5,9 %
Impôts et taxes	79,1	79,0	0,2 %
Charges de personnel	725,5	732,2	- 0,9 %
Diverses charges de gestion courante	83,7	85,4	- 2,0 %
Dotations aux amortissements, aux dépréciations et aux provisions	13,2	64,7	- 79,5 %
TOTAL CHARGES DE GESTION COURANTE	1 541,4	1 487,8	3,6 %
CHARGES FINANCIERES			
TOTAL CHARGES FINANCIERES	1,0	1,2	- 13,4 %
CHARGES EXCEPTIONNELLES			
TOTAL CHARGES EXCEPTIONNELLES	3,3	2,5	29,3 %
TOTAL IMPOTS SUR LES BENEFICES ET ASSIMILES	0,1	0,1	0,0 %
TOTAL DES CHARGES	146 054,6	144 300,2	1,2 %
RESULTAT NET DE L'EXERCICE			
	- 1 104,2	- 3 728,9	70,4 %

Bilan résumé - Branche Autonomie

ACTIF (en M€)	2021			2020 <i>Pro forma</i>	2020 Certifié (PCUOSS)	Variation*
	Brut	Amortissements et dépréciations	Net	Net	Net	
ACTIF IMMOBILISE						
Immobilisations incorporelles	44,1	17,8	26,3	19,3	19,3	36,3 %
Immobilisations corporelles	2,3	1,3	1,0	0,8	0,8	27,6 %
Immobilisations financières	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0 %
TOTAL ACTIF IMMOBILISE	46,4	19,1	27,3	20,1	20,1	35,9 %
ACTIF CIRCULANT						
Stocks et en-cours	0,0		0,0	0,0	0,0	-
Créances d'exploitation	4 161,1	343,9	3 817,2	3 637,6	769,5	4,9 %
Fournisseurs, intermédiaires soc et prest débiteurs	0,1		0,1	0,1	0,1	- 33,5 %
Clients, cotisants et comptes rattachés	3 502,7	343,9	3 158,8	3 469,9	601,7	- 9,0 %
Personnel de sécurité sociale	0,0		0,0			-
Sécurité sociale et autres organismes sociaux	0,1		0,1	0,1	0,1	- 16,5 %
Entités publiques	357,4		357,4	30,1	30,1	1086,9 %
Organismes et autres régimes de sécurité sociale	300,9		300,9	137,5	137,5	118,9 %
Débiteurs divers	0,0		0,0	40,6	40,6	- 100,0 %
Comptes transitoires et d'attente	0,0		0,0	0,0	0,0	46,1 %
Charges constatées d'avance	0,9		0,9	0,1	0,1	518,2 %
Disponibilités	13,0		13,0	369,4	369,4	- 96,5 %
TOTAL ACTIF CIRCULANT	4 175,0	343,9	3 831,1	4 047,8	1 179,7	- 5,4 %
TOTAL ACTIF	4 221,4	363,0	3 858,4	4 067,9	1 199,8	- 5,1 %

PASSIF (en M€)	2021	2020 <i>Pro forma</i>	2020 Certifié (PCUOSS)	Variation*
CAPITAUX PROPRES				
Dotations, apports et réserves	39,0	39,0	39,0	0,0 %
Report à nouveau	-8,8	635,5	690,8	- 101,4 %
Résultat net de l'exercice	253,8	- 625,2	- 625,2	- 140,6 %
TOTAL CAPITAUX PROPRES	284,1	49,4	104,6	475,6 %
PROVISIONS				
Provisions pour risques et provisions pour charges de gestion courante	0,9	0,7	0,7	30,5 %
Provisions pour risques et provisions pour charges de gestion technique	1 305,9	1 180,2	948,9	10,7 %
Autres provisions pour charges	55,5	35,5	35,5	56,1 %
TOTAL PROVISIONS	1 362,2	1 216,3	985,0	12,0 %
DETTES FINANCIERES				
TOTAL DETTES FINANCIERES				
AUTRES DETTES				
Cotisants et clients créditeurs	374,7	71,9	71,9	421,1 %
Fournisseurs	10,8	15,8	15,8	- 31,9 %
Personnel et comptes rattachés	0,7	0,6	0,6	10,0 %
Sécurité sociale et autres organismes sociaux	0,2	0,2	0,2	11,0 %
Entités publiques	402,3	0,2	0,2	259311,8 %
Organismes et autres régimes de sécurité sociale	1 320,8	2 712,5	20,4	- 51,3 %
Créditeurs divers	0,0	0,0	0,0	- 100,0 %
Produits constatés d'avance	102,7	0,9	0,9	10908,5 %
TOTAL AUTRES DETTES	2 212,2	2 802,2	110,1	- 21,1 %
TOTAL PASSIF	3 858,4	4 067,9	1 199,8	- 5,1 %

(*) Variation entre les comptes *pro forma* 2020 et les comptes 2021.

Compte de résultat résumé - Branche Autonomie

PRODUITS (en M€)	2021	2020 <i>Pro forma</i>	2020 Certifié (PCUOSS)	Variation*
PRODUITS DE GESTION TECHNIQUE				
Cotisations, impôts et produits affectés	32 538,5	30 026,6	4 884,8	8,4 %
Cotisations prises en charge par l'Etat	92,0	35,7	35,7	157,7 %
Contribution sociale généralisée (CSG)	28 963,1	27 252,1	2 110,3	6,3 %
Impôts et taxes affectés	3 483,4	2 738,8	2 738,8	27,2 %
Produits techniques	616,6	97,8	24 067,8	530,3 %
Reprises sur provisions et dépréciations	802,1	712,6	519,4	12,6 %
TOTAL PRODUITS DE GESTION TECHNIQUE	33 957,1	30 837,0	29 471,9	10,1 %
PRODUITS DE GESTION COURANTE				
TOTAL PRODUITS DE GESTION COURANTE	0,7	0,7	0,7	- 0,6 %
PRODUITS FINANCIERS				
TOTAL PRODUITS FINANCIERS	3,9	0,0	0,0	-
PRODUITS EXCEPTIONNELS				
TOTAL PRODUITS EXCEPTIONNELS	1,4	0,0	0,0	-
TOTAL PRODUITS	33 963,1	30 837,7	29 472,6	10 %

CHARGES (en M€)	2021	2020 <i>Pro forma</i>	2020 Certifié (PCUOSS)	Variation*
CHARGES DE GESTION TECHNIQUE				
Prestations sociales	27 630,0	26 682,4		3,6 %
Prestations légales	27 630,0	26 682,4		3,6 %
Prestations extra-légales : action sanitaire et sociale	0,0	0,0		-
Charges techniques, transferts, subventions et contributions dont :	4 750,1	3 801,4	29 296,1	25,0 %
Transferts entre organismes de sécurité sociale et assimilés	0,0	0,0	25 494,7	- 96,0 %
Subventions	245,2	215,1	215,1	14,0 %
Concours versés aux départements	3 899,5	3 294,2	3 294,2	18,4 %
Soutien à l'investissement des ESMS	331,6	118,3	118,3	180,3 %
Diverses charges techniques	100,5	46,5	46,5	116,4 %
Dotations aux provisions pour charges techniques	1 086,2	901,6	724,3	20,5 %
TOTAL CHARGES DE GESTION TECHNIQUE	33 566,8	31 432,0	30 066,8	6,8 %
CHARGES DE GESTION COURANTE				
Achats et charges externes	25,4	14,3	14,3	78,1 %
Impôts et taxes	1,2	1,1	1,1	11,7 %
Charges de personnel	11,3	10,0	10,0	13,9 %
Diverses charges de gestion courante	96,5	0,3	0,3	37730,8 %
Dotations aux amortissements, aux dépréciations et aux provisions	6,5	5,4	5,4	21,0 %
TOTAL CHARGES DE GESTION COURANTE	141,0	31,0	31,0	355,3 %
CHARGES FINANCIERES				
TOTAL CHARGES FINANCIERES	1,4	0,0	0,0	-
CHARGES EXCEPTIONNELLES				
TOTAL CHARGES EXCEPTIONNELLES	0,0	0,0	0,0	-
IMPOTS SUR LES BENEFICES				
TOTAL IMPOTS SUR LES BENEFICES ET ASSIMILES	0,0	0,0	0,0	-
TOTAL DES CHARGES	33 709,3	31 462,9	30 097,8	7 %
RESULTAT NET DE L'EXERCICE	253,8	-625,2	- 625,2	- 141 %

(*) Variation entre les comptes *pro forma* 2020 et les comptes 2021.

B - Liste des abréviations

AAH	Allocation aux adultes handicapés
AEEH	Allocation d'éducation de l'enfant handicapé
ALSH	Accueil de loisirs sans hébergement
ACOSS	Agence centrale des organismes de sécurité sociale
ASPA	Allocation de solidarité aux personnes âgées
AT-MP	Accidents du travail – maladies professionnelles
ATIH	Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
AVPF	Assurance vieillesse des parents au foyer
CAF	Caisse d'allocations familiales
CARSAT	Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail
CCMSA	Caisse centrale de la mutualité sociale agricole
CDAPH	Commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées
CESU	Chèque emploi service universel
CGSS	Caisse générale de sécurité sociale
CMG	Complément de libre choix du mode de garde
CNAF	Caisse nationale des allocations familiales
CNAM	Caisse nationale de l'assurance maladie
CNAV	Caisse nationale de l'assurance vieillesse
CNSA	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
CRISTAL	Conception relationnelle intégrée du système de traitement des allocations familiales (application)
CSG	Contribution sociale généralisée
CSSM	Caisse de sécurité sociale de Mayotte
DATAMINI NG	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 mensuelles
DSN	Déclaration sociale nominative
EAJE	Établissement d'accueil du jeune enfant
EIRR	Échange inter-régimes de retraite
FRR	Fonds de réserve pour les retraites
FSV	Fonds de solidarité vieillesse
IFAC	Fédération internationale des experts comptables
IQL	Indicateur de la qualité de la liquidation
ISQC	<i>International Standards on Quality Control</i> (normes internationales de contrôle qualité)
LFSS	Loi de financement de la sécurité sociale
LURA	Liquidation unique des régimes alignés
MAGIC	Modèle automatisé de gestion institutionnelle comptable (branche famille)
MAIA	Maîtrise de l'activité et de l'information en action sociale collective
MDPH	Maison départementale des personnes handicapées
MGEN	Mutuelle générale de l'éducation nationale
MSA	Mutualité sociale agricole (régimes agricoles)
NIA	Numéro d'immatriculation d'attente
NIR	Numéro d'identification au répertoire national d'identification des personnes physiques
NSI	Nouveau système d'information de la branche famille
OMEGA	Observation, mesure et gestion de l'action sociale (branche famille)
PAJE	Prestation d'accueil du jeune enfant
PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'information
PNDS	Portail numérique des droits sociaux
PUMA	Protection universelle maladie
PREPARE	Prestation partagée d'éducation de l'enfant
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 (branche vieillesse)
SNGC	Système national de gestion des carrières
SYRCA	Système de régularisation de la carrière