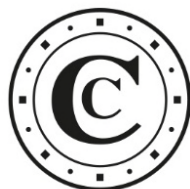


Cour des comptes



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

Exercice 2019

Mai 2020



## SOMMAIRE

<b>Délibéré</b> .....	<b>7</b>
<b>Synthèse</b> .....	<b>9</b>
<b>Chapitre I les positions de la cour sur les comptes combinés du régime général pour l'exercice 2019</b> .....	<b>23</b>
I. Les comptes combinés de l'activité de recouvrement.....	25
A. La position de la Cour.....	25
B. Les motivations détaillées de la position de la Cour .....	27
II. Les comptes combinés de la branche maladie .....	48
A. La position de la Cour.....	49
B. Les motivations détaillées de la position de la Cour .....	50
III. Les comptes combinés de la branche accidents du travail - maladies professionnelles (AT-MP) .....	74
A. La position de la Cour.....	74
B. Les motivations détaillées de la position de la Cour .....	75
IV. Les comptes combinés de la branche famille.....	81
A. La position de la Cour.....	81
B. Les motivations détaillées de la position de la Cour .....	82
V. Les comptes combinés de la branche vieillesse .....	99
A. La position de la Cour.....	99
B. Les motivations détaillées de la position de la Cour .....	101
<b>Chapitre II les positions de la cour sur les comptes des organismes nationaux du régime général pour l'exercice 2019</b> .....	<b>115</b>
VI. Les comptes de l'acoss pour l'exercice 2019.....	117
A. La position de la Cour sur les comptes de l'ACOSS .....	117
B. Les motivations détaillées de la position de la Cour .....	117
VII. Les comptes de la cnam pour l'exercice 2019 .....	118
A. La position de la Cour sur les comptes de la CNAM.....	118
B. Les motivations détaillées de la position de la Cour .....	119
VIII. Les comptes de la cnaf pour l'exercice 2019 .....	120
A. La position de la Cour sur les comptes de la CNAF .....	120
B. Les motivations détaillées de la position de la Cour .....	121
IX. Les comptes de la cnav pour l'exercice 2019 .....	121
A. La position de la Cour sur les comptes de la CNAV.....	121
B. Les motivations détaillées de la position de la Cour .....	122

<b>Chapitre III le compte rendu des vérifications opérées par la cour.....</b>	<b>123</b>
X. Le cadre et la démarche d'audit .....	125
XI. Les vérifications intermédiaires .....	127
XII. Les vérifications finales .....	129
<b>Annexes .....</b>	<b>133</b>

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

### **- élaboration et publication -**

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

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

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

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

La *collégialité* intervient pour conclure les principales étapes des procédures de contrôle et de publication.

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

Le projet de rapport de certification des comptes du régime général est ensuite examiné par le comité du rapport public et des programmes, composé du Premier président, du Procureur général et des présidents de chambre de la Cour, dont l'un exerce les fonctions de rapporteur général.

Enfin, le projet est soumis, pour adoption, à la chambre du conseil où siègent, sous la présidence du Premier président et en présence du Procureur général, les présidents de chambre de la Cour, les conseillers maîtres et les conseillers maîtres en service extraordinaire.

Ne prennent pas part aux délibérations des formations collégiales, quelles qu'en soient les fonctions, les magistrats tenus de s'abstenir en raison des fonctions qu'ils exercent ou ont exercées ou pour tout autre motif déontologique.

\*\*\*

Au cours des missions finales, la Cour a pris en compte, dans l'exercice de sa mission de certification des comptes de l'exercice 2019, le contexte créé par la crise sanitaire et les contraintes qui en ont résulté pour les organismes et leurs administrations de tutelle (cf. encadrés pages 10 et 130).

\*\*\*

Le rapport de certification des comptes du régime général de sécurité sociale est accessible en ligne sur le site internet de la Cour des comptes et des chambres régionales et territoriales des comptes : [www.ccomptes.fr](http://www.ccomptes.fr). Il est également diffusé par *La Documentation française*.

## Délibéré

La Cour des comptes, délibérant en chambre du conseil en formation ordinaire, conformément aux dispositions du décret n° 2020-438 du 17 avril 2020 portant adaptation des règles applicables à la chambre du conseil de la Cour des comptes, a adopté le présent *Rapport de certification des comptes du régime général de sécurité sociale pour l'exercice 2019*.

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 : Mme Moati, M. Morin, Mme Pappalardo, MM. Andréani, Terrien, Mme Podeur, M. Charpy, présidents de chambre, MM. Durrleman, Briet, présidents de chambre maintenus, Mme Darragon, MM. Courtois, Lefebvre, De Gaulle, Guédon, Thornary, Antoine, Mme Bouygard, MM. Clément, Glimet, de Nicolay, Mme Latare, MM. Albertini, Miller, Mme Bouzanne des Mazery, MM. Soubeyran, Strassel, Mmes Latournerie-Willems, Hamayon, M. Bouvard, Mme Riou Canals, MM. Lejeune, Michelet, Mme Régis, MM. Houdebine, Bonnaud, conseillers maîtres, M. Richier, conseiller maître en service extraordinaire.

Ont été entendus :

- en sa présentation, M. Morin, président de la chambre chargée des travaux sur lesquels le rapport est fondé et de la préparation du rapport ;

- en son rapport, Mme Pappalardo, rapporteure générale, rapporteure du projet devant la chambre du conseil, assistée de M. Appia, conseiller maître, rapporteur général, M. Fulachier, conseiller maître, et M. Olié, conseiller référendaire, 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 conclusions, sans avoir pris part au délibéré, Mme Hirsch de Kersauson, Procureure générale, accompagnée de M. Ferriol, avocat général.

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

Fait le 13 mai 2020.

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 M. Briet, président de chambre maintenu, Mme Carrère-Gée, M. Viola, Mme Latare, M. de la Guéronnière, Mme Bouzanne des Mazery, MM. Fulachier et Appia, Mme Hamayon, M. Houdebine, conseillers maîtres.

Les rapporteurs de synthèse étaient M. Appia, conseiller maître, rapporteur général de la certification des comptes du régime général de sécurité sociale, M. Fulachier, conseiller maître, et M. Olié, conseiller référendaire.

Les travaux dont est issu le projet de rapport de certification ont été effectués par :

- MM. Appia et Fulachier, conseillers maîtres ;
- M. Olié, conseiller référendaire ;
- Mmes Chabbert, Chibou, Figarol, Labidi-Farsi, Massard (jusqu'au 4 octobre 2019), Novikova (à compter du 4 novembre 2019), Perbal, Sikora, Vecchiato, Veyrat-Lafont, MM. Bellosta, Dardigna, Debros (à compter du 9 octobre 2019), Delmas, Dupouy, Pinatel, Mc Shine, Sebbagh, experts ;
- Mme Tan, vérificatrice (à compter du 15 octobre 2019).

Le contre-rapporteur était M. Viola, conseiller maître.

Le projet de rapport de certification a été examiné et approuvé, le 5 mai 2020, par le comité du rapport public et des programmes de la Cour des comptes, composé de Mme Moati, doyenne des présidents de chambre, faisant fonction de Première présidente, M. Morin, Mme Pappalardo, rapporteure générale du comité, MM. Andréani et Terrien, Mme Podeur, M. Charpy, présidents de chambre, M. Barbé, président de section, et Mme Hirsch de Kersauson, Procureure générale, entendue en ses avis.



# Synthèse

## La mission confiée à la Cour

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

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

La Cour formule sur chacun de ces comptes une opinion écrite, motivée et indépendante, après avoir collecté les éléments procurant une assurance raisonnable sur la conformité des états financiers, dans tous leurs aspects significatifs, aux règles et principes comptables qui leur sont applicables.

Pour exprimer son opinion, la Cour effectue des travaux d'audit, détaillés dans le chapitre III du présent rapport, se fonde sur son jugement professionnel et se conforme aux modalités de présentation généralement applicables en matière d'audit d'états financiers.

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

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

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

La synthèse des positions exprimées par la Cour (cf. annexe B) témoigne des progrès accomplis sur le moyen terme dans la maîtrise des risques et la fiabilisation des comptes. Ainsi, les neuf jeux de comptes du régime général ont tous été certifiés depuis 2013, avec des réserves dont le nombre total s'est réduit, durant cette période, de 33 à 28.

Les actions conduites en ce sens par les organismes du régime général font l'objet d'un suivi régulier, dans le cadre de l'examen conjoint, avec la Cour, de trajectoires de levée des constats d'audit sous-jacents aux réserves qu'elle formule.

#### **Incidences de l'état d'urgence sanitaire sur l'audit des comptes du régime général de sécurité sociale de 2019**

Outre l'adaptation de certaines procédures d'échange avec les producteurs des comptes, l'état d'urgence sanitaire a eu pour principales incidences la mention de la crise sanitaire au nombre des événements postérieurs à la clôture dans les annexes aux comptes 2019 des branches, de l'activité de recouvrement et des organismes nationaux du régime général, ainsi que des limitations aux travaux d'audit.

Pour la plupart, les limitations aux travaux d'audit dont fait état le présent rapport sont cependant antérieures à l'état d'urgence sanitaire.

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

Du point de vue de l'audit financier, le régime général se caractérise par le nombre considérable d'opérations effectuées par les organismes en faveur de plus de soixante millions d'assurés ou d'allocataires ou en lien avec 9,5 millions de cotisants, ainsi que par l'importance des masses financières en jeu.

Compte tenu de l'atomicité financière des opérations effectuées et comptabilisées<sup>1</sup>, l'examen de l'efficacité du contrôle interne, entendu comme les dispositifs de toute nature<sup>2</sup> qui concourent à prévenir ou bien à détecter et corriger les anomalies qui les affectent, est un élément clé de la démarche d'audit suivie par la Cour.

<sup>1</sup> Prise individuellement, chaque opération ne représente qu'une part réduite, sinon infime, des montants comptabilisés dans les états financiers soumis à certification.

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

L'efficacité de ces dispositifs, dont dépend en particulier la fiabilité des données correspondant aux opérations retracées dans les comptes, est mesurée par des indicateurs de risque financier résiduel, dont la Cour examine le périmètre, la fiabilité et le niveau.

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

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

Le calcul de ces indicateurs repose sur la vérification approfondie d'un échantillon d'opérations représentatif de celles effectuées et comptabilisées durant l'exercice ou pendant une période donnée. Par-delà les différences observées entre les branches dans la constitution des échantillons, l'organisation des contrôles et les périodes couvertes, les résultats des contrôles réalisés permettent d'établir :

- la fréquence des erreurs détectées, qui correspond au pourcentage des opérations vérifiées pour lesquelles subsiste au moins une erreur de portée financière ;
- un taux d'incidence financière des erreurs, obtenu en rapportant la somme des montants d'erreurs au montant total des prestations versées de l'échantillon. Cette somme est exprimée en valeur absolue, certaines erreurs étant au détriment et d'autres en faveur des assurés ou des tiers concernés (professionnels de santé en tiers payant, par exemple) ;
- par extrapolation, le montant global des erreurs de portée financière, calculé en appliquant le taux d'incidence financière précité à l'ensemble des prestations versées au cours de la période retenue.

Les indicateurs étant calculés selon une méthode statistique, leur valeur s'établit à l'intérieur d'un intervalle de confiance. Dans le cadre de ce rapport, sont ainsi évoqués le niveau et l'évolution des valeurs centrales de ces intervalles de confiance, ainsi que les fourchettes dans lesquelles se situent les indicateurs avec une probabilité de 95 %.

La CNAF s'est dotée de deux indicateurs de cette nature, qui portent sur les données déclaratives prises en compte pour attribuer les prestations (indicateur « données entrantes ») et sur l'activité de la branche famille (indicateur « métier »). La CNAM dispose d'indicateurs relatifs aux frais de santé en facturation directe et aux indemnités journalières. La CNAV suit des indicateurs relatifs aux prestations de retraite. L'activité de

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

recouvrement ne dispose toujours pas d'indicateurs synthétiques comparables.

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

### 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 (374,4 Md€ en 2019).

Pour le financement du régime général, l'ACOSS reçoit par ailleurs des produits de l'État et des collectivités locales et des transferts internes à la sécurité sociale (116,6 Md€).

Enfin, le réseau des URSSAF agit pour le compte de plus de huit cents attributaires relevant de la sécurité sociale – autres régimes de sécurité sociale, Fonds de solidarité vieillesse, CADES – ou non – Unédic, État et autorités organisatrices de la mobilité notamment (109,2 Md€).

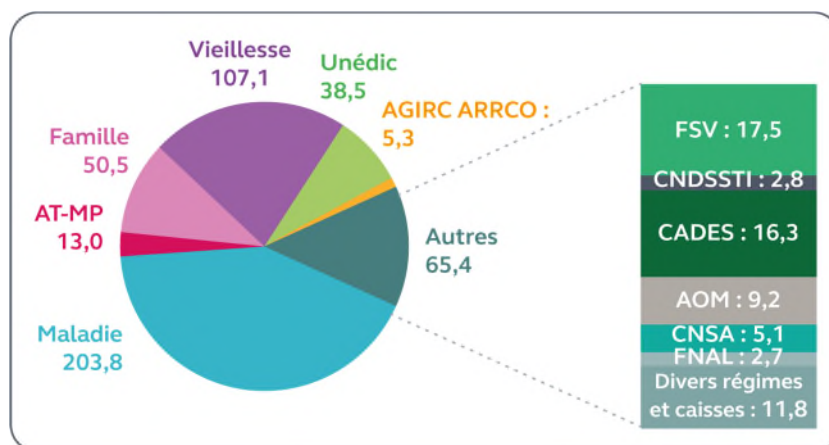
**Tableau n° 1 : produits et charges soumis à certification (2019)**

Produits soumis à la certification de la Cour	Md€	Charges soumises à la certification	Md€
Produits recouverts par le réseau des URSSAF pour les branches du régime général	374,4	Charges des branches du régime général	491,1
Produits apportés au régime général par l'État et les départements et par des transferts internes à la sécurité sociale	116,6		
Produits recouverts par le réseau des URSSAF pour d'autres attributaires, hors régime général	109,2		
<b>Total</b>	<b>600,2</b>	<b>Total</b>	<b>491,1</b>

Source : Cour des comptes

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

**Graphique n° 1 : destinataires des produits entrant dans le champ de la mission de certification de la Cour (en Md€, en 2019)**

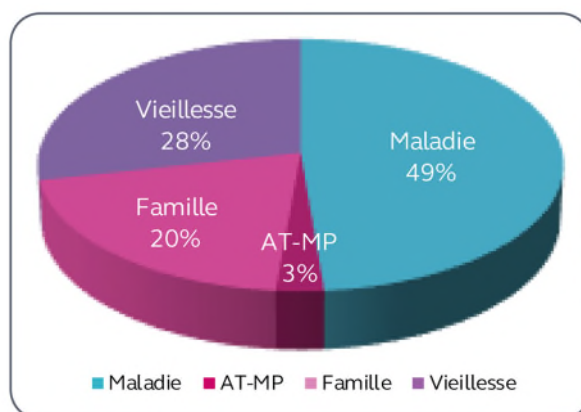


Source : Cour des comptes

## Les charges soumises à certification

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

**Graphique n° 2 : la répartition des charges par branche (% des charges - 2019)**



Source : Cour des comptes

Ces charges atteignent, en incluant celles financées par des tiers (soit 47,6 Md€ pour la branche famille et 1,1 Md€ pour la branche maladie), 491,1 Md€ en 2019, contre 473,2 Md€ en 2018.

## **Des comptes du régime général certifiés avec 28 réserves en 2019**

### *Observations générales sur l'exercice 2019*

La fiabilité des comptes de l'exercice 2019 dépend, en premier lieu, de **l'efficacité des dispositifs de contrôle interne** mis en œuvre pour couvrir les risques de portée financière liés à l'activité des organismes et au caractère déclaratif des données intégrées dans les systèmes d'information en provenance des cotisants, des bénéficiaires de prestations ou d'organismes tiers.

Les réformes engagées dans la sphère sociale au cours des années récentes<sup>4</sup> ont créé de nouveaux risques ou renforcé des risques existants, ce qui requiert l'adaptation des dispositifs de contrôle interne et des systèmes d'information. Ainsi, l'intégration au régime général des régimes de base de l'ex-régime social des indépendants (RSI) a continué de mobiliser, en 2019, les organismes du régime général.

Dans ce contexte, l'audit des comptes de 2019 du régime général souligne des faiblesses persistantes du contrôle interne.

Ces faiblesses se traduisent notamment par des valeurs toujours élevées des indicateurs de risque financier résiduel, qui mesurent la fréquence et les montants d'erreurs ayant une incidence financière. 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 d'indus) ou à leur détriment (rappels qui seraient à effectuer).

---

<sup>4</sup> Protection universelle maladie (PUMA), liquidation unique des retraites des poly-pensionnés salariés, artisans et commerçants (LURA), déclaration sociale nominative (DSN) et suppression du régime social des indépendants (RSI), notamment.

Ainsi, le total des erreurs liées à des données déclaratives non corrigées, neuf mois après leur mise en paiement, qui affectent les primes d'activité versées en 2019 équivaut à un cinquième des montants versés ; la proportion est d'un sixième pour le revenu de solidarité active. Par ailleurs, plus d'une pension de retraite nouvellement attribuée sur sept a été entachée d'au moins une erreur à incidence financière. C'est également le cas d'une indemnité journalière sur dix.

Plusieurs évolutions engagées sont de nature à réduire ces anomalies. Ainsi, le nouveau *Dispositif de ressources mutualisées* (DRM)<sup>5</sup> doit fiabiliser à la source les ressources prises en compte pour les prestations versées par la branche famille, ainsi que les revenus professionnels pour les prestations en espèces d'assurance maladie.

D'autres chantiers, comme le *Répertoire de gestion des carrières unique* (RGCU), la rénovation du système d'information des URSSAF et la prescription électronique d'actes, de prestations et de biens de santé par les médecins en ville et à l'hôpital pourraient, par ailleurs, réduire les risques liés aux données déclaratives prises en compte pour attribuer les prestations et recouvrer les prélèvements sociaux.

Dans ce contexte, les constats portés sur le contrôle interne conduisent la Cour à maintenir, au titre de l'exercice 2019, des réserves sur la maîtrise insuffisante des risques de portée financière dans chacune des branches, ainsi que dans l'activité de recouvrement.

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

---

<sup>5</sup> Mis en place pour permettre la prise en compte « en temps réel » des revenus (sans le décalage résultant de l'utilisation actuelle des déclarations fiscales) pour le versement des prestations, avec une première application pour les aides personnelles au logement (la mise en œuvre prévue au 1<sup>er</sup> avril 2020 a été reculée, du fait de la crise sanitaire, au 1<sup>er</sup> janvier 2021 au plus tard par un décret du 20 avril 2020).

À ce titre, la Cour maintient en 2019 plusieurs réserves motivées par des désaccords ou des limitations concernant le calcul d'estimations comptables<sup>6</sup> et le rattachement de certains produits à l'exercice, de nature à affecter de manière significative le résultat de l'exercice.

Une illustration de tels désaccords est fournie par l'absence de comptabilisation en 2019 de 0,7 Md€ de produits à recevoir au titre des remises sur les médicaments dues par des entreprises pharmaceutiques pour les autorisations temporaires d'utilisation (ATU), qui entraîne par ailleurs le déclenchement de la clause de sauvegarde<sup>7</sup> et la comptabilisation à tort d'un produit à recevoir de 0,1 Md€ à ce titre.

Cette irrégularité au regard du principe comptable d'indépendance des exercices dégrade de 0,6 Md€ le résultat 2019 de la branche maladie (- 1,5 Md€), au bénéfice de celui de l'exercice 2020.

Enfin, la Cour appelle de nouveau l'attention sur l'absence de mention dans les annexes aux comptes des branches du régime général des engagements pluriannuels à l'égard des titulaires de prestations légales et de leurs ayants droit au 31 décembre 2019, appréciés et évalués en fonction des règles de droit en vigueur à cette date.

Au total, la Cour **certifie l'ensemble des états financiers** des branches et de l'activité de recouvrement et des organismes nationaux, pour le septième exercice consécutif, **en formulant 28 réserves**, contre 29 sur les comptes de 2018<sup>8</sup>.

---

<sup>6</sup> Les produits du recouvrement et les charges de prestations que les organismes de sécurité sociale comptabilisent, depuis 1996, en droits constatés, doivent être rattachés à l'exercice qui a vu naître les droits et obligations, indépendamment d'une entrée ou d'une sortie de trésorerie. Les dépréciations, provisions, créances, charges à payer et produits à recevoir inscrits dans les comptes permettent de retracer l'ensemble des droits et obligations au 31 décembre de l'exercice.

<sup>7</sup> Les remises sont soustraites aux chiffres d'affaires des entreprises pharmaceutiques pour le calcul d'un éventuel dépassement déclenchant la clause de sauvegarde.

<sup>8</sup> Cette diminution globale du nombre des réserves recouvre la création d'une nouvelle réserve sur les comptes de l'activité de recouvrement (comptabilisation d'une partie des remises pharmaceutiques), la levée d'une réserve sur les comptes de la CNAM et le réaménagement de la présentation de plusieurs réserves sur les comptes de l'activité de recouvrement et de la branche AT-MP (qui se traduit au total par la suppression d'une réserve).



La portée de plusieurs réserves s'atténue, **23 points d'audit** formulés par la Cour sur les comptes de 2018 ayant été **levés en 2019** pour l'ensemble des branches et l'activité de recouvrement, contre 28 en 2018.

Par branche et pour l'activité de recouvrement, les principales observations formulées par la Cour sur les comptes de 2019 sont les suivantes.

### *Activité de recouvrement*

Les relations financières entre l'État et la sécurité sociale ont fortement évolué durant l'exercice, marqué par une forte hausse de la TVA affectée aux régimes sociaux (+ 36 Md€) et la réaffectation à l'État de certains prélèvements, l'extension des allègements généraux de cotisations sociales aux cotisations d'assurance-chômage et de retraite complémentaire, la révision de certaines exonérations ciblées de cotisations sociales. Par ailleurs, les missions du centre national Pajemploi<sup>9</sup> ont été élargies.

Dans cet environnement évolutif, l'ACOSS a poursuivi le chantier de rénovation du système d'information des URSSAF, la préparation de l'extension du périmètre de leurs missions à de nouveaux prélèvements, ainsi que la mise en place d'un plan de contrôle unique des services de l'ordonnateur et de la direction comptable et financière. Un secrétariat de la maîtrise des activités a été créé et l'audit interne couvre désormais l'ensemble des catégories de cotisants.

Si des progrès ont été relevés sur plusieurs sujets visés par les constats d'audit formulés par la Cour au titre des exercices précédents, les dispositifs de maîtrise des risques conservent des faiblesses tenant à leur couverture et à la fiabilité des actions de contrôle réalisées. Les risques liés aux systèmes d'information restent imparfaitement couverts. Par ailleurs, le nombre d'anomalies déclaratives en instance de traitement a fortement augmenté durant l'exercice et le taux moyen de rejet des déclarations sociales nominatives (DSN) par les contrôles automatisés s'est à nouveau dégradé.

Or, contrairement aux branches du régime général, l'ACOSS ne s'est toujours pas dotée d'indicateurs synthétiques mesurant les risques financiers résiduels liés aux données déclaratives et aux activités des organismes de son réseau, ce qui limite les possibilités d'appréciation de l'efficacité des dispositifs de contrôle interne.

---

<sup>9</sup> Offre de service du réseau des URSSAF destinée à simplifier les formalités administratives pour les parents employeurs qui font garder leur(s) enfant(s) par une assistante maternelle agréée ou une garde d'enfants à domicile.

Sur le plan comptable, une réserve nouvelle est formulée par la Cour sur l'absence de comptabilisation en 2019 de produits à recevoir (pour un montant net de 0,6 Md€) au titre de remises dues par les entreprises pharmaceutiques et affectées à la branche maladie, alors que les conditions légales étaient remplies et en contradiction avec les principes comptables (voir *supra*). Si ces produits avaient été rattachés à l'exercice 2019, comme ils auraient dû l'être, le déficit de la branche maladie aurait été moindre qu'affiché et le régime général, au lieu d'enregistrer un léger déficit (de 0,4 Md€) aurait dégagé un léger excédent (de 0,25 Md€).

**La Cour formule quatre réserves sur les comptes combinés de l'activité de recouvrement et deux réserves sur les comptes annuels de l'ACOSS pour l'exercice 2019.**

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

En 2019, le contrôle interne a été renforcé notamment par la formalisation d'un plan de contrôle associant les services de l'ordonnateur et ceux du service médical. Le déploiement de référentiels nationaux de contrôle interne destinés à harmoniser la gestion des principaux processus a couvert le service médical, dans le cadre de la mise en place progressive par l'assurance maladie d'un « système de management intégré ».

L'audit de certification conduit par la Cour a cependant confirmé les limites et fragilités persistantes des dispositifs de maîtrise des risques de portée financière auxquels sont exposées les branches maladie et AT-MP du régime général, qui portent notamment sur les systèmes d'information, les prises en charge de dépenses de soins de ville et en établissement de santé et les indemnités journalières.

La dématérialisation encore limitée des prescriptions médicales, des avis d'arrêt de travail, des attestations de salaires et des demandes d'accord préalable limite les possibilités de déploiement de contrôles automatisés à même de réduire la fréquence élevée d'erreurs qui affectent les prestations.

À cet égard, l'indicateur national de risque financier résiduel des frais de santé facturés directement à l'assurance maladie fait apparaître, tous risques confondus, que 7,45 % des prises en charge ont été affectées par des erreurs de portée financière en 2019. L'incidence financière de ces erreurs, pour l'essentiel au détriment de l'assurance maladie, atteint au moins 1 Md€, sur 76,7 Md€ de règlements pris en compte dans ce calcul.

Pour sa part, le risque financier résiduel relatif aux indemnités journalières (14,8 Md€), tel que mesuré par la CNAM, concerne, en 2019, 10 % des prestations versées tous risques confondus. Il atteint au moins 0,4 Md€ en 2019, principalement au détriment de l'assurance maladie,

contre 0,5 Md€ en 2018. Cette évolution doit être interprétée avec prudence en raison des fragilités qui affectent la conception de l'indicateur et les contrôles sur lesquels repose son calcul.

De manière générale, un réexamen de la méthodologie des indicateurs de risque résiduel et un renforcement de l'organisation des contrôles sur échantillons qui permettent de les établir sont nécessaires, afin de disposer d'une représentation plus complète des erreurs de portée financière et de réduire la volatilité de ces indicateurs.

Si ces indicateurs concourent à l'appréciation par la Cour de la fiabilité des états financiers, ils procurent avant tout des informations essentielles sur le paiement à bon droit des prestations aux assurés sociaux et sur le bon emploi des prélèvements sociaux et des impôts affectés au financement de l'assurance maladie.

Par ailleurs, comme indiqué précédemment, l'absence de comptabilisation en 2019 de produits à recevoir au titre des remises conventionnelles dues par les entreprises pharmaceutiques dégrade de 0,6 Md€ le résultat de la branche maladie.

Enfin, des faiblesses significatives affectent l'établissement et la justification des états financiers. Elles appellent une mise à niveau urgente des outils et des procédures mis en œuvre à cette fin.

**Pour l'exercice 2019, la Cour formule cinq réserves sur les comptes combinés de la branche maladie, cinq réserves également sur ceux de la branche AT-MP, ainsi que deux réserves sur les comptes de la CNAM.**

### ***Branche famille***

En 2019, les organismes de la branche famille ont exercé leurs missions dans un contexte marqué par la hausse très significative du nombre d'allocataires de la prime d'activité (+1,4 million) et du montant de prestations versées (+6 % au total par rapport à 2018), à la suite des mesures d'urgence économique et sociale de fin 2018.

Les contrôles sur pièces et sur place sur les données déclaratives des allocataires mis en œuvre par la branche famille lui ont permis de détecter des montants accrus d'indus et de rappels en 2019. Dans l'attente de la mise en œuvre de nouveaux moyens de maîtrise des risques visant à acquérir les données relatives aux ressources des allocataires à la source, de manière contemporaine à ces dernières, ils n'ont toutefois pas été portés au niveau qui aurait permis de prévenir une augmentation des indus et des rappels non détectés.

De ce fait, l'incidence financière des erreurs liées aux données déclaratives prises en compte pour attribuer les prestations légales, estimée par la CNAF, s'est nettement dégradée, dans une proportion plus forte que la seule croissance des prestations : neuf mois en moyenne après la mise en paiement des prestations, les indus et rappels de prestations non détectés par les dispositifs de contrôle interne atteignent 5,7 Md€ en 2019 (soit l'équivalent de 7,8 % des prestations versées), contre 4,9 Md€ en 2018 (7,2 %) <sup>10</sup>. La prime d'activité, le RSA et les aides au logement concentrent près de 85 % des erreurs.

Par ailleurs, le risque financier résiduel propre aux opérations effectuées par la branche (« métier »), qui n'a pas notablement évolué par rapport à 2018, s'établit à 1,65 % du montant des prestations légales, soit 1,2 Md€.

**La Cour formule trois réserves sur les comptes combinés de la branche famille et deux réserves sur les comptes annuels de la CNAF pour l'exercice 2019.**

### ***Branche vieillesse***

La branche a défini en 2019 un nouveau plan de supervision des activités de l'ordonnateur, amélioré la sélection des dossiers à contrôler par les directions comptables et financières et poursuivi le chantier de transformation du répertoire national des données de carrière.

Toutefois, les erreurs à caractère définitif qui affectent les prestations de retraite nouvellement attribuées (835 000 en 2019) ont continué à augmenter. Ainsi, plus d'une pension sur sept nouvellement attribuée ou révisée en 2019 a comporté au moins une erreur financière en faveur ou au détriment des assurés. Dans plusieurs caisses, cette proportion atteint une pension sur cinq.

Entre 2016 et 2019, la proportion des prestations de retraite affectées par une erreur de portée financière a augmenté d'un tiers, de 11,5 % à 15,3 %, et l'incidence financière de ces erreurs a doublé, de 0,9 % à 1,8 % du montant des prestations nouvellement attribuées.

Les erreurs qui portent sur le montant mensuel des pensions de retraite affectent les charges de la branche vieillesse pendant toute la durée du service de ces prestations. Ainsi, les erreurs intervenues en 2019, si elles ne sont pas recherchées et corrigées *a posteriori*, auront un impact financier cumulatif de 1,1 Md€, contre 0,8 Md€ pour celles de l'année précédente.

---

<sup>10</sup> L'indicateur à 24 mois s'établit en valeur centrale à 4,9 % des prestations versées en 2018, soit 3,3 Md€ d'indus et de rappels qui ne seront jamais détectés par les diverses actions de contrôle.

La CNAV va désormais évaluer chaque année l'incidence financière des erreurs intervenues les années précédentes et dont l'incidence persiste au cours de l'exercice.

Les fragilités des dispositifs de contrôle propres aux données de carrière subsistent, dans l'attente du déploiement du répertoire de gestion des carrières unique (RGCU) et du système de régularisation des carrières (SYRCA), qui permettraient de franchir un palier dans leur fiabilisation.

Ces constats appellent, une fois passée la crise sanitaire, un changement d'échelle rapide des actions qui visent à réduire à la source les erreurs commises par les services ordonnateurs lors des liquidations de droit et des régularisations de carrière qui les précèdent, ainsi qu'à remédier à l'absence de détection d'une partie des erreurs par les directions comptables et financières des caisses de retraite.

**La Cour formule trois réserves sur les comptes combinés de la branche vieillesse et deux réserves sur les comptes annuels de la CNAV pour l'exercice 2019.**

\*\*\*

Au total, les actions conduites durant l'exercice 2019 dans les branches et l'activité de recouvrement du régime général ont permis la levée de plusieurs composantes de réserves, mais de nouveaux progrès sont indispensables pour renforcer les dispositifs de contrôle interne, fiabiliser ou mettre en place les indicateurs permettant de mesurer leur efficacité et améliorer la fiabilité des comptes soumis à certification.

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 supposent le paiement à bon droit des prestations. Or, ce dernier est directement affecté par le niveau élevé des erreurs qui n'ont pas été prévenues ou décelées par des actions de contrôle. Ces faiblesses concernent aussi le recouvrement exhaustif des prélèvements sociaux.

Plusieurs axes d'amélioration prioritaires pour les prochains exercices découlent ainsi des constats portés par la Cour sur les états financiers du régime général pour l'exercice 2019 :

- la réduction à la source des risques liés à la production des prestations et des prélèvements sociaux, par la menée à bien des chantiers informatiques précités, le développement des contrôles automatisés et des échanges de données numérisées et l'intégration systématique aux applications informatiques d'aides à la décision à l'attention des agents ;

- sans attendre ces évolutions, l'extension des contrôles palliatifs portant sur les processus à forts enjeux financiers, la mise en place des mesures du risque financier résiduel quand elles font défaut (activité de recouvrement) et la fiabilisation des mesures existantes (assurance maladie, notamment). L'absence ou l'instabilité des indicateurs de risque résiduel entraîne, en effet, une incertitude sur l'efficacité des dispositifs de maîtrise des risques ayant une incidence sur les comptes ;
- l'évaluation précoce des incidences comptables, pour le régime général, des dispositions législatives et réglementaires relatives à l'affectation d'impôts et taxes à la sécurité sociale et à leur répartition entre les branches, en portant une attention particulière au traitement comptable des prélèvements sociaux affectés directement à l'ACOSS.

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

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

## **Chapitre I**

# **Les positions de la Cour sur les comptes combinés du régime général pour l'exercice 2019**





## I. LES COMPTES COMBINÉS DE L'ACTIVITÉ DE RECOUVREMENT

L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) assure la gestion unifiée de la trésorerie des différentes branches du régime général de sécurité sociale.

Elle gère, avec son réseau de 22 unions pour le recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (URSSAF) et quatre caisses générales de sécurité sociale (CGSS) pour les départements et régions d'outre-mer, 9,5 millions de comptes de cotisants.

Les comptes combinés de l'activité de recouvrement retracent les opérations de l'ACOSS et celles de chacune des URSSAF ainsi que, jusqu'au 31 décembre 2019, des éléments de compte produits par la caisse nationale déléguée pour la sécurité sociale des travailleurs indépendants (CNDSSTI).

Les quatre caisses générales de sécurité sociale (CGSS) compétentes pour la Guadeloupe, la Guyane, la Martinique et La Réunion font l'objet d'une combinaison partagée entre l'activité de recouvrement et les branches maladie, AT-MP et vieillesse (ainsi que le régime des non-salariés agricoles).

L'intégration de la caisse de sécurité sociale de Mayotte (CSSM) dans les périmètres de combinaison de l'activité de recouvrement et des branches du régime général est reportée depuis 2015, du fait d'écarts non résolus entre son bilan et ceux des entités précitées<sup>11</sup>.

**En 2019, 484 Md€ de produits ont été mis en recouvrement**, comptabilisés et répartis par l'ACOSS et les URSSAF pour le compte des branches du régime général, du FSV, de la CADES, de l'Unédic et de plus de huit cents autres organismes tiers. Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2019, l'ACOSS assure par ailleurs la compensation de la réduction générale de cotisations patronales aux régimes de retraite complémentaire.

### A. La position de la Cour

Au terme des vérifications dont elle rend compte au chapitre III du présent rapport, la Cour estime avoir collecté les éléments probants nécessaires pour fonder ses positions sur les comptes de l'activité de recouvrement pour l'exercice 2019, signés le 20 avril 2020 par le directeur et par la directrice comptable et financière de l'ACOSS.

---

<sup>11</sup> Cet élément explicatif n'est pas repris dans la suite du présent rapport.

La Cour certifie qu'au regard des règles et principes comptables qui leur sont applicables, les comptes combinés de l'activité de recouvrement pour l'exercice 2019 sont réguliers et sincères et donnent une image fidèle de la situation financière et du patrimoine de cette activité, sous les quatre réserves suivantes :

- **réserve n° 1** : Les dispositifs généraux de contrôle interne ne procurent qu'une assurance limitée sur la maîtrise des risques de portée financière de l'activité de recouvrement ;

- **réserve n° 2** : Les risques de portée financière relatifs aux données administratives et aux déclarations des cotisants, au contrôle et au recouvrement amiable et forcé des prélèvements sociaux des employeurs de salariés, des travailleurs indépendants et d'autres catégories de cotisants ou de dispositifs spécifiques sont imparfaitement couverts par les dispositifs de maîtrise mis en œuvre aux plans national et local ;

- **réserve n° 3** : La justification des comptes reste affectée par des désaccords sur la correcte comptabilisation de produits et de charges, ainsi que par des limitations et désaccords portant sur les enregistrements et les estimations comptables ;

- **réserve n° 4** : Alors que les conditions légales étaient remplies, l'absence de comptabilisation par l'ACOSS de produits à recevoir de remises conventionnelles dues par les entreprises pharmaceutiques a minoré de 0,6 Md€ les produits et, de ce fait, le solde de la branche maladie du régime général pour l'exercice 2019.

En application de la norme ISA 706<sup>12</sup>, la Cour appelle l'attention sur l'absence d'application en 2019 des pénalités pour non-respect de l'obligation d'utiliser la DSN comme vecteur de déclaration, alors qu'elles avaient été partiellement appliquées durant l'exercice précédent. L'impact financier de cette abstention n'est pas mesuré.

La Cour appelle également l'attention sur l'absence d'application des pénalités prévues par les textes aux travailleurs indépendants qui n'ont communiqué qu'une déclaration fiscale servant, par défaut, de base de calcul des prélèvements sociaux, à ceux qui ont déclaré leurs revenus professionnels tardivement ou postérieurement à l'appel des prélèvements en taxation d'office et aux micro-entrepreneurs n'ayant pas déclaré leurs revenus ou les ayant déclarés tardivement.

---

<sup>12</sup> « Paragraphes d'observations et paragraphes relatifs à d'autres points dans le rapport de l'auditeur indépendant ».

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

### **1 - Les parties de réserves levées en 2019**

La Cour avait certifié les états financiers de l'activité de recouvrement pour l'exercice 2018 en assortissant sa position de trois réserves relatives aux dispositifs de contrôle interne (réserve n° 1), aux prélèvements sociaux des travailleurs indépendants (réserve n° 2) et à la justification des enregistrements et estimations comptables (réserve n° 3).

**Au 31 décembre 2019, deux constats d'audit et douze points d'audit ont été satisfaits au titre des réserves de l'exercice précédent.**

**Au titre de la réserve n° 1** concernant les dispositifs de contrôle interne et d'audit interne :

- les informations permettant de lever les limitations aux diligences sur le dispositif de maîtrise des risques relatif aux emprunts effectués par la voie de titres de créances négociables étaient disponibles en 2019 (§ 29) ;
- les dispositifs de sécurité des systèmes d'information ont été adaptés à la suite de l'intégration des centres informatiques régionaux à l'ACOSS (§ 34) ;
- le périmètre de la validation des comptes a été élargi et sa coordination avec l'audit interne relevant du directeur de l'ACOSS a été renforcée pour permettre de mieux couvrir les risques financiers liés à certaines catégories de cotisants (§ 39 à 41) ;
- le traitement de détection des admissions en non-valeur prend désormais en compte tous les motifs d'admission (§ 84).

**Au titre de la réserve n° 2** relative aux prélèvements sociaux sur les travailleurs indépendants, la Cour a constaté une nouvelle réduction de la portée des risques qui affectent spécifiquement le recouvrement des prélèvements propres à cette catégorie de cotisants par rapport à celle des employeurs de salariés. Cela la conduit à reclasser ses constats relatifs au recouvrement des prélèvements sociaux des travailleurs indépendants dans une réserve commune avec les autres catégories de cotisants, ainsi qu'à lever les points suivants :

- le nombre de liasses d'affiliation et de radiation en instance de traitement à la clôture de l'exercice s'est réduit, ce qui conduit à mettre fin à une limitation à l'audit (§ 97) ;

- les montants des appels de cotisations sur des bases erronées et des créances des exercices antérieurs pour les cotisants ayant déjà fait l'objet d'une taxation d'office sont devenus non significatifs en 2019 (§ 104).

**Au titre de la réserve n° 3** relative à la justification des enregistrements et des estimations comptables :

- l'incertitude relative au calcul de la provision au titre du crédit d'impôt de taxe sur les salaires est devenue sans objet, le crédit d'impôt n'étant plus applicable en 2019 (§ 126) ;
- l'absence de prise en compte dans les provisions pour litiges des effets de la réforme des contributions portant sur les revenus du capital ne présente plus un enjeu significatif (§ 127) ;
- l'incertitude portant sur les montants notifiés par la caisse centrale de la mutualité sociale agricole est désormais estimée non significative par les commissaires aux comptes de cet organisme (§ 128 et 129) ;
- les opérations comptables affectées par une limitation ou une incertitude ne concernaient que l'exercice 2018 (§ 150 et § 152).

## **2 - Les réserves sur les comptes pour l'exercice 2019**

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

**Réserve n° 1** : Les dispositifs généraux de contrôle interne ne procurent qu'une assurance limitée sur la maîtrise des risques de portée financière de l'activité de recouvrement.

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

#### **Les dispositifs généraux de contrôle interne**

**Constat n° 1** : Malgré la mise en place progressive d'un plan de contrôle unique, la couverture incomplète et la portée souvent limitée des dispositifs de contrôle interne continuent d'exposer l'activité de recouvrement à des risques de portée financière insuffisamment maîtrisés.

Engagée lors de l'exercice précédent, la mise en place d'un plan de contrôle unique (PCU) commun à l'ordonnateur et à la direction comptable et financière n'est pas achevée en 2019. Elle s'est accompagnée notamment d'une révision des contrôles de la direction comptable et financière en 2019.

Malgré ces travaux, la conception des plans nationaux de contrôle comporte des fragilités, qui tiennent notamment à la faible volumétrie des opérations contrôlées et à une prise en compte limitée de l'acuité des risques propre à chaque URSSAF dans la détermination des échantillons d'opérations contrôlées.

En outre, les conditions inégales de mise en œuvre de certains plans nationaux réduisent leur portée, alors même que leurs résultats font apparaître des non-conformités persistantes sur certains processus. Dans les organismes audités, la définition et la mise en œuvre des plans de contrôle locaux présentent également des marges de progrès.

La cartographie des risques couvre insuffisamment certains risques, activités ou catégories de cotisants (exonérations de cotisations sociales, réduction générale, prélèvements précomptés sur les revenus de remplacement, activité du centre national Pajemploi, notamment).

Plus d'un quart des risques cartographiés ne sont pas couverts par des éléments de maîtrise des risques définis à l'échelon national. Les activités spécifiques de certaines URSSAF ne sont pas intégrées à l'outil national de maîtrise des risques (telles que celles du centre national CESU), ce qui limite le pilotage national du contrôle interne.

La cartographie relative aux travailleurs indépendants n'est pas intégrée à celle des URSSAF. Cette dernière n'est pas reliée à celle des applications informatiques, et le recensement et l'évaluation des contrôles intégrés dans les systèmes d'information sont incomplets.

Les URSSAF ne sont pas dotées d'un outil national leur permettant de suivre en temps réel les anomalies issues des contrôles et de fournir des informations utiles à l'amélioration continue des processus de gestion.

Les risques liés à l'utilisation de transactions sensibles, par lesquelles les agents peuvent modifier manuellement les données des systèmes d'information, sont insuffisamment couverts par les contrôles prescrits par l'ACOSS.

Malgré des progrès, le cadre national du contrôle interne de la gestion financière n'est pas exhaustif et sa mise en œuvre n'est pas homogène dans le réseau des URSSAF.

**Constat n° 2 :** En dépit d'enjeux financiers élevés, l'activité de recouvrement ne s'est pas encore dotée d'indicateurs synthétiques de mesure du risque financier résiduel, ce qui limite fortement l'appréciation de l'efficacité du contrôle interne ; des travaux ont été poursuivis sur ce point en 2019.

Pour les risques relatifs aux données déclarées par les cotisants, l'ACOSS envisage de se servir des résultats des contrôles aléatoires menés dans le domaine de la lutte contre le travail illégal et dans le cadre du contrôle comptable d'assiette des cotisants, pour fournir une incidence chiffrée des erreurs de portée financière affectant les données déclaratives alimentant les comptes des cotisants.

Le montant de l'incidence financière de la mesure du risque financier résiduel se situerait dans une fourchette comprise entre 5,7 Md€ et 7,2 Md€ (en 2018). Le périmètre de l'étude réalisée par l'ACOSS est toutefois incomplet, la mesure du risque portant sur les seuls employeurs du secteur privé, ce qui exclut, notamment, le secteur public, les travailleurs indépendants, les particuliers employeurs, l'économie collaborative et les travailleurs détachés. Les données relatives à l'exercice 2019 n'ont pas été communiquées à la Cour.

Pour les risques financiers résiduels liés à l'activité des organismes, dits « métier », l'ACOSS dispose de 27 indicateurs de risque financier résiduel, déterminés à partir des résultats des contrôles effectués dans les URSSAF. Ces indicateurs ne couvrent cependant pas l'ensemble des risques significatifs. C'est le cas, par exemple, de l'intégration des redressements issus des contrôles dans les comptes des cotisants, de la gestion des exonérations, du traitement des demandes de délai de paiement ou de celui de certains rejets d'opérations automatisées. En outre, des faiblesses affectent la conception et la réalisation des contrôles.

L'ACOSS a engagé le chantier d'un indicateur « pilote » sur les remboursements des crédits présents sur les comptes des cotisants (hormis les travailleurs indépendants), déterminé à partir des modalités et résultats du contrôle prévu dans le cadre du plan de contrôle de la direction comptable et financière. L'ACOSS prévoit de déployer un calculateur d'échantillons représentatifs en 2020. Les faiblesses des contrôles sur les remboursements sont décrites au constat n° 9.

Ces éléments ne permettent pas de disposer d'indicateurs synthétiques mesurant les risques financiers résiduels de l'activité de recouvrement, comme le prévoit le décret du 14 octobre 2013 sur le contrôle interne dans les régimes de sécurité sociale.

**Constat n° 3** : Le dispositif de contrôle interne de l'établissement public ACOSS ne permet pas de couvrir l'ensemble des risques liés à ses activités.

Alors que les flux financiers centralisés par l'ACOSS (117,7 Md€) ont fortement augmenté du fait de la croissance des impôts et taxes affectés à la sécurité sociale, le dispositif de contrôle interne et la cartographie des risques ont peu évolué durant l'exercice.

Le plan de contrôle interne de la gestion financière ne couvre pas l'ensemble des risques et la formalisation des contrôles portant sur la gestion des titres de créances négociables (dont l'encours atteint 26,5 Md€) reste incomplète.

Le contrôle interne de la gestion des produits recouverts par d'autres collecteurs que les URSSAF (administrations fiscale et douanière et MSA, notamment) et centralisés par l'ACOSS présente des faiblesses. Ainsi, les flux de produits ne sont pas traités dans un applicatif informatique spécifique. Dans l'attente de la rénovation du système d'information, ils sont répartis entre leurs attributaires à l'aide d'outils bureautiques, ce qui est facteur de risques. Des contrôles lourds doivent être mis en œuvre afin de garantir l'exactitude des calculs.

Le déploiement de l'outil national de maîtrise des risques (ONMR) et la définition d'un plan de contrôle unique (PCU) de l'ordonnateur et de la direction comptable et financière ont peu progressé.

### **Les risques liés au système d'information**

**Constat n° 4** : Plusieurs risques majeurs liés à la sécurité des systèmes d'information ne sont que partiellement couverts par les dispositifs visant à les maîtriser.

Dans un contexte marqué par d'importantes évolutions réglementaires relatives, en particulier, à la protection des données, la sécurité du système d'information de l'activité de recouvrement présente des fragilités sur les plans technique et organisationnel.

Ainsi, la revue des habilitations n'est que partiellement réalisée à l'ACOSS et la traçabilité des consultations dans le système d'information n'est pas assurée.

Le processus de gestion des changements ne garantit pas pleinement la qualité des développements informatiques livrés en production. Le dispositif de tests visant à éviter des régressions fonctionnelles et à s'assurer de la qualité des évolutions du système d'information présente

des fragilités, liées à des analyses d'impact souvent incomplètes et à un outillage peu automatisé.

La gestion des incidents s'est améliorée à la suite du déploiement d'un nouvel outil et du renforcement des procédures de gestion des incidents majeurs. Cependant, des indicateurs font encore défaut pour apprécier l'efficacité du dispositif de gestion des incidents au regard du niveau de service attendu. L'incidence financière des incidents non résolus à la fin de l'exercice n'est, en outre, pas évaluée. Enfin, le processus de gestion des problèmes (incidents dont la cause est inconnue) n'est pas déployé.

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

**Constat n° 5 :** Les actions de prévention et de détection des conflits d'intérêt et de la fraude interne n'apportent pas une assurance raisonnable sur la maîtrise des risques dans ce domaine.

L'ACOSS a mis en place en 2019 un dispositif de prévention des conflits d'intérêt concernant les salariés de l'établissement public. Dans son réseau d'URSSAF, la mise en œuvre du dispositif national de prévention et de détection de tels conflits d'intérêt reste hétérogène.

Les membres des conseils d'administration, qui ont été renouvelés en 2018, n'ont pas fait l'objet de contrôles à ce titre en 2018, ni en 2019, contrairement aux instructions nationales définies en 2016.

Les contrôles destinés à prévenir la fraude interne restent limités et présentent des faiblesses dans leur conception et leur mise en œuvre.

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

**Réserve n° 2 :** Les risques de portée financière relatifs aux données administratives et aux déclarations des cotisants, au contrôle et au recouvrement amiable et forcé des prélèvements sociaux des employeurs de salariés, des travailleurs indépendants et d'autres catégories de cotisants ou de dispositifs spécifiques sont imparfaitement couverts par les dispositifs de maîtrise mis en œuvre aux plans national et local.



Cette réserve est motivée par les **15 constats d'audit** suivants.

### **La gestion des données administratives et l'intégration des données déclaratives des employeurs de salariés**

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.

**Constat n° 6** : Le contrôle interne couvre imparfaitement plusieurs risques liés à la gestion des données administratives des cotisants.

Environ 40 % des actions conduisant à intégrer ou à modifier des données administratives des cotisants restent opérées manuellement dans le système d'information.

En l'absence de bilan de l'intégration aux comptes des cotisants des flux de données administratives, le bon déroulement et la traçabilité des rejets du traitement automatisé correspondant ne peuvent être correctement suivis. L'absence d'instruction de l'ACOSS sur certains paramètres locaux du traitement automatisé d'intégration des données administratives favorise des pratiques hétérogènes des URSSAF, de nature à affecter la fiabilité de ces données.

La présence de données administratives erronées dans le référentiel commun des déclarants (RCD) provoque des rejets lors de l'intégration des DSN au système d'information. Si les taux de conformité des données d'identification des cotisants dans les DSN par rapport à celles du RCD s'inscrivent à un niveau élevé, les données du RCD et du référentiel des entreprises et des individus (REI) n'ont été que partiellement fiabilisées. Le dispositif d'évaluation des rejets issus de ces référentiels ne permet pas d'en apprécier la pertinence.

Les modalités de traitement des dossiers en instance ne permettent pas de réduire leur ancienneté. Les dossiers actifs, radiés ou suspendus sont insuffisamment suivis. Les radiations effectuées sans liasses transmises par les centres de formalités des entreprises ne sont pas suffisamment encadrées et contrôlées.

**Constat n° 7 :** Les supervisions et contrôles mis en œuvre couvrent insuffisamment les risques liés à la gestion des données administratives.

La conception de certains plans de contrôle limite l'efficacité de la maîtrise des risques liés à la gestion des données administratives, du fait de l'absence de ciblage représentatif de la population totale lors des sélections de tests à réaliser par les organismes et de l'hétérogénéité des pourcentages de contrôle, sans que soient traités en priorité les risques les plus élevés.

Les résultats du plan de contrôle comparant les situations administrative et comptable des cotisants (comptes actifs malgré l'absence de pièces justificatives, ou bien inactifs malgré la présence de pièces) manquent de fiabilité, du fait d'un échantillonnage faussé par des dysfonctionnements persistants du traitement associé. Par ailleurs, la traçabilité de certains contrôles prévus par le plan de contrôle de l'ordonnateur et dans le traitement des déclarations faites par les entreprises aux centres de formalités des entreprises demeure limitée.

La direction comptable et financière ne réalise pas de contrôles permettant de valoriser l'incidence des anomalies détectées.

### **Les appels de cotisations et l'intégration des données déclarées aux comptes des employeurs de salariés**

**Constat n° 8 :** Plusieurs facteurs limitent l'efficacité du dispositif d'intégration aux comptes cotisants des employeurs de salariés des données qu'ils ont déclarées.

Les stocks d'anomalies déclaratives en instance de traitement, qui ont doublé au cours de l'exercice 2019 (+106 % entre janvier 2019 et décembre 2019), font peser des risques sur l'exhaustivité et l'exactitude des prélèvements sociaux comptabilisés. Le taux moyen de rejets des DSN a augmenté pendant trois exercices consécutifs (9,1 % en moyenne annuelle en 2019, contre 7,7 % en 2018 et 7,4 % en 2017).

L'évaluation de l'incidence financière des DSN de régularisation, qui devait être actualisée en fin d'exercice, n'a pas été communiquée à la Cour, ce qui constitue une limitation à ses travaux.

L'ACOSS a mis en œuvre un plan national de fiabilisation des données déclarées par les employeurs dans les DSN, qui vise notamment à rapprocher les données d'assiette des prélèvements sociaux agrégées par établissement et les données individuelles des salariés. L'efficacité de ce plan a souffert de la non-réalisation d'un tiers des campagnes programmées et d'une mise en œuvre concentrée sur les deux derniers mois de l'exercice. Le bilan d'une seule de ces campagnes a été transmis à la Cour.

L'intégration des données déclarées aux comptes des cotisants n'est pas encore pleinement sécurisée par les contrôles *a priori* intégrés aux traitements informatiques concernés, notamment celui d'intégration des données. Seuls sont réalisés des suivis *a posteriori*, qui se fondent notamment sur l'analyse des variations des taux de rejets.

La conception des plans de contrôle de l'intégration des données déclarées prend imparfaitement en compte les enjeux financiers correspondants. Le mode de calcul du taux de conformité de certains contrôles peut fragiliser l'estimation du risque financier résiduel qui leur est lié<sup>13</sup>. Par ailleurs, la mise en œuvre des plans de contrôle ne permet pas d'apprécier les niveaux de risque constatés dans les URSSAF.

La transmission tardive à la Cour des éléments relatifs aux taxations d'office n'a pas permis d'apprécier la portée des risques liés à leur évaluation.

**Constat n° 9** : Le dispositif de contrôle encadrant la gestion des crédits en faveur des cotisants employeurs de salariés couvre imparfaitement les risques de remboursement à tort ou pour un montant erroné.

Les comptes des cotisants employeurs qui présentent un crédit en leur faveur<sup>14</sup> font l'objet d'un suivi, mais les contrôles portant sur la gestion des crédits ont été suspendus pendant dix mois en 2019.

Mis en œuvre à compter du mois de novembre 2019, un nouveau contrôle, portant sur un champ réduit (9 M€ d'avoirs contrôlés, sur 428 M€ au total), affiche une fréquence élevée d'anomalies, qui représentent 6,7 % du montant des avoirs constatés. Ces résultats sont sous-estimés, les anomalies liées à des crédits frappés de prescription n'étant, à tort, pas prises en compte.

Un traitement procédant à des remboursements de manière automatisée a été déployé au cours du quatrième trimestre dans la majeure partie des URSSAF<sup>15</sup>. Mais ce traitement est insuffisamment fiabilisé. En effet, les résultats des contrôles sur les remboursements automatisés montrent que des remboursements injustifiés sont intervenus parmi les 49 M€ de remboursements auxquels ce nouveau traitement a donné lieu au dernier trimestre 2019.

<sup>13</sup> Dans les cas en question, le risque résiduel est mécaniquement plafonné, ce qui ne permet pas la constatation d'une non-conformité majeure, ou n'est pas mesuré.

<sup>14</sup> Du fait d'un excès de versement par rapport aux assiettes et montants de prélèvements déclarés ou d'une modification rétroactive de l'assiette ou du taux de ces derniers.

<sup>15</sup> Les CGSS des DOM ne l'ont pas déployé, ni l'URSSAF d'Île-de-France qui dispose de son propre traitement de remboursement automatisé.

De fait, les taux d'anomalies détectées par ces contrôles sont élevés (5,3 % en nombre et 7,7 % en montant) et hétérogènes selon les URSSAF.

Par ailleurs, les contrôles sur les remboursements manuels sont réalisés de façon insuffisamment rigoureuse, ce qui limite leur portée.

### **Les allègements généraux et les exonérations ciblées de cotisations**

**Constat n° 10 :** La fiabilité des montants des allègements généraux (26,9 Md€) et des exonérations ciblées de cotisations sociales prises en charge par l'État (5,1 Md€) en 2019 est fortement limitée par les faiblesses persistantes du contrôle interne et par les dysfonctionnements des traitements informatiques, ce qui affecte l'exactitude et l'exhaustivité des opérations comptabilisées à ce titre.

L'absence de résultats des contrôles portant sur le calcul de la réduction générale, l'insuffisance des contrôles intégrés au système d'information au titre des données déclarées à ce titre et le nombre limité de contrôles réalisés sur l'éligibilité à la réduction générale entraînent une incertitude sur le montant des cotisations enregistrées et un risque de non exhaustivité des opérations comptabilisées.

En outre, les études réalisées par l'ACOSS sur la cohérence réciproque des données agrégées et individuelles déclarées dans les DSN au titre de la réduction générale, tout comme les contrôles de cohérence entre les données individuelles des salariés déclarées sur les champs respectifs des URSSAF et de l'AGIRC-ARRCO, font apparaître des anomalies dont l'incidence sur les comptes est incertaine.

Dans ces conditions, les compensations de l'extension de la réduction générale à l'AGIRC-ARRCO (5,3 Md€) et à l'Unédic (0,9 Md€) en 2019 sont comptabilisées sur la base de données ne procurant pas une assurance raisonnable sur leur fiabilité et leur exhaustivité.

Par ailleurs, le contrôle interne des mesures ciblées d'exonération de cotisations sociales compensées par l'État est affecté par une absence de mise à jour des procédures et par des dysfonctionnements ou interruptions, pendant une grande partie de l'exercice, des traitements informatiques visant à les fiabiliser.

Malgré leur reprise à la fin de l'exercice, les contrôles réalisés dans le cadre du plan de contrôle de l'ordonnateur ont présenté des insuffisances qui limitent le niveau d'assurance sur la réalité et l'exactitude des exonérations ciblées compensées en 2019.

Faute de rapprochement entre les contrats de travail ouvrant droit à des exonérations enregistrés dans le système des déclarations des cotisants et les données des DSN relatives aux salariés (apprentis notamment), le montant des exonérations déclarées est incertain.

### **Le contrôle des cotisants**

**Constat n° 11** : Le périmètre du dispositif de contrôle des cotisants est incomplet et l'absence de plan de contrôle interne national limite l'efficacité des contrôles.

Le périmètre des contrôles n'inclut toujours pas les entreprises qui adhèrent au dispositif *Titre emploi service entreprise* et les associations adhérant au *Chèque emploi associatif* (TESE-CEA), les praticiens et auxiliaires médicaux, ainsi que les administrations centrales et les services déconcentrés de l'État.

D'autres catégories de cotisants ou de prélèvements ne font pas en tant que telles l'objet de plans de contrôle, mais sont contrôlées en fonction de circonstances particulières. Ainsi, les employeurs de personnel de maison sont uniquement contrôlés dans le cadre d'actions de lutte contre le travail illégal. Les revenus de remplacement ne font pas l'objet d'un ciblage particulier, mais sont contrôlés de manière accessoire aux prélèvements dus par les employeurs de salariés.

L'absence de plan de contrôle interne national sur l'activité de contrôle des cotisants continue d'affecter le pilotage national et le niveau de maîtrise des risques propres à ce processus.

**Constat n° 12** : Les faiblesses de l'enregistrement comptable des redressements n'ont pas été corrigées.

L'enregistrement dans les comptes des cotisants des redressements opérés présente des lacunes et des faiblesses persistantes. Des actions de contrôle sont menées par les organismes, mais l'ACOSS n'a pas défini de plan de contrôle national qui permettrait de garantir l'exhaustivité et l'exactitude de cet enregistrement.

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'erreurs.

En outre, les produits issus des redressements suite à un contrôle sont comptabilisés au moment du dépôt du rapport de contrôle, en contradiction avec les dispositions du code de la sécurité sociale qui, depuis 2016, font de l'envoi de la mise en demeure leur fait générateur.

## **Le recouvrement amiable et forcé des prélèvements sociaux des employeurs de salariés**

**Constat n° 13** : Malgré des progrès dans le suivi des relations avec les huissiers, le dispositif de contrôle interne du recouvrement amiable et forcé des prélèvements sociaux des employeurs de salariés continue de présenter des faiblesses.

Les actions de contrôle du recouvrement amiable et forcé font apparaître une proportion élevée de situations de non-conformité, s'agissant en particulier de la prévention de la prescription des créances, de la vérification des propositions d'admission en non-valeur devant les commissions de recours amiable puis de leur comptabilisation, de l'actualisation du parcours de recouvrement dans le système d'information et de la correcte analyse de certains dossiers complexes.

Les résultats des indicateurs relatifs au taux de récupération des créances à 100 jours, qui s'établit à 57,2 % en 2019, contre 66,1 % fin 2018, et à 300 jours montrent que la majeure partie des organismes locaux ne parviennent pas à atteindre leurs objectifs.

Le pilotage et le suivi des relations avec les huissiers ont progressé en 2019 mais conservent des marges de progrès.

Le recouvrement forcé dans les DOM reste d'une efficacité limitée et il n'a pas été défini de plan d'action pour le renforcer.

Malgré le déploiement d'un nouveau traitement automatisant le calcul de la date de la prescription et sa codification dans le système d'information, la prévention de la prescription des créances demeure imparfaitement assurée.

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

**Constat n° 14** : Malgré des progrès liés à l'extension de son périmètre, le référentiel national de maîtrise des risques propres au recouvrement des prélèvements sociaux des travailleurs indépendants conserve des faiblesses.

Le référentiel de maîtrise des risques propre aux travailleurs indépendants couvre désormais l'ensemble des activités et processus, mais certains contrôles prévus n'ont pas été déployés, ce qui limite son efficacité.

Les contrôles et leurs résultats présentent toujours de nombreuses faiblesses liées, notamment, à la détermination des échantillons d'opérations contrôlées et à la qualification et à la valorisation des anomalies détectées.

Le traitement manuel des flux d'affiliation et de radiation présente par ailleurs des risques d'erreurs imparfaitement couverts par le contrôle interne.

**Constat n° 15** : Les taxations d'office continuent à représenter une part significative des appels et des créances de prélèvements sociaux, parfois au titre de plusieurs exercices. L'application des taxations d'office ne respecte pas en tous points la réglementation en vigueur.

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

Au 31 décembre 2019, les appels de cotisations en taxation d'office de l'exercice s'élevaient à 1,3 Md€ (1 Md€ en 2018).

Malgré l'annulation chaque année de montants significatifs de créances correspondant à des taxations d'office (0,7 Md€ en 2019, après 0,8 Md€ en 2018), dans le cadre du plan de fiabilisation des revenus des travailleurs indépendants, les créances de taxations d'office non régularisées atteignaient encore 3,6 Md€ fin 2019 (3,8 Md€ fin 2018), dont 1 Md€ pour les taxations d'office portant sur plusieurs exercices (0,7 Md€ en 2018).

Malgré la suppression des dispositions réglementaires qui le permettaient, les URSSAF continuent d'appliquer des taxations d'office aux praticiens et auxiliaires médicaux n'ayant pas déclaré leurs revenus professionnels au titre de leur dernière année d'activité. À l'inverse, les taxations d'office, bien que prévues par la réglementation, ne sont pas appliquées aux micro-entrepreneurs. L'incidence financière de ces pratiques n'a pu être évaluée dans le cadre de l'audit.

**Constat n° 16** : Le contrôle des soldes créditeurs et des montants remboursés aux cotisants et la mesure du risque financier résiduel lié à ces opérations conservent de nombreuses limites.

Le total des montants créditeurs issus du dispositif dit « 3 en 1 »<sup>16</sup> s'élève à 2,4 Md€ au 31 décembre 2019 (contre 2,3 Md€ en 2018), dont 1 Md€ ont fait l'objet d'un remboursement (contre 0,9 Md€ en 2018).

Les contrôles *a posteriori* de l'ordonnateur sur les régularisations en faveur des cotisants calculées de manière automatisée et sur les remboursements souffrent de fragilités, notamment une traçabilité insuffisante et des conclusions fondées sur des données partielles.

Pour leur part, les contrôles *a posteriori* de la direction comptable et financière sur les remboursements manuels et les soldes créditeurs calculés par le système d'information à partir des déclarations des travailleurs indépendants au titre de leurs revenus de 2018 n'ont pas été réalisés dans l'ensemble des organismes locaux.

Ces constats affectent la maîtrise des risques et la fiabilité de la mesure de risque financier résiduel calculée par l'ACOSS.

**Constat n° 17** : Les limites du système d'information et une application hétérogène des instructions nationales continuent d'affecter le recouvrement des créances sur les travailleurs indépendants.

Des dysfonctionnements ont affecté durant l'exercice le système d'information et le correct enchaînement des étapes du parcours de recouvrement. Par ailleurs, les instructions nationales relatives à l'assignation en redressement judiciaire des cotisants défailants ne sont pas appliquées de façon homogène dans le réseau des URSSAF.

Le stock de contraintes en instance de traitement et de notification aux cotisants demeure important dans les DOM, ce qui compromet les perspectives de recouvrement des créances en question.

Malgré le déploiement durant l'exercice de nouvelles fonctionnalités permettant d'automatiser le calcul de la date de la prescription et sa codification dans le système d'information, les créances restent exposées à un risque élevé de prescription. Un risque de cette nature continue, par ailleurs, de découler des insuffisances du pilotage de la performance des huissiers dans les DOM.

Les créances sur les cotisants non radiés ou non suspendus ne sont toujours pas identifiées par le traitement informatisé visant à détecter de possibles admissions en non-valeur. Cette lacune affecte la comptabilisation exhaustive des créances admises en non-valeur.

---

<sup>16</sup> Ce dispositif permet de calculer automatiquement la régularisation des prélèvements relatifs à l'exercice N-1, d'ajuster en conséquence les prélèvements provisionnels de l'exercice N et d'informer le cotisant des appels de prélèvements relatifs à N+1.



**Constat n° 18** : 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 (2 Md€ au total).

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

La cohérence insuffisante des données administratives des cotisants détenues par l'activité de recouvrement avec celles de l'assurance maladie limite la fiabilité des éléments intégrés dans le système d'information.

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

**Constat n° 19** : Les risques liés aux précomptes de prélèvements sociaux sur les revenus de remplacement recouverts par les organismes locaux restent imparfaitement couverts par le contrôle interne.

Les modalités déclaratives des revenus de remplacement ont été modifiées le 1<sup>er</sup> janvier 2019. En l'absence de plan de contrôle interne spécifique, les seules actions de fiabilisation menées pendant l'exercice ont porté sur la vérification de la bonne utilisation des nouvelles rubriques déclaratives par les cotisants. Le bilan de cette action de fiabilisation n'a pas été transmis à la Cour.

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

**Constat n° 20** : Les dispositifs de maîtrise des risques liés aux processus de recouvrement des cotisations PAJE (4,0 Md€) et CESU (2,1 Md€) couvrent imparfaitement les risques qui leur sont liés.

Depuis mai 2019, le complément de libre choix du mode de garde 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.

Or, des dysfonctionnements du système d'information de ce centre ont entraîné une suspension des actions de recouvrement amiable et forcé et de certains contrôles pendant plusieurs mois, une baisse des actions de lutte contre la fraude et une forte hausse des flux et des stocks d'affaires à traiter, qui ont fortement exposé son activité à des risques opérationnels et

financiers. L'exhaustivité et l'exactitude des montants liquidés et comptabilisés au titre de la PAJE en ont été affectées.

Plus largement, le centre ne dispose toujours pas d'une cartographie des risques complète<sup>17</sup> et reliée aux contrôles intégrés à son système d'information, ni d'un outil intégré de gestion du recouvrement des créances, qui permettrait de prévenir la prescription des créances et de détecter les admissions en non-valeur et qui alimenterait automatiquement les comptes des cotisants.

Pour sa part, le dispositif de contrôle interne propre au centre CESU reste incomplet et n'est toujours pas intégré à l'outil national de maîtrise des risques de l'activité de recouvrement (ONMR). Le pilotage et la gestion de plusieurs processus reposent sur des outils bureautiques renseignés manuellement. Par ailleurs, la cotation des risques ne reflète pas le niveau effectif des risques résiduels.

Le nouveau service CESU+<sup>18</sup> mis en place en juin 2019 n'a pas été intégré à la cartographie des risques et aux plans de contrôle de l'ordonnateur et de la direction comptable et financière.

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

**Réserve n° 3 :** La justification des comptes reste affectée par des désaccords sur la correcte comptabilisation des produits et des charges, ainsi que par des limitations et désaccords portant sur les enregistrements et les estimations comptables.

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

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

**Constat n° 21 :** Les produits de prélèvements sociaux des travailleurs indépendants ne sont pas rattachés à l'exercice comptable.

En dehors des micro-entrepreneurs, les prélèvements sociaux des travailleurs indépendants (25,9 Md€) sont comptabilisés non pas l'année d'acquisition du revenu, mais selon leur date d'exigibilité, en contradiction avec le principe des droits constatés.

L'impact de cette distorsion par rapport au plan comptable des organismes de sécurité sociale, qui vise « la perception d'un revenu » en

<sup>17</sup> Elle n'est pas à jour des nouvelles activités liées à la mise en œuvre de la réforme du CMG et du service Pajemploi+ par lequel le centre gère la rémunération du salarié.

<sup>18</sup> Ce service confie au CESU l'intégralité du processus de rémunération du salarié.

tant que fait générateur de la comptabilisation des prélèvements sociaux des travailleurs indépendants, n'a pu être apprécié dans le cadre de l'audit.

**Constat n° 22** : Les modalités de notification des impôts et taxes affectés recouvrés par les services des ministères financiers (75,4 Md€) ne permettent pas leur comptabilisation par l'ACOSS selon le principe des droits constatés.

Les services des ministères financiers notifient à l'ACOSS les produits et les encaissements, mais pas les créances, dépréciations de créances et provisions pour risques au titre des impôts et taxes affectés au financement de la sécurité sociale.

La DGFIP et la DGDDI ont communiqué une évaluation à fin 2019 du montant brut des créances (504 M€), des dépréciations qui s'y rapportent (353 M€), ainsi que des provisions pour risque (98 M€).

En l'absence notamment d'une ventilation en fonction de leur année de naissance, l'ACOSS n'a pu comptabiliser ces montants de créances et de dépréciations et les notifier à ses attributaires. Elle n'a pas non plus enregistré de provisions pour risques, dont l'estimation présente une incertitude car elle ne concerne pas les seuls attributaires du régime général de sécurité sociale.

Par ailleurs, le dénouement *a posteriori* des produits à recevoir d'impôts et de taxes affectées (10,4 Md€) n'est pas assuré selon des modalités satisfaisantes, ce qui ne permet pas d'apprécier leur correcte évaluation.

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

**Constat n° 23** : L'audit de la répartition par l'ACOSS des produits, des créances et des charges entre les attributaires de l'activité de recouvrement reste affecté par des limitations ponctuelles. La répartition des créances est incertaine pour les soldes antérieurs à 2019.

L'entrepôt de données de comptabilité générale détaillées (SAAEC) dont s'est dotée l'ACOSS, qui doit permettre d'auditer directement la correcte répartition des cotisations et contributions recouvrées entre ses différents attributaires, n'est pas totalement exhaustif<sup>19</sup>.

---

<sup>19</sup> L'entrepôt de données SAAEC (Système d'Analyse Auxiliaire et Extra-Comptable) ne contient pas les majorations de retard et pénalités, ni les résultats des données modifiées par des transactions qui, par un forçage du système d'information, régularisent les cas d'anomalies de répartition.

Les tests réalisés par la Cour ont permis de retracer le passage de la comptabilité par attributaire à celle par compte de cotisant, sur un périmètre restreint et avec l'éclairage complémentaire apporté par les études compensatoires réalisées par l'ACOSS. Un audit informatique du traitement de répartition a, par ailleurs, montré son correct fonctionnement sur les cas testés.

En 2019, une évolution du traitement de répartition entre les attributaires a permis de limiter la génération d'écarts entre les données de la comptabilité générale et le traitement visant à s'assurer que la répartition des restes à recouvrer est correctement effectuée<sup>20</sup>. Les écarts constatés à la clôture (0,6 Md€ en valeur absolue) affectent la fiabilité des restes à recouvrer notifiés par l'ACOSS à ses attributaires. Ils concernent majoritairement des soldes antérieurs à l'exercice 2019 liés aux modalités de répartition de la réduction générale de cotisations<sup>21</sup>.

**Constat n° 24** : Une partie de la taxe sur les salaires a été affectée par la direction de la sécurité sociale à la compensation des exonérations de cotisations de retraite complémentaire.

Dans le silence sur ce point de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019, la fraction de 10,01 % de taxe sur les salaires affectée à l'ACOSS et destinée, selon les indications données au Parlement dans le projet de loi, à compenser à l'Unédic la réduction générale des contributions d'assurance chômage, a été pour partie affectée par la direction de la sécurité sociale à la compensation des exonérations de cotisations patronales de retraite complémentaire (à hauteur de 18,7 % de son montant, soit 261 M€).

Compte tenu des règles spécifiques fixées par la loi de financement pour assurer l'équilibre financier de chacune de ces deux compensations<sup>22</sup>, la réaffectation de taxe sur les salaires à laquelle il a ainsi été procédé a

<sup>20</sup>Au 31 décembre 2019, le taux dit « d'instabilité » des créances demeure élevé (2,2 %), bien qu'en légère diminution par rapport à 2018 (-0,2 point).

<sup>21</sup> Depuis 2011, les déductions sont réparties en fonction de taux déterminés par arrêté pour chacune d'elles. Ces dispositions peuvent aboutir au constat d'un montant de déductions supérieur aux produits enregistrés, ce qui crée ainsi des soldes négatifs dans les comptes de certains cotisants, mais non pris en compte par le traitement de répartition. Ces écarts liés aux allègements généraux au titre de janvier à septembre 2019 ont pu être corrigés par le traitement de répartition de façon rétroactive. En revanche, tel n'est pas encore le cas des situations antérieures à 2019.

<sup>22</sup> La LFSS pour 2019 a prévu que la branche vieillesse assume l'équilibre financier de la compensation des exonérations de cotisations de retraite complémentaire et que l'écriture de produit ou de charge nécessaire à l'équilibrage de la compensation des exonérations de contributions d'assurance-chômage soit répartie entre les branches maladie et vieillesse selon une clé fixée par un arrêté.

réduit la charge de la branche vieillesse, au titre de la compensation des cotisations de retraites complémentaires, et a majoré celles des branches maladie et vieillesse, au titre de la compensation des contributions chômage.

*In fine*, ces mouvements ont amélioré le résultat de la branche vieillesse de 153 M€ et dégradé d'autant celui de la branche maladie.

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

**Constat n° 25** : L'estimation des provisions pour risques et charges (3,8 Md€) reste marquée par des incertitudes et une limitation à l'audit.

Des fragilités continuent d'affecter la méthode d'estimation des provisions pour litiges, qui portent sur des montants réglés mais ultérieurement contestés à la suite de redressements faisant suite à des contrôles. La fiabilité et l'exhaustivité des données prises en compte pour provisionner ces litiges demeurent mal assurées.

L'analyse du dénouement des provisions ne peut être conduite, du fait de l'absence d'identifiant unique de gestion qui permettrait de suivre l'évolution d'un même litige à chaque stade juridictionnel.

Par ailleurs, les litiges relatifs aux travailleurs indépendants, artisans et commerçants ne donnent toujours pas lieu à constitution de provisions.

Des incertitudes affectent en outre l'évaluation de la provision pour réduction des produits de cotisations au titre des contentieux employeurs relatifs à l'application de la législation AT-MP et pendants à la clôture de l'exercice (713 M€). Il est renvoyé sur ce point à la motivation de la position de la Cour sur les comptes combinés de la branche AT-MP (cf. partie III, constat n° 6).

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.

**Constat n° 26** : L'évaluation des dépréciations de créances sur les cotisants (20,4 Md€) reste fragilisée par plusieurs limites.

Le processus d'estimation des dépréciations de créances reste exposé à des fragilités techniques, du fait notamment du caractère manuel de certaines opérations, qui suscite des risques d'erreur.

L'estimation des dépréciations ne prend pas suffisamment 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.).

La dépréciation des créances relatives aux risques maladie et maternité des professions libérales a été déterminée, par défaut, à partir des taux de dépréciation afférents aux risques CSG-CRDS et famille des professions libérales. Cette modalité limite le niveau d'assurance attendu sur le montant des dépréciations afférentes, le taux de dépréciation ne correspondant pas aux conditions réelles du recouvrement des risques maladie et maternité.

Par ailleurs, les données historiques de recouvrement des créances utilisées pour l'estimation des dépréciations des travailleurs indépendants ne sont pas corrigées de certains flux financiers intégrés à tort dans ce calcul. Cela conduit à une surévaluation des dépréciations des créances et une sous-évaluation des produits à recevoir et des provisions pour réduction de produits. L'incidence de cette pratique n'est pas chiffrée, ce qui entraîne une limitation à l'audit.

L'analyse du dénouement *a posteriori* des dépréciations des créances n'a pu être communiquée dans des délais permettant son audit.

**Constat n° 27** : L'évaluation des produits à recevoir de prélèvements sociaux (33,6 Md€) comporte des fragilités.

Les produits à recevoir comprennent une part certaine, correspondant aux prélèvements sociaux déclarés par les employeurs de salariés en janvier 2020 au titre de périodes travaillées en 2019 (30,8 Md€), et une part estimative (2,8 Md€), portant sur les prélèvements qui seront déclarés au cours des mois ultérieurs de 2020 au titre de ces mêmes périodes 2019, ainsi que sur les prélèvements des employeurs de personnel de maison (EPM).

Après deux exercices successifs où elle a été surévaluée (à hauteur de 0,2 Md€ au titre de 2016, puis de 0,3 Md€ au titre de 2017), cette part estimative a été sous-évaluée à la clôture des comptes 2018 (à hauteur de 0,1 Md€). De plus, sa prévision pour 2018, qui anticipait une baisse, s'est inscrite à l'inverse de l'évolution des flux réels, qui ont augmenté. Par ailleurs, l'absence de transmission par l'ACOSS de l'étude portant sur les DSN de régularisation ne permet pas d'apprécier les effets de ces dernières sur ces évolutions.

***d) L'absence de comptabilisation d'un produit à recevoir de remises des entreprises pharmaceutiques***

**Réserve n° 4** : Alors que les conditions légales étaient remplies, l'absence de comptabilisation par l'ACOSS de produits à recevoir de remises conventionnelles dues par les entreprises pharmaceutiques a minoré de 0,6 Md€ les produits et, de ce fait, le solde de la branche maladie du régime général pour l'exercice 2019.

Cette réserve est motivée par le constat d'audit suivant.

**Constat n° 28** : Le mode de comptabilisation des produits à recevoir des remises conventionnelles de l'autorisation temporaire d'utilisation (ATU) et du *post*-ATU n'est pas conforme aux principes des droits constatés et d'indépendance des exercices.

Alors que les conditions prévues par les dispositions de l'article L.162-16-5-1 du code de la sécurité sociale, en sa rédaction issue de l'article 44 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020, étaient remplies, aucun produit à recevoir n'a été comptabilisé en 2019 au titre des remises liées à des produits de santé bénéficiant d'une autorisation temporaire d'utilisation (ATU) et *post*-ATU, en contradiction avec les règles et principes comptables en vigueur.

La disposition de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020 prévoyant la possibilité de signer des avenants aux conventions conclues en 2019 entre les entreprises pharmaceutiques et le Comité économique des produits de santé (CEPS) a modifié les modalités de versement des remises exigibles, comme cela a été indiqué durant le débat parlementaire<sup>23</sup>.

---

<sup>23</sup> L'annexe 9 du PLFSS pour 2020 mentionnait, pour cette mesure qu'elle visait à proposer des facilités de paiement et qu'elle n'avait pas d'impact financier sur les produits de l'exercice 2019.

En revanche, elle n'a pas remis en cause le fait générateur des produits correspondants. Suivant les dispositions de l'article L.162-16-5-1 du code de la sécurité sociale, celui-ci demeure l'inscription au remboursement et la fixation à ce titre du prix de référence, qui sont survenus, pour les remises de l'ATU et du *post-ATU*, en 2019.

De plus, les avenants signés aux conventions conclues en 2019 portent sur le même objet que ces dernières, dont ils reprennent les caractéristiques essentielles<sup>24</sup>. Ils n'exonèrent pas les entreprises du montant initialement dû, mais prévoient une décote de 3 % de ce dernier qui s'appuie sur les éléments de calcul et les droits acquis en 2019.

Le traitement comptable irrégulier des remises de l'ATU et du *post-ATU* a des effets sur le déclenchement de la clause de sauvegarde prévue aux articles L. 138-10 et suivants du code de la sécurité sociale. En effet, les remises non comptabilisées n'étant pas prises en compte dans son calcul, cette clause se déclenche et génère un produit à recevoir.

À partir des données transmises par le CEPS, l'ACOSS n'a pas comptabilisé dans les comptes de l'exercice 2019 un produit à recevoir de 696 M€ au titre des remises de l'ATU et du *post-ATU*, qui s'y rattachait pourtant. En revanche, elle a comptabilisé le produit à recevoir de 72 M€ découlant du déclenchement de la clause de sauvegarde occasionné par cette omission.

Par ailleurs, les produits à recevoir sur les remises relatives aux dispositifs médicaux prévus aux articles L. 138-10 et suivants du code de la sécurité sociale (76 M€) ne sont pas exhaustifs.

## **II. LES COMPTES COMBINÉS DE LA BRANCHE MALADIE**

La branche maladie assure le service des prestations d'assurance maladie, maternité, paternité, invalidité et décès dont bénéficient 62 millions d'assurés, dont les non-salariés depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2018.

Au total, les charges enregistrées dans les comptes combinés de la branche maladie et dans ceux de la branche AT-MP arrêtés par la CNAM pour l'exercice 2019 ont respectivement atteint 237,4 Md€ et 13,1 Md€, soit environ la moitié des charges du régime général.

Les comptes combinés de la branche maladie et ceux de la branche AT-MP intègrent les éléments de comptes produits par la CNAM, les 102 caisses primaires d'assurance maladie, la caisse régionale d'assurance

---

<sup>24</sup> Sont ainsi inchangés les montants fermes des remises portant sur les exercices antérieurs à 2019, le prix de référence et les éléments de calcul pour la remise de 2019.



maladie d'Île-de-France (CRAMIF), 20 directions régionales du service médicales (DRSM) et huit centres de traitement informatique. Ces comptes comprennent aussi ceux du Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA) uniquement pour la branche AT-MP et, depuis 2018, des éléments de comptes produits par la caisse nationale déléguée à la sécurité sociale des travailleurs indépendants (CNDSSTI) uniquement pour la branche maladie.

Les comptes des quinze caisses d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT) font l'objet d'une combinaison partagée entre les branches maladie, AT-MP et vieillesse.

Les comptes combinés des branches maladie et AT-MP intègrent par ailleurs des éléments de comptes des CGSS, ainsi que de la caisse commune de sécurité sociale de la Lozère, qui fait l'objet d'une combinaison partagée entre les branches maladie, AT-MP et famille.

## A. La position de la Cour

Au terme des vérifications dont elle rend compte dans le chapitre III du présent rapport, la Cour estime avoir collecté les éléments probants nécessaires pour fonder ses positions sur les comptes de l'exercice 2019 de la branche maladie, signés le 11 mai 2020 par le directeur général et par le directeur comptable et financier de la CNAM.

La Cour certifie qu'au regard des règles et principes comptables qui leur sont applicables, les comptes de la branche maladie pour l'exercice 2019 sont réguliers et sincères et donnent une image fidèle de la situation financière et du patrimoine de la branche, sous les cinq réserves suivantes :

- **réserve n° 1** : Le dispositif national de contrôle interne et d'audit interne couvre imparfaitement l'ensemble des risques financiers auxquels est exposée l'assurance maladie ;
- **réserve n° 2** : Compte tenu des insuffisances du contrôle interne, les prises en charge de frais de santé en facturation directe sont affectées par des erreurs financières de portée significative ;
- **réserve n° 3** : Les contrôles réalisés sur les séjours et les actes de soins facturés par les établissements de santé publics et privés ne permettent pas de garantir la correcte prise en charge de ces frais de santé par l'assurance maladie ;

- **réserve n° 4** : Les indemnités journalières maladie et maternité sont affectées par des erreurs ayant une forte incidence financière ; les risques d'erreur relatifs aux pensions d'invalidité ne sont que partiellement maîtrisés ;

- **réserve n° 5** : La justification des comptes est affectée par des limitations aux travaux d'audit et des désaccords portant, notamment, sur des écritures d'inventaire relatives, en particulier, à une partie des produits de remises pharmaceutiques.

En application de la norme ISA 706, la Cour appelle de nouveau l'attention sur l'absence de mention dans l'annexe aux comptes de la branche maladie des engagements pluriannuels à l'égard des titulaires des pensions d'invalidité au 31 décembre 2019, appréciés et évalués en fonction des règles de droit en vigueur à cette date. Ces engagements significatifs peuvent être chiffrés de manière fiable. Ils portent sur des prestations ayant un objet identique à celui de prestations pour lesquelles l'État reconnaît des passifs à ce même titre (sous la forme de provisions pour charges).

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

### **1. Les parties de réserves levées en 2019**

La Cour avait certifié les états financiers de la branche maladie pour l'exercice 2018 en assortissant sa position de cinq réserves relatives au dispositif national de contrôle interne et d'audit interne (réserve n° 1), à la prise en charge des frais de santé en facturation directe (réserve n° 2), aux prestations de santé facturées par les établissements de santé publics et privés (réserve n° 3), aux prestations en espèces (réserve n° 4) et à la justification des comptes (réserve n° 5).

Au 31 décembre 2019, un constat d'audit relatif à la comptabilisation des opérations relatives au fonds pour le financement de l'innovation pharmaceutique (FFiP) a été levé au titre de la réserve n° 5, ce fonds ayant été supprimé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 (§ 152 à 154 du *Rapport de certification des comptes de 2018*, p. 35).

Par ailleurs, l'incertitude affectant le solde des charges et des produits de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole repris dans les comptes de la branche est désormais estimée non significative par les commissaires aux comptes de la CCMSA (§ 132-135, p. 32).

## 2. Les réserves sur les comptes pour l'exercice 2019

### a) Le cadre général du contrôle interne

**Réserve n° 1** : Le dispositif national de contrôle interne et d'audit interne couvre imparfaitement l'ensemble des risques financiers auxquels est exposée l'assurance maladie.

Cette réserve est motivée par **cinq constats d'audit**.

#### **Le dispositif national de contrôle interne**

**Constat n° 1** : Le cadre national de contrôle interne prend insuffisamment en compte plusieurs enjeux significatifs liés à l'activité de la CNAM, des caisses locales et des services du contrôle médical.

Le dispositif de maîtrise des risques propre à l'établissement public national CNAM est insuffisamment formalisé et ne couvre toujours pas l'ensemble de ses activités. Cela a pour effet de limiter le niveau d'assurance sur la maîtrise des risques de portée financière auxquels est exposée la caisse nationale dans l'exercice de ses missions.

Le déploiement du « système de management intégré », qui doit couvrir de manière transversale les processus de gestion mis en œuvre par la caisse nationale, les caisses locales et le service médical de l'assurance maladie, n'est pas achevé. Plusieurs processus importants, portant notamment sur les indemnités journalières et les rentes AT-MP, ou la lutte contre les fraudes, demeurent insuffisamment couverts par les moyens de maîtrise des risques en vigueur.

Le service médical n'est encore que partiellement intégré aux dispositifs de maîtrise des risques. La coordination entre les services administratifs et ceux du contrôle médical est fragilisée par l'intégration inaboutie de leurs systèmes d'information respectifs.

Par ailleurs, les dispositifs de maîtrise des risques ne prennent pas suffisamment en compte les enseignements tirés des contrôles et les évolutions de la réglementation relative aux prestations.

S'agissant des travailleurs indépendants, intégrés en 2018 au régime général, les rapports d'assurance émis par les commissaires aux comptes de la caisse nationale déléguée pour la sécurité sociale des travailleurs indépendants (CNDSSTI) portant sur la fiabilité des comptes relatifs à cette catégorie d'assurés produits par la CNDSSTI et intégrés aux comptes combinés de la branche maladie du régime général n'avaient pas été transmis à la Cour au moment de l'adoption du présent rapport.

**Constat n° 2** : Le pilotage national du contrôle interne s'appuie sur des données incomplètes et insuffisamment fiables.

La CNAM ne dispose pas de l'ensemble des données permettant un pilotage efficace du contrôle interne. Celles qui concernent les résultats des contrôles réalisés par les caisses locales et les services du contrôle médical demeurent partielles et manquent de fiabilité.

Les résultats des contrôles effectués par les directions comptables et financières des caisses locales font l'objet d'une centralisation nationale. Il en va de même de ceux des services du contrôle médical, mais pour un nombre limité de processus. Le niveau de mise en œuvre des contrôles des services de l'ordonnateur prescrits par la CNAM n'est, lui, pas suivi.

De plus, les modalités de réalisation des contrôles restent hétérogènes entre les caisses locales et leur traçabilité est imparfaitement assurée.

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

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

La politique de sécurité des systèmes d'information a été adaptée durant l'exercice aux évolutions réglementaires récentes<sup>25</sup>, qui exposent l'assurance maladie à des risques nouveaux, encore imparfaitement maîtrisés. Ainsi, le pilotage des actions de mise en conformité avec le règlement général de protection des données (RGPD) présente des faiblesses et certaines prescriptions du RGPD restent à mettre en œuvre.

Le déploiement du projet national de refonte des habilitations s'est poursuivi en 2019. Malgré l'engagement d'un premier palier, des risques

---

<sup>25</sup> Politique de sécurité des systèmes d'information des ministères chargés des affaires sociales, règlement général sur la protection des données et désignation de la CNAM comme opérateur de services essentiels.

subsistent en matière de gestion des accès au système d'information. Ils ne sont pas compensés par les contrôles *a posteriori*, qui restent peu fréquents et ne ciblent pas suffisamment les applications les plus sensibles.

Des améliorations ont été apportées à la gestion des incidents informatiques, mais le dispositif mis en place en 2019 pour identifier et quantifier les incidents ayant un impact financier ne permet pas d'apprécier avec une fiabilité suffisante la portée des incidents non résolus à la fin de l'exercice.

De même, des améliorations ont été apportées au référentiel national de contrôle interne du processus de gestion des changements qu'impose, dans les systèmes d'information, l'évolution de la réglementation, mais ce cadre national n'est encore que partiellement déployé.

### **La lutte contre les fraudes**

**Constat n° 4** : Les outils nationaux et les bases de données locales sur lesquels reposent l'analyse et la couverture des principaux risques de fraude sont mal adaptés et globalement insuffisants au regard des enjeux élevés auxquels l'assurance maladie est exposée.

En 2019, 287 M€ de préjudices financiers ont été détectés au titre de fraudes et d'activités fautives, contre 261 M€ en 2018. Ce montant ne représente cependant que 0,1 % des prestations versées (soit 196 Md€ pour les deux branches maladie et AT-MP). Il se décompose en un préjudice subi de 226 M€ (205 M€ en 2018) et un préjudice évité de 61 M€ (56 M€ en 2018).

Le rapprochement des montants valorisés au titre de préjudices financiers subis, d'indus notifiés à ce titre et d'indus comptabilisés fait apparaître des anomalies qui affectent l'exhaustivité et l'exactitude des créances enregistrées.

Les actions déployées pour lutter contre les fraudes externes prennent insuffisamment en compte les risques liés aux pratiques à caractère frauduleux et fautif. S'ils sont complétés par des actions décidées par les caisses locales, les programmes nationaux de contrôle visent des nombres réduits de professionnels aux rémunérations atypiques et de séjours effectués dans des établissements de santé.

Les caisses recourent de manière inégale aux outils informatiques mis à leur disposition pour cibler, détecter et suivre les actions de lutte contre les fraudes externes. Les limites persistantes de certains outils (défaut de mise à jour régulière du référentiel des transporteurs, par exemple) affectent l'efficacité des contrôles.

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.

Enfin, la conception de l'indicateur de taux de recouvrement, qui agrège différentes catégories d'indus frauduleux et fautifs sans tenir compte des risques et des délais propres à chacune d'elles, ne permet pas une analyse suffisamment fine de leur recouvrement.

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

### **L'audit interne**

**Constat n° 5** : Malgré des progrès, les audits qui concourent à la validation des comptes des caisses locales intégrés aux comptes combinés des branches maladie et AT-MP fournissent des éléments d'appréciation incomplets sur la maîtrise des risques liés à leurs activités.

Les vérifications effectuées par le directeur comptable et financier de la CNAM en vue de valider les comptes des caisses locales font une place encore limitée aux audits de processus pris dans leur ensemble.

En outre, dans le cadre des audits sur pièces, le niveau d'assurance procuré par l'examen de ces pièces reste partiel, en dépit d'un enrichissement des données provenant du service médical.

En 2019, le dispositif d'audit ne couvrait pas les travailleurs indépendants, intégrés depuis 2018 au régime général. Les rapports d'assurance demandés par la caisse nationale déléguée pour la sécurité sociale des travailleurs indépendants à ses commissaires aux comptes de la CNDSSSTI n'avaient pas été transmis à la Cour au moment de l'adoption du présent rapport (cf. constat n° 1).

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

Les frais de santé facturés directement à l'assurance maladie (84,2 Md€<sup>26</sup>) correspondent, pour l'essentiel, aux règlements par les caisses locales des soins réalisés par les professionnels libéraux de santé, les fournisseurs, les transporteurs sanitaires et taxis conventionnés et une partie des établissements de santé et médico-sociaux<sup>27</sup>.

**Réserve n° 2** : Compte tenu des insuffisances du contrôle interne, les prises en charge de frais de santé en facturation directe sont affectées par des erreurs financières de portée significative.

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

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

**Constat n° 6** : Le périmètre étroit des contrôles portant sur le respect des conditions d'attribution des droits des assurés expose l'assurance maladie à des risques élevés de prise en charge à tort de dépenses de santé.

La vérification du respect des conditions d'attribution de la protection maladie universelle (PUMa) – exercice d'une activité ou bien résidence stable et régulière en France – est assurée, notamment, par des croisements de fichiers de l'assurance maladie, de la DGFIP et, depuis 2019, du ministère de l'intérieur, ainsi que par des contrôles sur la situation d'une partie des assurés non identifiés par ces croisements.

Ces croisements de fichiers permettent d'identifier un nombre significatif d'assurés (1,1 million, selon la CNAM)<sup>28</sup> pour lesquels les conditions d'attribution sont, pour une part indéterminée d'entre eux, susceptibles de ne pas être respectées.

<sup>26</sup> Dont 5 Md€ pour la CNDSSSTI, et hors mutuelles délégataires du régime général (5,3 Md€).

<sup>27</sup> Les établissements privés de santé pour les séjours et actes externes ; les établissements publics pour les médicaments rétrocédés par leurs pharmacies internes, les actes externes et, pour ceux qui participent à l'expérimentation d'une facturation directe, les séjours ; les établissements médico-sociaux financés au prix de journée.

<sup>28</sup> Ces assurés sont sans revenus déclarés à la DGFIP au titre de 2017, ou non connus par cette dernière ; une situation similaire concerne 0,9 million de bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire, née de la fusion, au 1<sup>er</sup> novembre 2019, de la couverture maladie universelle complémentaire et de l'aide au paiement d'une complémentaire santé. Par ailleurs, le titre de séjour d'environ 62 000 assurés était échu depuis au moins trois mois, sachant que le droit aux remboursements de frais de santé s'interrompt au bout de douze mois.

Au regard de ces risques, les critères de ciblage des situations individuelles à contrôler dans le cadre du « plan de contrôle annuel PUMa » ne couvrent qu'une part limitée (environ 164 000) des assurés susceptibles de ne pas satisfaire les conditions d'attribution, du fait de l'absence de justificatifs récents d'activité ou de résidence.

Certains de ces critères conduisent à différer, parfois de plusieurs années, la fermeture de droits maintenus à tort. Le report à 2020 de l'accès des caisses aux fichiers des non-résidents fiscaux de 2016 et 2017 conduit à retarder des fermetures de droits.

Enfin, la CNAM n'évalue pas de manière suffisamment précise le résultat de ce plan afin de définir des actions correctives. Le résultat du plan de contrôle annuel pour 2019 commencé en fin d'année n'a pu être transmis à la Cour dans le contexte créé par la crise sanitaire.

**Constat n° 7 :** Le risque de prise en charge de prestations de soins non conformes aux droits des bénéficiaires est insuffisamment couvert par les actions de contrôle mises en œuvre par l'assurance maladie.

En dehors du plan national de contrôle, la gestion des droits des assurés donne lieu à des actions de contrôle dont le contenu et le ciblage couvrent insuffisamment les situations les plus à risque. La traçabilité des contrôles effectués est, de surcroît, imparfaitement assurée.

Dans certains cas, le défaut de mise à jour ou la mise à jour tardive des cartes Vitale par les assurés ne fait pas obstacle à la prise en charge de frais de santé par l'assurance maladie.

L'assurance maladie est exposée à un risque identique en raison des limites fonctionnelles des outils de traitement et de suivi des cartes des assurés dont les droits ont été fermés<sup>29</sup>, ainsi que de l'utilisation par un nombre réduit de professionnels de santé de l'outil (*ADR*)<sup>30</sup> intégré à leur logiciel de facturation pour accéder aux droits à jour de l'assuré.

Les indus qu'entraînent ces dysfonctionnements ne sont pas estimés. Plus largement, et en l'absence d'instructions nationales en ce sens, les caisses ne notifient pas d'indus au titre des périodes pour lesquelles les assurés concernés ont cessé de répondre aux conditions d'attribution d'un droit à la prise en charge de leur frais de santé. La possibilité de telles notifications est, de plus, limitée par le fait que les données relatives aux

<sup>29</sup> Les prises en charge de frais de santé sont bloquées ou signalées par des contrôles automatisés après l'invalidation des cartes *Vitale* dans une base de données dédiée de l'assurance maladie. Elles sont estimées par la CNAM à un peu plus de 4 M€ en 2019 en cas de flux de facturation télétransmis.

<sup>30</sup> Acquisition des Droits Intégrés.



prestations versées sont conservées pendant une période plus courte que les trois années du délai de prescription de l'action en recouvrement.

Le risque de prise en charge de frais de santé pour des montants erronés concerne aussi les assurés qui bénéficient de la reconnaissance d'une affection de longue durée (ALD) ouvrant droit à une exonération du ticket modérateur pour les dépenses liées à cette affection.

Ainsi, en 2019, 1,6 million d'assurés étaient, selon la CNAM, reconnus en ALD sans limitation de durée ou pour une période de plus de dix ans, ce que ne permet plus la réglementation. Les situations qui devaient être réexaminées par le service médical (0,3 million d'assurés) ne le seront qu'en 2020.

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

Par ailleurs, une partie des contrôles effectués par le 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 ont eu une efficacité limitée du fait de leurs conditions de réalisation.

Enfin, dans l'attente d'un nouveau référentiel de maîtrise des risques liés à l'attribution de l'aide médicale de l'État (AME) et de l'utilisation effective de l'ensemble des outils visant à apprécier la situation des bénéficiaires, les contrôles mis en œuvre dans le cadre de l'instruction des demandes ne compensent pas dans une mesure suffisante les risques liés aux données déclaratives prises en compte pour attribuer cette aide.

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

**Constat n° 8** : La facturation directe de frais de santé par les professionnels et les établissements de santé n'est pas couverte de façon suffisante par des contrôles, ce qui expose l'assurance maladie à des risques élevés de prise en charge de dépenses injustifiées ou d'un montant inexact.

La facturation en ligne, qui intègre des contrôles automatisés de l'assurance maladie, contribue à fiabiliser les frais de santé facturés par des professionnels de santé dont les actes, prestations ou biens ont pour origine une prescription médicale. Toutefois, elle n'est proposée, à ce stade,

qu'aux seuls transporteurs sanitaires (ambulances, véhicules sanitaires légers) et une partie seulement de ces derniers l'utilise.

Les contrôles automatisés *a priori* intégrés à l'application de liquidation des remboursements de frais de santé facturés directement à l'assurance maladie 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<sup>31</sup>.

Ils ne couvrent toujours que partiellement les risques, élevés, de non-respect de la réglementation concernant les interdictions de cumul de facturation de certains actes médicaux ou paramédicaux, de dépassement des délais de facturation par les établissements de santé et de prise en charge injustifiée de certaines prestations par l'assurance maladie. Ces contrôles ne garantissent pas, par ailleurs, une détection exhaustive des modifications de données des assurés contenues dans la carte *Vitale* que peuvent opérer les professionnels de santé. Les enjeux financiers liés à ces risques n'ont pas été évalués par la CNAM.

En raison de l'hétérogénéité des paramètres locaux d'une partie des contrôles automatisés et de celle des consignes nationales de traitement des anomalies, une même anomalie est susceptible de donner lieu, selon les caisses locales, à un signalement requérant une vérification ou bien à un paiement aux professionnels de santé.

Les contrôles *a posteriori* de la facturation des actes et prestations ne compensent que partiellement les insuffisances des contrôles automatisés *a priori*. Leur mise en œuvre est imparfaitement assurée, ce qui limite la détection d'anomalies. Surtout, leur périmètre est limité aux paiements multiples de mêmes actes, prestations ou biens, ainsi qu'à un nombre réduit de factures émises par des professionnels de santé. Ainsi, les contrôles ciblés effectués par l'assurance maladie, en 2019, sur 518 900 factures émises par des pharmaciens, des infirmiers, des masseurs-kinésithérapeutes et des transporteurs, ont conduit à détecter environ 10 M€ d'indus, dont 4 M€ à confirmer.

Par ailleurs, les contrôles déployés en 2019 pour garantir le correct traitement des rejets et des signalements liés aux flux de facturation télétransmis constituent un progrès notable, mais le ciblage des risques à couvrir et leur mise en œuvre restent à fiabiliser.

---

<sup>31</sup> En cas de tiers payant, le paiement aux professionnels de santé leur est garanti sous sept jours, sur la base des droits figurant dans la carte *Vitale*, sous réserve du respect des conditions de prise en charge des actes ou prestations et d'une absence de modification des données enregistrées.

Enfin, les règles relatives à la distance facturable par certains transporteurs et les modalités de leur contrôle par les caisses exposent l'assurance maladie à des risques de prise en charge injustifiée de ces dépenses, du fait de leur imprécision et de leur hétérogénéité.

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

**Constat n° 9** : 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.

Sauf exception<sup>32</sup>, les médecins libéraux et en établissement prescrivent des actes, des prestations et des biens de santé par la voie d'ordonnances papier.

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

En l'absence de dispositifs de prescription électronique par les médecins, qui permettraient un contrôle automatisé de la conformité des facturations aux prescriptions, l'assurance maladie prend en charge des frais de santé dont la facturation ne s'accompagne pas d'une prescription médicale ou s'écarte de la prescription qui en est en principe à l'origine.

Les contrôles *a posteriori* qu'effectuent les caisses d'assurance maladie au vu des ordonnances médicales ne compensent pas l'absence de contrôle *a priori* automatisé dans le système d'information de l'assurance maladie ou dans les logiciels des professionnels de santé prescrits, de la conformité des facturations aux prescriptions médicales (dont la plupart des professionnels prescrits transmettent aujourd'hui l'image numérisée à l'assurance maladie).

Ces contrôles *a posteriori* portent, en effet, sur un nombre très réduit de facturations (0,13 % du nombre de décomptes de prestations liquidés, contre 0,15 % en 2018).

Par ailleurs, les caisses d'assurance maladie ne relancent pas systématiquement les professionnels de santé qui ne transmettent pas *a posteriori* les ordonnances médicales papier ou leur image numérisée ;

---

<sup>32</sup> Un nombre réduit de médecins (6 200 environ) utilise le service de prescription électronique de transport que l'assurance maladie met à leur disposition.

des accords locaux prévoient parfois des dérogations à l'obligation réglementaire de transmission des pièces justificatives de la facturation. De plus, les caisses ne demandent généralement pas à leurs homologues ces mêmes pièces justificatives, lorsque les facturations émises au titre de leurs assurés émanent de professionnels de santé exerçant dans le ressort géographique d'autres caisses.

Dans l'attente de la proposition par l'assurance maladie de modalités de dématérialisation des prescriptions médicales, qui permettraient de réduire les risques de divergence des facturations d'actes, de prestations et de biens de santé à l'assurance maladie par rapport aux prescriptions<sup>33</sup>, l'absence de vérification *a priori* ou *a posteriori* de la conformité des frais de santé facturés aux ordonnances médicales expose l'assurance maladie à des versements injustifiés.

**Constat n° 10** : Le dispositif d'accord préalable du service médical, encore peu dématérialisé, ne fait pas obstacle à la prise en charge injustifiée de certains frais de santé par l'assurance maladie.

Le nombre encore réduit des demandes d'accord préalable dématérialisées établies par les professionnels de santé limite les possibilités de contrôle *a priori*, par le service médical, du bien-fondé des demandes réceptionnées et de la pertinence des avis rendus par les médecins conseils.

Les facturations d'actes et de prestations soumis à l'accord préalable du service médical 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, ce qui peut conduire l'assurance maladie à régler des dépenses injustifiées.

L'absence de contrôles automatisés n'est pas compensée par les contrôles *a posteriori* effectués par les caisses locales, qui portent sur un nombre réduit de règlements.

### **Le risque financier résiduel**

**Constat n° 11** : Les mesures du risque financier résiduel affectant les prises en charge de frais de santé par l'assurance maladie, qui s'inscrivent à un niveau élevé, manquent de fiabilité, ce qui induit une limitation à l'audit.

---

<sup>33</sup> L'assurance maladie a expérimenté l'e-prescription des médicaments et d'une partie des dispositifs médicaux. Elle prévoit d'expérimenter également celle des prestations de soins infirmiers et de masso-kinésithérapie et des actes de biologie.

La CNAM mesure annuellement la fréquence et la portée financière des erreurs qui affectent à titre définitif les prises en charge de frais de santé qui lui sont facturés directement par les professionnels et établissements de santé. Ces mesures sont déterminées à partir du contrôle par la CNAM d'un échantillon de 1 300 dossiers au total.

Pour 2019, la fréquence des erreurs s'établit, en valeur centrale statistique, à 7,45 % des prises en charge, contre 5,1 % en 2018. Le montant des erreurs atteint 1 Md€, contre 0,5 Md€ en 2018, soit 1,3 % du montant des prestations versées, contre 0,7 % en 2018<sup>34</sup>.

Pour l'essentiel, les erreurs correspondent 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.

La représentativité insuffisante du nombre de factures prises en compte dans l'échantillon contrôlé (1 300, comme en 2018) expose les mesures du risque financier résiduel à une volatilité anormale<sup>35</sup> et limite leur comparabilité d'un exercice à l'autre. De surcroît, les modalités de constitution de l'échantillon ne prennent pas en compte de manière satisfaisante le poids financier des diverses catégories de professionnels et d'établissements et la part effective des différents modes de facturation.

Au-delà de ces limites méthodologiques, les mesures du risque financier résiduel qui affecte les prises en charge de frais de santé sont, de fait, des valeurs minimales.

En effet, elles ne tiennent pas compte des risques liés aux activités relevant du service médical (lien ou non des dépenses avec une ALD exonérant le 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, non-respect des règles de délivrance des médicaments, facturation de séries de séances malgré l'absence de bilan diagnostic de kinésithérapie).

---

<sup>34</sup> 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 % et 8,9 %. Le montant moyen des erreurs étant de 11,1 € après pondération par catégorie de professionnels et d'établissements de santé et par mode de facturation, contre 8,3 € en 2018 ; l'incidence financière des erreurs est, avec le même niveau d'assurance, comprise entre 0,8 et 1,2 Md€.

<sup>35</sup> La valeur centrale statistique de cet indicateur est passée de 1 Md€ en 2016 à 1,9 Md€ en 2017, puis s'est repliée à 0,5 Md€ en 2018 avant de remonter à 1 Md€ en 2019.

En outre, l'audit d'un sous-échantillon de dossiers déjà contrôlés par la CNAM fait apparaître, en particulier, des erreurs de qualification des anomalies (avec ou sans incidence financière).

Enfin, la CNAM ne rapproche pas l'assiette des montants de règlements sur laquelle elle fait porter le calcul des mesures (76,7 Md€, hors CNDSSTI) des charges de prestations comptabilisées. Il en va de même du nombre de factures. L'incidence des écarts sur les mesures de risque résiduel n'est pas évaluée.

Le risque résiduel qui affecte les frais de santé pris en charge en 2019 par le réseau de la CNDSSTI (5 Md€) n'est mesuré que pour les feuilles de soin papier, qui représentent une part minoritaire des règlements. Il varierait de 0,24 % à 0,32 % du montant des prestations versées selon les types d'organismes conventionnés.

La fiabilisation des indicateurs de risque financier résiduel constitue un enjeu de premier plan, puisqu'ils procurent des informations essentielles pour apprécier le paiement à bon droit des prestations et, plus particulièrement, les pertes financières évitables subies par l'assurance maladie.

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

**Constat n° 12** : Les prises en charge de frais de santé liquidées par les mutuelles (5,3 Md€) pour le compte du régime général d'assurance maladie ne font pas l'objet d'un contrôle suffisant par la CNAM.

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

Les rapports qu'établissent les mutuelles sur les dispositifs de contrôle interne applicables aux frais de santé qu'elles règlent pour le compte de l'assurance maladie n'apportent pas d'éléments probants sur leur efficacité.

Par ailleurs, les audits de la mise en œuvre de ces dispositifs dans les sections locales des mutuelles, réalisés par les auditeurs des CPAM, tiennent insuffisamment compte des enjeux financiers propres aux différents processus de gestion. De plus, la fin programmée des délégations accordées à certaines mutuelles a conduit à les exclure du périmètre de ces

audits, ou à alléger ces derniers, ce qui réduit le niveau d'assurance sur la qualité des prestations liquidées<sup>36</sup>.

Les tests ponctuels habituellement réalisés par la CNAM sur l'application de liquidation de la MGEN vont être remplacés à partir du prochain exercice par des contrôles réguliers. Pour l'exercice 2019, la Cour n'a pu auditer ces tests, ce qui constitue une limitation à ses travaux.

Le risque financier résiduel qui devait être évalué par cinq mutuelles à partir du contrôle *a posteriori* d'environ 800 dossiers ne l'a été que pour quatre d'entre elles. Selon les données transmises par la CNAM, le montant des erreurs représente, en valeur centrale statistique, 1,4 % des règlements, soit 69 M€. Une mutuelle affiche un taux particulièrement bas de 0,2 %.

Cet indicateur souffre de limites méthodologiques identiques à celles relevées pour l'indicateur des prises en charge par l'assurance maladie des frais de santé qui lui sont directement facturés (cf. constat n° 11 *supra*). Il n'est, en outre, pas pondéré en fonction du nombre de décomptes liquidés par mutuelle, ce qui a pour effet de diviser par près de deux les résultats affichés, selon une estimation de la CNAM.

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

Sauf exception, la facturation des séjours hospitaliers par les établissements de santé publics et privés à but non lucratif transite par une plateforme de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), tandis que les établissements de santé privés les facturent directement à l'assurance maladie (39,8 Md€ au total).

**Réserve n° 3 :** Les contrôles réalisés sur les séjours et les actes de soins facturés par les établissements de santé publics et privés ne permettent pas de garantir la correcte prise en charge de ces frais de santé par l'assurance maladie.

<sup>36</sup> Au total, 1 Md€ (mutuelles d'étudiants et mutuelle nationale des hospitaliers et des professionnels de la santé et du social, notamment).

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

**Constat n° 13** : Les séjours facturés par les établissements de santé publics et privés sont insuffisamment contrôlés et le risque financier résiduel n'est pas évalué, ce qui limite le niveau d'assurance sur la correcte prise en charge des dépenses correspondantes par l'assurance maladie.

Le contrôle interne des établissements publics de santé présente des insuffisances liées, notamment, aux limites fonctionnelles de leur système d'information. Une incertitude affecte, de ce fait, les données transmises par ces établissements au titre de la facturation des séjours<sup>37</sup> et, partant, l'exhaustivité et l'exactitude des charges comptabilisées par la branche maladie.

Les contrôles *a posteriori* effectués par le service médical de l'assurance maladie, au vu des dossiers médicaux des patients, sur la correcte codification des séjours tarifés à l'activité qui lui sont facturés, ne compensent que dans une mesure limitée les faiblesses du contrôle interne des établissements de santé publics et privés. En 2019, ils n'ont porté que sur 0,45 % des séjours tarifés à l'activité.

S'agissant des règlements aux établissements de santé publics et privés non lucratifs, les caisses s'en tiennent à une vérification formelle de la cohérence des arrêtés des ARS notifiant les sommes à verser avec les données d'activité déclarées par ces établissements, sans examiner la cohérence de ces dernières. Pour ce qui concerne les règlements aux établissements privés lucratifs, elles ne vérifient pas la cohérence des données de facturation avec celles relatives à leur activité, sauf exception.

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

**Constat n° 14** : Les actes et consultations externes facturés directement par les établissements de santé publics et privés à but non lucratif (2,5 Md€) sont insuffisamment contrôlés.

Les contrôles sur les frais de santé facturés directement par les établissements de santé publics et privés à but non lucratif, au titre notamment des rétrocessions de médicaments et des forfaits techniques d'imagerie,

---

<sup>37</sup> S'agissant de l'exercice 2018, 10 % des états financiers des établissements de santé publics certifiés par un commissaire aux comptes ont fait l'objet d'une réserve portant sur le cycle des recettes.



ciblent imparfaitement les dossiers à contrôler. Ils reposent sur un examen limité aux seules pièces justificatives obtenues, souvent incomplètes.

#### ***d) Le contrôle interne des prestations en espèces***

**Réserve n° 4 :** Les indemnités journalières maladie et maternité sont affectées par des erreurs ayant une forte incidence financière ; les risques d'erreur relatifs aux pensions d'invalidité ne sont que partiellement maîtrisés.

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

#### **L'attribution des indemnités journalières**

**Constat n° 15 :** Le contrôle interne des services administratifs des caisses d'assurance maladie couvre insuffisamment les risques liés à l'attribution des indemnités journalières (11,4 Md€).

Le dispositif de contrôle interne du traitement des avis d'arrêt de travail, reçus majoritairement sous format papier par les CPAM, comporte des faiblesses persistantes. En effet, les contrôles *a priori* automatisés à réception des avis d'arrêts de travail ne sont pas toujours adaptés au niveau des risques, ni bloquants. En l'absence de consigne nationale, les signalements qu'ils génèrent ne sont pas traités de façon homogène par les caisses d'assurance maladie.

Seule une minorité d'employeurs informent les caisses d'assurance maladie d'un arrêt de travail par la voie d'une déclaration sociale nominative (DSN) événementielle, qui permet, de surcroît, de reconstituer les salaires à retenir pour calculer les indemnités journalières. Cette circonstance limite la contribution de la DSN à la maîtrise des risques d'erreur affectant ces prestations.

Pour l'ensemble des indemnités, les contrôles *a posteriori* prescrits par la CNAM procurent une assurance partielle sur la fiabilité des données saisies et sur le correct traitement des rejets et signalements qui surviennent lors de la phase administrative de calcul des indemnités. Leur portée est, en effet, limitée par un ciblage mal adapté aux risques et par une mise en œuvre partielle des consignes par les caisses.

Les évolutions partielles apportées<sup>38</sup> aux données prises en compte pour liquider les décomptes d'indemnités journalières ne permettent pas de fiabiliser à un niveau suffisant celles des assurés qui ont ou qui ont eu plusieurs employeurs. Pour autant, les décomptes de ces assurés ne font pas l'objet d'actions de contrôle en nombre suffisant des services ordonnateurs ou des directions comptables et financières, malgré l'acuité des risques d'irrégularité confirmée par les mesures du risque financier résiduel (voir constat n° 17 *infra*).

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, continuent de donner lieu au versement d'indemnités journalières.

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

**Constat n° 16** : Malgré des progrès, le contrôle interne des activités du service du contrôle médical couvre insuffisamment les risques de versement injustifié et de suspension tardive des indemnités.

Le dispositif de contrôle des avis d'arrêt de travail par le service médical, dont le déploiement au plan national a été achevé en 2019, permet d'identifier ceux qui doivent faire l'objet d'un examen dès leur réception par les caisses.

En revanche, le nombre d'examens sur personne effectués par les services du contrôle médical reste insuffisant pour maîtriser les risques de maintien injustifié au plan médical du droit aux indemnités journalières au-delà de six mois d'arrêt de travail.

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.

Par ailleurs, les délais de convocation des assurés demeurent élevés et les supervisions internes au service médical font apparaître, en fonction de leur objet, un niveau hétérogène de pertinence des avis rendus par les médecins conseils.

---

<sup>38</sup> Le chaînage des données par le NIR (numéro d'inscription au répertoire) est effectif pour l'ouverture des droits (heures travaillées et données de salaires), mais il ne concerne pas encore le calcul du montant des indemnités.

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 un allongement de la durée de versement des indemnités.

### **Le risque financier résiduel lié aux indemnités journalières**

**Constat n° 17** : Les mesures du risque financier résiduel affectant les indemnités journalières, dont les valeurs s'inscrivent à un niveau élevé, manquent de fiabilité, ce qui induit une limitation à l'audit.

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, qui ne couvrent pas le risque d'allongement injustifié de la durée de versement des prestations<sup>39</sup>, sont déterminées à partir du contrôle par la CNAM d'un échantillon d'indemnités qui s'est réduit en 2019 (900 environ contre un millier en 2018).

Pour 2019, la fréquence des erreurs s'établit, en valeur centrale statistique, à 10 % des indemnités, contre 12 % en 2018. Le montant des erreurs atteint 361 M€, contre 538 M€ en 2018, soit 3 % du montant des prestations, contre 3,9 % en 2018<sup>40</sup>.

Les erreurs consistent à 69 % en des indus et à 31 % en des rappels (56 % et 44 %, respectivement, en montant). Les plus fréquentes traduisent une application incorrecte de la réglementation pour déterminer la période ou le salaire de référence du calcul des indemnités.

L'amélioration des indicateurs de risque résiduel par rapport à 2018 ne permet pas de conclure à une amélioration de la qualité de la liquidation des indemnités journalières, en raison, en particulier, des faiblesses persistantes qui affectent la détermination de l'échantillon (taille et composition).

<sup>39</sup> Du fait notamment d'une reprise anticipée du travail non signalée.

<sup>40</sup> 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 8 % et 11,9 %. Le montant moyen des erreurs étant de 120,70 €, contre 128,20 € en 2018, le montant total des erreurs de liquidation est compris, avec le même niveau d'assurance, entre 283 M€ et 421 M€.

Au-delà de ces limites méthodologiques, les mesures du risque financier résiduel affectant les indemnités journalières sont des valeurs minimales. En effet, les risques liés aux activités du service médical, l'inexactitude des salaires déclarés et les décomptes ne pouvant être évalués ne sont pas pris en compte dans l'estimation des erreurs.

En outre, l'audit d'un sous-échantillon de décomptes déjà contrôlés par la CNAM fait apparaître une fréquence d'erreurs de qualification (avec ou sans incidence financière) ou de valorisation des anomalies (avec incidence) comparable à celle observée en 2018.

Enfin, l'assiette des montants d'indemnités (12 Md€) sur laquelle repose la mesure du risque résiduel correspond à une période décalée par rapport à l'année civile et n'est pas rapprochée de la comptabilité. Rapportée aux charges de prestations comptabilisées au titre de la période précitée (14 Md€), la valeur statistique centrale du montant des erreurs résiduelles serait supérieure de 60 M€.

La CNAM ne mesure pas le risque résiduel qui affecte les indemnités liquidées par le réseau de la CNDSSSTI (0,4 Md€ en 2019).

Au même titre que pour les frais de santé en facturation directe, la fiabilisation des mesures du risque financier résiduel relatif aux indemnités journalières est un enjeu essentiel pour apprécier le paiement à bon droit de ces prestations et la portée des erreurs évitables.

### **Les pensions d'invalidité**

**Constat n° 18** : Le contrôle interne des pensions d'invalidité (6,4 Md€) couvre insuffisamment le risque de versement injustifié de ces prestations.

Les arrêts de travail de longue durée ne font pas l'objet de contrôles en nombre suffisant pour garantir que les décisions de mise en invalidité des assurés concernés interviennent au moment où leur état de santé est stabilisé, ce qui expose l'assurance maladie au risque de versements injustifiés d'indemnités journalières après la date de stabilisation.

Le niveau d'assurance insuffisant procuré par les contrôles effectués par la CNAV sur les données de salaire reportées aux comptes de carrière des assurés affecte la fiabilité des données prises en compte pour calculer les pensions d'invalidité (moyenne des salaires des dix meilleures années).

La mise à jour et le versement à bon droit des pensions d'invalidité sont affectés par le périmètre limité des contrôles effectués sur les déclarations de situation et de ressources périodiques des titulaires de ces prestations. De manière spécifique, les directions comptables et financières

des caisses ne contrôlent pas la situation des titulaires de pensions de catégorie 2 qui ne déclarent aucun revenu professionnel ou ressource.

L'absence de supervision interne aux directions comptables et financières réduit le niveau d'assurance, procuré par leurs contrôles, sur la maîtrise des risques liés à l'attribution et à la révision des pensions. En outre, les limites fonctionnelles des outils de contrôle affectent la pertinence des résultats des contrôles consolidés au plan national.

Pour autant, l'efficacité du contrôle interne des services administratifs et médicaux n'est pas mesurée par des indicateurs de risque financier résiduel.

#### *e) La justification des comptes*

**Réserve n° 5** : La justification des comptes reste affectée par des limitations aux travaux d'audit et des désaccords portant, notamment, sur des écritures d'inventaire relatives, en particulier, à une partie des produits de remises pharmaceutiques.

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

#### **Les produits à recevoir au titre des remises dues par les entreprises pharmaceutiques**

**Constat n° 19** : Alors que les conditions légales étaient remplies, l'absence de comptabilisation par l'ACOSS de produits à recevoir de remises conventionnelles dues par les entreprises pharmaceutiques a minoré de 0,6 Md€ les produits et, ce faisant, le solde de la branche maladie du régime général pour l'exercice 2019.

Il est renvoyé sur ce point à la motivation de la réserve n° 4 formulée par la Cour sur les comptes de l'activité de recouvrement pour l'exercice 2019 (cf. partie I *supra*).

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

**Constat n° 20** : Le défaut ou le retard de transmission de certaines données soulignent les fragilités des outils et des processus d'établissement et de justification des états financiers et induisent des limitations aux travaux d'audit de la Cour.

Si la CNAM a produit, contrairement à 2018, des revues analytiques pour les bilans et des documents équivalents pour les comptes de résultat de 2019, elle n'a pas transmis un état récapitulatif des écritures passées

entre l'arrêté des comptes provisoires et celui des comptes définitifs comparable à celui produit l'exercice précédent.

Indépendamment des incidences de l'état d'urgence sanitaire, plusieurs documents nécessaires à l'audit des comptes n'ont été fournis que tardivement et sous une forme parfois insuffisamment aboutie. C'est le cas, en particulier, de la revue analytique des charges permettant d'éclairer leur évolution d'un exercice à l'autre et des états d'analyse de certains soldes comptables.

Ces lacunes illustrent les limites des outils et des processus comptables mis en œuvre par la CNAM et conduisent à constater une limitation aux travaux d'audit visant à s'assurer de la justification des comptes.

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

**Constat n° 21** : Une part importante des charges de prestations légales provisionnées à la clôture de l'exercice (3,6 Md€ sur 6,8 Md€) correspond en réalité à des charges à payer.

La provision pour charges de prestations légales (6,3 Md€ hors CNDSSSTI) couvre les dépenses liées, pour l'essentiel, aux soins réalisés dans l'exercice et qui seront remboursés durant l'exercice suivant.

Elle comprend toujours, à hauteur d'un montant comparable à celui de l'exercice précédent (3,6 Md€), des dépenses dont l'échéance et le montant ont un caractère certain à la date d'arrêté des comptes et qui devraient, de ce fait, être comptabilisées en charges à payer.

La prise en compte de dépenses certaines dans l'évaluation de la provision conduit par ailleurs à fausser l'analyse de son dénouement pendant l'exercice suivant. De ce fait, il est difficile d'apprécier la correcte évaluation de la partie des dépenses provisionnées qui répondent à la définition d'une provision.

Sur le champ des travailleurs indépendants, la provision (0,5 Md€) est évaluée selon une méthode différente de celle appliquée par la CNAM, contrairement aux règles comptables applicables à la combinaison des comptes. L'incidence financière de cette divergence de méthode n'a pas été évaluée par la CNAM.

**Constat n° 22** : Les séjours hospitaliers non terminés à la clôture de l'exercice ne sont pas provisionnés, ce qui affecte l'exhaustivité des charges et passifs comptabilisés.

Les établissements de santé comptabilisent en produits à recevoir les séjours non terminés à la clôture de l'exercice, en application de leur référentiel comptable.

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

**Constat n° 23** : Des incertitudes affectent la fiabilité des provisions comptabilisées au titre des séjours hospitaliers et des soins restant à facturer à la fin de l'exercice par les établissements de santé publics et privés à but non lucratif.

Les prestations de soins réalisées durant l'exercice mais qui n'ont pas été facturées par les établissements de santé publics et privés à but non lucratif sont provisionnées (270 M€ pour le régime général en 2019) à partir d'une estimation effectuée par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH).

Compte tenu des délais de transmission des données concernant l'activité des établissements, l'estimation du montant de la provision a pu être affectée, notamment, par le report d'opérations de codage des séjours hospitaliers survenu à la fin de l'exercice et par les retards de facturation qui en ont résulté. L'incidence financière de ces retards n'a pu être évaluée dans le cadre de l'audit.

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

**Constat n° 24** : Des irrégularités et des incertitudes affectent les produits comptabilisés (0,9 Md€) et l'estimation des dépréciations de créances (0,7 Md€) au titre des recours contre tiers, par ailleurs insuffisamment couverts par le contrôle interne.

Le référentiel national de contrôle interne applicable depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2019 et les outils de gestion utilisés par les caisses et les échelons locaux du service médical procurent une assurance partielle sur la détection exhaustive des sinistres, la correcte identification des débours<sup>41</sup> à

---

<sup>41</sup> Ces débours correspondent aux dépenses ayant un lien direct avec les sinistres, qui seront versées dans le futur aux victimes, une fois leur état de santé stabilisé.

notifier aux tiers responsables ou à leurs assureurs, ainsi que leurs correctes valorisation, comptabilisation et affectation à la branche concernée.

L'application de gestion des recours contre tiers ne distingue pas les situations de partage de responsabilité entre la victime et le tiers responsable. Dans ces conditions, les débours notifiés dans l'exercice continuent d'excéder les droits dont les caisses peuvent se prévaloir auprès des assureurs, dans une mesure qui n'a pu être appréciée dans le cadre de l'audit.

En outre, les produits de débours futurs de prestations, comptabilisés 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 en liaison avec l'assureur ou à la suite d'une décision de justice, ne présentent pas toujours un caractère certain.

D'autres fragilités qui continuent d'affecter la comptabilisation des produits et des créances n'ont pas été corrigées en 2019, ce qui limite l'assurance que les produits de débours soient rattachés à l'exercice auquel ils se rapportent.

Ainsi, quand les produits de débours futurs répondent à la définition de produits, ils ne sont pas systématiquement comptabilisés au fur et à mesure de la constatation des charges de frais de santé et de prestations en espèces (rentes AT-MP, pensions d'invalidité) qu'ils ont pour objet de couvrir.

Si le défaut de rattachement à l'exercice ne peut être évalué, la CNAM estime à 0,4 Md€, toutes branches confondues, les produits constatés d'avance inscrits en créances à fin 2019 (0,7 Md€ à fin 2018), qui sont susceptibles d'être annulés en totalité pour faire l'objet d'un étalement sur les exercices suivants.

Depuis 2016, la CNAM reconduit le même taux de dépréciation des créances liées à des recours contre tiers (52,9 %). L'absence de documentation des modalités d'estimation de ce taux ne permet pas d'apprécier s'il couvre effectivement les risques de non recouvrement ou d'annulation future des créances.

À cet égard, les limites fonctionnelles de l'application informatique utilisée pour gérer les créances ne permettent pas d'appréhender de manière fiable les données relatives aux recouvrements et aux annulations futures de produits et de créances. En outre, le dénouement de la dépréciation comptabilisée n'est pas analysé durant l'exercice suivant.



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

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

**Constat n° 25** : Les montants de créances et de dettes à l'égard des organismes étrangers de protection sociale, ainsi que les provisions pour soins à rembourser à ces derniers, sont incertains.

L'assurance maladie doit s'assurer du respect des conditions de prise en charge des patients par les établissements de santé. Or, les contrôles opérés par les caisses d'assurance maladie sur les soins dispensés aux personnes résidant de manière temporaire ou permanente en France ne suffisent pas à couvrir le risque de défaut d'exhaustivité des créances à notifier aux organismes étrangers.

L'outil utilisé (METIS) ne permet pas de sécuriser le suivi des dettes et des créances à l'égard d'organismes étrangers, au titre de soins délivrés à l'étranger à des personnes assurées en France, d'une part, et de soins prodigués en France à des patients assurés à l'étranger, d'autre part.

Les montants de créances (1,9 Md€) et de dettes (0,6 Md€) internationales d'assurance maladie ne sont pas fiabilisés, en l'absence d'accords définitifs de soldes entre la branche maladie et les organismes étrangers.

L'assurance maladie annule en comptabilité les dettes à l'égard des organismes étrangers qu'elle conteste dans l'attente du retour de ces derniers, ce qui est contraire au principe comptable de prudence et peut entraîner une diminution injustifiée des dettes au passif du bilan.

L'estimation des soins à rembourser aux organismes étrangers provisionnés à la clôture de l'exercice (0,9 Md€) n'est pas fondée sur des données fiables et réparties par année de réalisation des soins. Le défaut d'analyse du dénouement de la provision durant les exercices suivants entraîne une limitation à l'audit de son montant, de fait incertain. Par ailleurs, la Cour n'a pas obtenu l'ensemble des informations dans des délais compatibles avec l'audit des comptes, ce qui la conduit à constater une limitation à ses travaux.

### III. LES COMPTES COMBINÉS DE LA BRANCHE ACCIDENTS DU TRAVAIL - MALADIES PROFESSIONNELLES (AT-MP)

#### A. La position de la Cour

Au terme des vérifications dont elle rend compte dans le chapitre III du présent rapport, la Cour estime avoir collecté les éléments probants nécessaires pour fonder ses positions sur les comptes de l'exercice 2019 de la branche AT-MP, signés le 11 mai 2020 par le directeur général et par le directeur comptable et financier de la CNAM.

La Cour certifie qu'au regard des règles et principes comptables qui leur sont applicables, les comptes de la branche AT-MP pour l'exercice 2019 sont réguliers et sincères et donnent une image fidèle de la situation financière et du patrimoine de la branche, sous les cinq réserves suivantes :

- **réserve n° 1** : Le dispositif national de contrôle interne et d'audit interne couvre imparfaitement l'ensemble des risques financiers auxquels est exposée la branche ;

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

- **réserve n° 3** : Le contrôle interne procure une assurance au mieux partielle sur l'exactitude et le maintien à bon droit des rentes pour incapacité permanente versées ; les indemnités journalières sont affectées par des erreurs de liquidation à forte incidence financière ;

- **réserve n° 4** : Compte tenu des insuffisances du contrôle interne, les prises en charge de frais de santé en facturation directe sont affectées par des erreurs financière de portée significative ; les contrôles réalisés sur les séjours et les soins facturés par les établissements de santé publics et privés ne permettent pas de garantir la correcte prise en charge de ces frais de santé par l'assurance maladie ;

- **réserve n° 5** : La justification des comptes reste affectée par des limitations et des désaccords portant, notamment, sur les écritures d'inventaire.

En application de la norme ISA 706, la Cour appelle de nouveau l'attention sur l'absence de mention dans l'annexe aux comptes de la branche AT-MP des engagements pluriannuels à l'égard des titulaires de rentes pour incapacité permanente au 31 décembre 2019, appréciés et évalués en fonction des règles de droit en vigueur à cette date.

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

### **1. Les parties de réserves levées en 2019**

La Cour avait certifié les états financiers de la branche AT-MP pour l'exercice 2018 en assortissant sa position 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 accidents du travail et maladies professionnelles 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 qui lui sont facturés directement (réserve n° 4), aux frais facturés par les établissements de santé publics et privés (réserve n° 5), ainsi qu'à la justification des comptes (réserve n° 6).

Aucun constat d'audit ou point d'audit porté au titre des réserves de l'exercice précédent n'est levé en 2019.

Au regard des enjeux financiers, les réserves portant sur la prise en charge des frais de santé en facturation directe (n° 4) et sur les prestations de santé facturées par les établissements de santé publics et privés (n° 5)<sup>42</sup> sont regroupées dans une seule réserve (réserve n° 4).

### **2. Les réserves sur les comptes pour l'exercice 2019**

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

- **réserve n° 1**, relative au dispositif de contrôle interne et d'audit interne commun avec la branche maladie ;

---

<sup>42</sup> Ces deux réserves relatives aux prestations de santé facturées directement ou par les établissements de santé portent, ensemble, sur 1,0 Md€ de charges. Par comparaison, la réserve n° 3 porte sur 7,3 Md€ de charges, sur un total de 13,1 Md€ pour la branche AT-MP.

- **réserve n° 4**, relative au contrôle interne des frais de santé facturés par les professionnels et les établissements de santé.

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

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

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

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

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

Le contrôle interne de la saisie manuelle des données des certificats médicaux dans l'application de gestion des sinistres comporte toujours des faiblesses, ce qui limite le niveau d'assurance sur l'exactitude des prestations liquidées.

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

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

**La détermination des taux de cotisations**

En 2019, les produits de cotisations sociales affectées à la branche ont atteint 12,9 Md€, contre 12,5 Md€ l'exercice précédent. Les modalités de détermination des taux de cotisation par les organismes tarificateurs de

la branche varient en fonction des effectifs des entreprises<sup>43</sup>. Une fois arrêtés, ils sont notifiés à leurs établissements et transmis à l'activité de recouvrement.

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

Les faiblesses des processus de liquidation des dépenses de prestations (cf. partie II, réserves n° 2 à 4) et des échanges de données entre les caisses primaires et les organismes tarificateurs affectent la correcte détermination et, ce faisant, l'exactitude des taux bruts pris en compte dans le taux de cotisations AT-MP.

Si le dispositif de contrôle du directeur comptable et financier fait apparaître des progrès, la conception, la mise en œuvre et la traçabilité des supervisions réalisées par les services de l'ordonnateur conservent des faiblesses, tenant, notamment, au caractère incomplet du *reporting* 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 quant à l'exactitude des taux de cotisation fixés.

#### ***b) Le contrôle interne des prestations en espèces***

**Réserve n° 3** : Le contrôle interne procure une assurance au mieux partielle sur l'exactitude et le maintien à bon droit des rentes pour incapacité permanente versées ; les indemnités journalières sont affectées par des erreurs de liquidation à forte incidence financière.

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

---

<sup>43</sup> Sur cette question, voir Cour des comptes, « La tarification des accidents du travail et maladies professionnelles : une gestion lourde, un caractère incitatif à renforcer », *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, octobre 2018*, p. 281-318, La Documentation française, disponible sur [www.ccomptes.fr](http://www.ccomptes.fr).

## Les rentes pour incapacité permanente

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

En général, les rentes pour incapacité permanente sont liquidées et mises en paiement à partir d'une source unique de données<sup>44</sup>, sans que soient opérés des contrôles de cohérence avec les informations détenues par d'autres administrations.

Compte tenu des limites fonctionnelles de l'application de gestion, les agents calculent le salaire de référence sur tableur, en dehors du système d'information, puis le saisissent dans ce dernier. Ces modalités accentuent le risque de prise en compte de salaires inexacts pour le calcul des rentes.

Le risque de maintien à tort du versement d'une rente pour incapacité permanente à la suite d'un changement de la situation administrative des ayants droit n'est que partiellement couvert.

Pour sa part, le dispositif de contrôle interne des services du contrôle médical couvre imparfaitement le risque de détermination erronée du taux de l'incapacité permanente, ce qui peut affecter le montant des rentes.

En l'absence de cadre réglementaire et d'un dispositif national de contrôle interne suffisamment précis, les modalités de détermination du coefficient professionnel, qui a pour effet de majorer le taux d'incapacité permanente fixé par le médecin conseil, varient entre les caisses primaires d'assurance maladie, ce qui expose l'assurance maladie à un risque d'inexactitude des prestations, ainsi que de disparités de traitement des assurés.

Pour autant, l'efficacité du contrôle interne des services administratifs et médicaux n'est pas mesurée par un indicateur de risque financier résiduel.

## Les indemnités journalières

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

---

<sup>44</sup>Attestations de salaires complétées par l'employeur ou éléments de rémunération transmis par les assurés (salaires, allocations de chômage, indemnités journalières, notamment).

La CNAM n'a pas actualisé le référentiel de maîtrise des risques propres aux indemnités journalières liées à un accident de travail ou à une maladie professionnelle. Les contrôles mis en œuvre par les services administratifs des caisses locales ne couvrent pas de manière suffisante les risques liés, notamment, à la gestion médico-administrative des dossiers, à la saisie manuelle des certificats médicaux et à l'injection des données de salaires dans les outils utilisés pour liquider ces prestations.

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

Il est par ailleurs renvoyé à la motivation de la position de la Cour sur les comptes de la branche maladie (cf. partie II, constats n° 15 à 17).

### *c) La justification des comptes*

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

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

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

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

Il est renvoyé à la motivation de la position de la Cour sur les comptes de la branche maladie (cf. partie II, constat n° 20).

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

**Constat n° 6** : Des incertitudes affectent l'évaluation de la provision pour réduction des produits de cotisations au titre des contentieux employeurs pendants à la clôture de l'exercice (713 M€).

Cette provision, qui couvre le risque de remboursements aux employeurs de cotisations sociales, liés à des contentieux en cours à la clôture de l'exercice, susceptibles d'être perdus par la branche, a fortement augmenté par rapport à 2018 (+ 78 M€).

Son estimation repose sur des paramètres et des hypothèses fragiles. En l'absence d'une application nationale de gestion des contentieux, des limites affectent le recensement des contentieux clos et en cours à la clôture de l'exercice. En outre, l'évaluation par les organismes tarificateurs des cotisations remboursées aux employeurs à la suite des contentieux perdus par la branche durant l'exercice manque de fiabilité. Enfin, l'absence de suivi par le réseau des URSSAF des remboursements de cotisations aux employeurs, à la suite des contentieux perdus par la branche, ne permet pas de fiabiliser le montant de la provision estimée par la CNAM à partir de l'observation de son dénouement.

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

**Constat n° 7** : Une part importante des charges de prestations légales provisionnées à la clôture de l'exercice (soit 0,5 Md€) correspond en réalité à des charges à payer.

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

**Constat n° 8** : Les séjours hospitaliers non terminés à la clôture de l'exercice ne sont pas provisionnés, ce qui affecte l'exhaustivité des charges et passifs comptabilisés.

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

**Constat n° 9** : Des incertitudes affectent la fiabilité des provisions constituées au titre des séjours hospitaliers et des soins restant à facturer à la fin de l'exercice par les établissements de santé publics et privés à but non lucratif.

Il est renvoyé à la motivation de la position de la Cour sur les comptes de la branche maladie (cf. partie II, constat n° 23).

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

**Constat n° 10** : Des irrégularités et incertitudes affectent les 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 à la motivation de la position de la Cour sur les comptes de la branche maladie (cf. partie II, constat n° 25).

#### **IV. LES COMPTES COMBINÉS DE LA BRANCHE FAMILLE**

Les comptes combinés de la branche famille retracent les opérations de la CNAF, de 99 caisses d'allocations familiales (CAF) à compétence territoriale, de la caisse commune de sécurité sociale de la Lozère, de cinq fédérations de CAF et des caisses de la Mutualité sociale agricole (MSA), délégataire, par la loi, de la gestion des prestations versées par la branche famille. La CNAF et son réseau ont procédé, en 2019, au versement de 78,9 Md€ de prestations légales<sup>45</sup> et de 5,6 Md€ de prestations extra-légales d'action sociale.

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

Au terme des vérifications dont elle rend compte dans le chapitre III du présent rapport, la Cour estime avoir collecté les éléments probants nécessaires pour fonder sa position sur les comptes de l'exercice 2019 de la branche famille, signés le 17 avril 2020 par le directeur général et le directeur comptable et financier de la CNAF.

La Cour certifie qu'au regard des règles et principes comptables qui leur sont applicables, les comptes combinés de la branche famille pour l'exercice 2019 sont réguliers et sincères et donnent une image fidèle de la situation financière et du patrimoine de la branche, sous les trois réserves suivantes :

- **réserve n° 1** : Le dispositif national de contrôle interne ne couvre pas de manière suffisante l'ensemble des risques de portée financière auxquels est exposée la branche ;
- **réserve n° 2** : Les fragilités du contrôle interne des prestations légales (78,9 Md€) affectent tout particulièrement le paiement à bon droit de la prime d'activité, du revenu de solidarité active et des aides au logement, sur lesquels se concentrent plus de 80 % des erreurs résiduelles au titre des données déclaratives prises en compte pour attribuer les prestations ;

<sup>45</sup> Les prestations légales comprennent, notamment, les allocations familiales (12,6 Md€), les allocations pour la garde des jeunes enfants (11,2 Md€), ainsi que l'allocation aux adultes handicapés (10,4 Md€), la prime d'activité (9,4 Md€) et les aides au logement (16,3 Md€) versées pour le compte de l'État, et le RSA (10,9 Md€) versé pour le compte des conseils départementaux.

- **réserve n° 3** : Le dispositif national de contrôle interne des prestations extra-légales d'action sociale (5,6 Md€) ne procure qu'une assurance limitée sur la maîtrise des risques financiers auxquels est exposée la branche dans ce domaine.

En application de la norme ISA 706, la Cour appelle de nouveau l'attention sur l'absence de mention dans l'annexe aux comptes de la branche famille des engagements pluriannuels à l'égard des titulaires de prestations légales au 31 décembre 2019, appréciés et évalués en fonction des règles de droit en vigueur à cette date.

Ces engagements, d'un montant significatif, peuvent être chiffrés de manière fiable. Ils concernent l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé. Pour sa part, l'État mentionne dans l'annexe à ses comptes des engagements au titre de l'allocation aux adultes handicapés, versée par les CAF pour son compte.

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

### **1. Les parties de réserves levées en 2019**

La Cour avait certifié les états financiers de la branche famille pour l'exercice 2018 en assortissant sa position de trois réserves relatives au dispositif de contrôle interne de la branche (réserve n° 1), aux prestations légales (réserve n° 2) et aux prestations d'action sociale (réserve n° 3).

Au 31 décembre 2019, quatre points d'audit ont été satisfaits au titre des réserves de l'exercice précédent :

- les délais d'instruction des signalements d'indus frauduleux ont été réduits, ce qui diminue le risque de remise de dette d'indus potentiellement frauduleux (§31 du rapport de certification de 2018) ;
- la part des demandes d'aide au logement transmises par les bailleurs sociaux par l'intermédiaire de l'outil *IDEAL Web* est désormais prépondérante, ce qui réduit la portée des risques d'erreur propres aux demandes papier (§50) ;
- il n'est plus observé, en 2019, de discordance entre l'évolution de la fréquence des erreurs de liquidation des prestations légales non corrigées après six mois et celle de l'indicateur de risque financier résiduel (§80) ;

- le pilotage du recouvrement des créances s'appuie depuis 2019 sur des tableaux de bord satisfaisants (§97).

## 2. Les réserves sur les comptes pour l'exercice 2019

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

**Réserve n° 1** : Le dispositif national de contrôle interne ne couvre pas de manière suffisante l'ensemble des risques de portée financière auxquels est exposée la branche.

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

#### **Le dispositif national de contrôle interne**

**Constat n° 1** : Le périmètre, les outils déployés et la mise en œuvre des actions de maîtrise des risques par les CAF affectent l'efficacité du dispositif national de contrôle interne.

Le dispositif de contrôle interne de 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.

Malgré la montée en charge du dispositif d'entraide entre caisses, les objectifs quantitatifs de contrôles sur pièces et sur place notifiés par la CNAF aux CAF ne sont pas systématiquement atteints. En outre, ces objectifs prennent insuffisamment en compte les niveaux de risque propres à chaque caisse.

La mise à jour, l'homogénéité et l'articulation des référentiels de sécurisation de processus (RSP<sup>46</sup>) avec les autres outils de la branche sont insuffisantes pour qu'ils apportent une contribution efficace à la fiabilité de la liquidation des prestations.

Par ailleurs, le dispositif de supervision et d'accompagnement des agents est encore insuffisant.

---

<sup>46</sup> Les référentiels de sécurisation des processus désignent les procédures nationales de contrôle interne qui visent à maîtriser les risques relatifs à l'ensemble des processus de gestion de la branche famille.

Les plans d'action définis par la CNAF pour sécuriser l'application des consignes par processus ne sont mis en œuvre que de manière partielle par les CAF. Le pilotage et le suivi des actions correctives engagées par les caisses demeurent insuffisants sur le plan national comme local.

Pour autant, la part des prestations liquidées contrôlées par les directions comptables et financières des CAF préalablement à leur mise en paiement (5,3 %) reste insuffisante pour réduire de façon significative l'incidence financière des erreurs de liquidation.

En outre, la cotation des risques opérationnels relatifs aux prestations légales n'a pas été mise à jour par les CAF pendant l'exercice 2019. L'appréciation par les caisses d'un niveau de maîtrise insuffisant des risques liés à leur activité n'a pas systématiquement pour corollaire un renforcement des actions de contrôle.

Par ailleurs, les solutions (« forçages de droits ») mises en œuvre pour pallier l'absence de prise en compte par le système d'information de nombreux cas d'exception aux règles de gestion des prestations demeurent insuffisamment sécurisées.

Enfin, les processus relatifs à l'action sociale ne font toujours pas l'objet d'une cartographie des risques.

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

**Constat n° 2** : Bien que la branche ait commencé à engager des actions de sécurisation, les dispositifs d'analyse des incidents de sécurité demeurent insuffisants, ce qui l'expose à des risques d'indisponibilité du système d'information.

La nouvelle cartographie du système d'information ne couvre pas la totalité des applications, notamment certaines applications qui servent à gérer les prestations (« métier ») ou relatives aux fonctions support (ressources humaines, achats). Les données relatives à ces applications, en matière d'infrastructure et de nombre d'incidents, restent à intégrer à cette cartographie.

La branche a déployé un outil de détection automatisée d'anomalies pour les habilitations aux applications de gestion des prestations légales et d'action sociale, mais il n'existe pas de dispositif comparable pour les applications de la comptabilité et des ressources humaines. Les revues manuelles d'habilitations ne compensent qu'en partie cette lacune.

Les exigences réglementaires récentes en matière de sécurité des systèmes d'information<sup>47</sup> ne sont que partiellement satisfaites, ce qui expose la branche à des risques significatifs pour la protection des données, la prévention des intrusions et la gestion de sinistres éventuels.

**Constat n° 3** : Les risques liés aux évolutions des applications informatiques et aux incidents d'exploitation ne sont qu'imparfaitement maîtrisés.

Le processus de gestion des changements informatiques a été renforcé en 2019. Toutefois, les dispositifs encadrant les changements urgents et les requêtes qui corrigent les droits des allocataires à la suite des erreurs de programmes informatiques ou d'évolutions des règles de droits montrent des fragilités liées, notamment, à l'absence de formalisation des tests effectués.

Malgré des améliorations, le processus de gestion des incidents informatiques conserve des faiblesses, liées notamment à l'absence d'indicateurs qui permettraient d'en apprécier la performance<sup>48</sup>. Par ailleurs, la déclaration, le suivi et la résolution des problèmes (incidents dont la cause est inconnue) sont insuffisants, en l'absence d'un outil de pilotage qui permettrait la mise en œuvre des actions correctives.

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

**Constat n° 4** : Les résultats des actions de lutte contre la fraude traduisent une maîtrise encore insuffisante des risques de versements d'indus sur prestations et de fraude interne.

---

<sup>47</sup> Politique de sécurité des systèmes d'information des ministères chargés des affaires sociales, règlement général sur la protection des données et désignation de la CNAF comme opérateur de services essentiels.

<sup>48</sup> Le nombre d'incidents non résolus au 31 décembre 2019 est de 10 053 (dont 4 560 déclarés avant 2019), soit +36 % par rapport au 31 décembre 2018 (7 373). Sur la base des incidents déclarés en 2019, 22 % des incidents ont un délai de résolution (calculé à partir des dates d'ouverture et de clôture de l'incident) supérieur à 30 jours (14 % pour les incidents dont la résolution revêt le niveau de priorité le plus élevé).

La CNAF évalue l'étendue de la fraude aux prestations légales par la voie d'une enquête annuelle, dite de « paiement à bons droits et fraude » (PBDF). Celle-ci consiste en un contrôle sur place approfondi d'un échantillon représentatif de l'ordre de 7 200 dossiers d'allocataires, dont les résultats sont ensuite extrapolés sur le plan statistique.

Les indus potentiellement frauduleux estimés par la CNAF dans cette enquête annuelle s'élèvent à 2,3 Md€ en 2019, contre 2,0 Md€ en 2018 (+18 %). Le taux d'indus potentiellement frauduleux est ainsi passé de 2,7% à 3,2% du montant des prestations versées<sup>49</sup>. Les indus détectés et qualifiés de frauduleux (324 M€) représentent seulement 14 % de ce montant estimé.

Malgré une meilleure application des instructions nationales par les CAF, la mise en œuvre des consignes données par la caisse nationale pour recenser et caractériser les suspicions de fraude dans le cadre de l'enquête PBDF reste inégalement assurée selon les caisses, ce qui est de nature à minorer le montant de la fraude estimée.

Plus largement, les actions déployées par la branche afin d'améliorer la prévention et la détection de la fraude conservent des marges d'amélioration. Malgré des progrès, l'application par les CAF du processus de gestion des fraudes formalisé par la CNAF demeure imparfaitement assurée. Il en résulte des pratiques hétérogènes en matière de recensement des suspicions de fraude et de qualification des indus détectés en tant qu'indus frauduleux, de nature à minorer la fraude détectée, ainsi que de sanction des fraudes qualifiées.

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

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

Enfin, les CAF appliquent de manière hétérogène le dispositif de prévention des conflits d'intérêts et de lutte contre la fraude interne défini par la CNAF.

---

<sup>49</sup> 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 1,99 Md€ (soit 2,7 % du montant des prestations versées), et 2,64 Md€ (soit 3,6 %).

## L'audit interne

**Constat n° 5** : L'audit interne contribue insuffisamment à la maîtrise des risques de portée financière.

Le plan pluriannuel d'audit de la branche couvre imparfaitement l'ensemble des risques liés aux systèmes d'information.

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

**Réserve n° 2** : Les fragilités du contrôle interne des prestations légales (78,9 Md€) affectent tout particulièrement le paiement à bon droit de la prime d'activité, du revenu de solidarité active et des aides au logement, sur lesquels se concentrent plus de 80 % des erreurs résiduelles au titre des données déclaratives prises en compte pour attribuer les prestations.

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

### **La maîtrise des risques relatifs aux données prises en compte pour attribuer les prestations**

**Constat n° 6** : Les procédures et les outils sur lesquels repose la gestion des tiers, principalement bailleurs de loyers et débiteurs de pensions alimentaires, et celle des bénéficiaires de prestations ne permettent pas de garantir la fiabilité de leurs données d'identification.

La branche famille gère dans ses bases de données 7 millions de tiers physiques et moraux et environ 40 millions de bénéficiaires de prestations au titre de 13,4 millions de foyers. Les données d'identification des tiers (bailleurs, débiteurs de pensions alimentaires, tutelles) conservent une fiabilité insuffisante et les actions locales visant à l'améliorer sont imparfaitement suivies par la CNAF.

L'absence de base unique de référencement des tiers partagée par l'ensemble des CAF expose la branche famille au risque de création de tiers en doublons, enregistrés avec des données différentes.

De plus, la base de référencement des tiers utilisée par chaque caisse locale (*TIERSI*) présente des limites fonctionnelles liées à l'absence de traçabilité des contrôles réalisés (création, radiation, fusion ou modification des données d'un tiers).

En l'absence de ciblage des opérations les plus risquées, les supervisions effectuées par les services de l'ordonnateur sur la gestion des tiers ont une efficacité limitée.

De même, les risques relatifs à l'identification et à la gestion des allocataires sont insuffisamment maîtrisés. Ainsi, les CAF ne notifient pas d'indus lorsque les droits des allocataires dotés d'un numéro d'immatriculation d'attente (NIA)<sup>50</sup> sont suspendus et que ces derniers n'ont pas produit l'ensemble des éléments d'identification nécessaires à l'attribution d'un numéro d'inscription au répertoire (NIR) certifié (pièce d'identité et fiche d'état civil).

**Constat n° 7 :** Les procédés informatisés d'acquisition des données de situation des allocataires ne couvrent que partiellement les risques d'erreur dans les données déclarées et retenues pour attribuer les prestations.

La part des déclarations et des pièces justificatives dématérialisées a continué à augmenter, atteignant 49,5 % en 2019, contre 39,8 % en 2018. Cette évolution contribue à réduire le risque déclaratif, puisque les contrôles automatisés intégrés aux télé-procédures permettent aux allocataires de prendre connaissance et de corriger, dès leur déclaration en ligne, d'éventuelles incohérences dans les données qu'ils transmettent.

La part des foyers d'allocataires dont les revenus fiscaux de l'exercice précédent n'ont pu être fournis par la direction générale des finances publiques (DGFIP), du fait de données d'identification différentes entre l'administration fiscale et les CAF ou de l'absence de déclaration fiscale, a légèrement augmenté, pour s'établir à 10,8 %, contre 10,1 % en 2018, soit 2,3 millions de foyers en 2019. L'étendue des vérifications et corrections possibles des déclarations des allocataires concernés s'en trouve limitée. Pour autant, la branche ne mène pas de contrôles compensatoires ciblés sur ces mêmes foyers.

Par nature, l'étendue des vérifications des données des allocataires est limitée par l'absence de croisement automatisé avec celles détenues par d'autres partenaires administratifs<sup>51</sup>. Les CAF ont seulement la faculté de consulter les informations qu'ils détiennent<sup>52</sup>.

En 2019, plus de 28 millions de croisements ont été effectués avec les données de situation professionnelle et de montants d'allocations chômage connues de Pôle emploi, en légère augmentation par rapport à 2018 (+1 %). Dans le cadre de l'échange mensuel de données avec Pôle emploi, les allocataires nouvellement demandeurs d'emploi ne sont pas

---

<sup>50</sup> Soit environ un millier de nouveaux attributaires par jour et un encours d'une centaine de milliers de foyers allocataires.

<sup>51</sup> CNAM pour les prestations en espèces, CNAV pour les retraites, ministère de l'intérieur pour l'interruption prématurée du séjour en France de ressortissants étrangers, DGFIP s'agissant du fichier des comptes bancaires.

<sup>52</sup> La CNAV constituant une exception à cet égard.



identifiés, ce qui expose la branche au risque d'erreurs dans l'attribution et le calcul des prestations.

En 2019, l'utilisation des données de salaires déclarées mensuellement par les employeurs dans le cadre de la déclaration sociale nominative (DSN), afin de corroborer ou de contrôler les ressources déclarées par les allocataires, conservait un caractère expérimental.

**Constat n° 8** : Les actions de contrôle portant sur les données déclaratives n'ont pas été adaptées à hauteur de l'augmentation des risques d'erreurs qui leur sont liés.

Dans le contexte d'une forte progression du montant des prestations versées par la branche famille, portée par la prime d'activité – qui présente le risque d'erreur le plus élevé –, les actions de contrôle ont permis en 2019 de détecter des montants accrus d'indus et de rappels par rapport à 2018 (1,2 Md€ contre 1,1 Md€).

Devant des risques accrus d'erreurs du fait de la hausse des prestations versées, les contrôles sur pièces et sur place, qui ont été redéployés mais dont le nombre total a diminué (-5,5 %), n'ont toutefois pas permis d'éviter une augmentation du risque financier résiduel lié à la non détection d'indus et de rappels au titre de données déclaratives erronées (voir constat n° 15 *infra*).

La disparité des résultats des contrôles sur pièces, entre agents et entre CAF, affecte la portée de ces actions de maîtrise des risques. Les supervisions mises en œuvre par les caisses sont discontinues et l'évaluation financière des indus et rappels propres à certains types de contrôle n'est pas fiabilisée. Par ailleurs, le contrôle des ressources annuelles des allocataires est retardé par le calendrier de transmission des données de revenus fiscaux par la DGFIP.

Comme en 2018, la réalisation incomplète de l'objectif quantitatif de contrôles sur place – qui ont les rendements unitaires les plus élevés – compromet l'effort de sécurisation des données déclarées par les allocataires. Malgré les actions déployées par la CNAF pour standardiser les conditions de mise en œuvre des contrôles sur place, les résultats de ces contrôles conservent une forte hétérogénéité entre contrôleurs et entre caisses.

## **La maîtrise des risques d'erreurs de liquidation**

**Constat n° 9** : L'insuffisante automatisation des processus de liquidation des prestations légales dans l'application de gestion (CRISTAL) expose la branche aux risques d'erreur inhérents aux saisies manuelles.

Les télé-procédures et les liquidations automatisées couvrent une part toujours limitée des prestations versées, avec des écarts marqués entre CAF. Seules 24,4 % des pièces télé-déclarées ont été liquidées automatiquement par le système d'information en 2019.

En outre, les agents des CAF continuent à effectuer les actes de liquidation les plus complexes sans bénéficier d'une assistance suffisante du système d'information.

**Constat n° 10** : Les moyens de maîtrise des risques mis en œuvre pour les prestations du revenu de solidarité active (10,9 Md€) et de la prime d'activité (9,4 Md€) ne permettent pas de sécuriser leur liquidation.

### ***La prime d'activité***

Alors que le nombre des bénéficiaires de la prime d'activité a fortement crû en 2019, le dispositif de maîtrise des risques a peu évolué. Il ne permet pas de réduire suffisamment les erreurs qui affectent l'attribution et le calcul de cette prestation.

La branche famille est exposée à un risque élevé d'erreurs de liquidation de la prime d'activité, comme le montrent les fréquences élevées d'erreurs détectées par les contrôles de la direction comptable et financière, s'agissant notamment du traitement des déclarations de ressources trimestrielles.

Pour autant, les supervisions internes aux services ordonnateurs sur les actes de liquidation de la prime d'activité ont été rendues facultatives en 2019. Elles présentent toujours une fiabilité inégale.

L'expérimentation conduisant à calculer, uniquement dans le cadre de contrôles, le montant de la prime d'activité à partir de règles simplifiées de ressources, a dérogé courant 2019 à la réglementation applicable. Pour autant, elle n'a pas permis de fiabiliser les contrôles réalisés, comme le montrent les résultats des actions de supervision.

### ***Le RSA***

Le dispositif de contrôle interne demeure insuffisant, qu'il s'agisse des moyens de maîtrise ou des actions de contrôle à mettre en œuvre. Le référentiel de gestion ne permet pas de couvrir les risques majeurs de la prestation, tels que ceux liés au traitement des déclarations de ressources trimestrielles. Il est, de surcroît, mal maîtrisé par les caisses.

Allégé en 2019, le dispositif de supervision interne aux services ordonnateurs des CAF a des effets limités sur l'application des consignes par les agents et, ce faisant, sur la fiabilité des prestations versées. De plus, les supervisions mises en œuvre ne détectent qu'une partie des erreurs de liquidation.

Les relations partenariales avec les conseils départementaux reposent sur des conventions hétérogènes, souvent incomplètes et mises à jour selon une périodicité insuffisante.

***Constat n° 11*** : Les risques liés à la prestation d'accueil du jeune enfant (11,3 Md€ en 2019), sont insuffisamment couverts par les dispositifs de contrôle interne.

La prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE) a quatre composantes : la prime à la naissance ou à l'adoption (0,6 Md€), l'allocation de base (3,4 Md€), la prestation partagée d'éducation de l'enfant (PreParE, 0,9 Md€) et le complément de libre choix du mode de garde (CMG, 6,4 Md€), qui vise à compenser le coût de la garde d'un enfant par une structure agréée ou une assistante maternelle agréée.

Alors que la fréquence des erreurs de liquidation, portant notamment sur la situation professionnelle des allocataires (activité ou chômage), est élevée, le dispositif de maîtrise des risques liés à la PAJE ne comprend pas de supervisions internes aux services ordonnateurs, ni de contrôles du directeur comptable et financier propres à cette prestation.

Le service web déployé entre les CAF et le centre national Pajemploi ne garantit pas un accès en temps réel à l'ensemble des informations nécessaires pour assurer la liquidation des prestations, ce qui expose les caisses à des risques d'erreurs dans le calcul des droits.

Alors que la législation prévoit que le droit au complément du mode de garde est ouvert à compter du premier jour du mois civil au cours duquel la demande est déposée, la CNAF retient, à tort, la date de la première manifestation de l'allocataire, quelle qu'en soit la forme. Sur ce point, les pratiques diffèrent selon les CAF.

Enfin, les contrôles mis en œuvre par les CAF sur l'application des agréments des établissements requis par la réglementation en vigueur couvrent insuffisamment le risque de versement à tort des prestations.

**Constat n° 12** : Les risques liés à l'activité du centre national Pajemploi sont insuffisamment couverts par le contrôle interne.

Depuis mai 2019, le complément de libre choix du mode de garde de la PAJE est versé aux parents employeurs qui recourent à une assistante maternelle ou à une garde d'enfants à domicile, non plus par les CAF mais par le centre national Pajemploi. Il est renvoyé sur ce point à la motivation de la position de la Cour sur les comptes combinés de l'activité de recouvrement (cf. partie I, constat n° 20).

**Constat n° 13** : La dématérialisation et les moyens de maîtrise des risques et des flux de données relatifs à l'allocation aux adultes handicapés (AAH) demeurent insuffisants, ce qui affecte le calcul des droits de cette prestation et la correcte comptabilisation des charges facturées à l'État.

En 2019, 10,4 Md€ ont été versés au titre de l'AAH à un million d'allocataires. L'attribution de l'AAH est subordonnée à des conditions médicales et administratives appréciées, respectivement, par les commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) et par les CAF.

L'absence de dématérialisation des flux de données entre les MDPH et les CAF réduit le niveau d'assurance sur la fiabilité des données prises en compte par ces dernières et, ce faisant, sur le bien-fondé et l'exhaustivité des droits liquidés et comptabilisés. L'absence de flux dématérialisés d'autres partenaires (CNAV, CNAM) renforce par ailleurs la dépendance de la branche à l'égard des données déclarées par les allocataires.

Les délais d'instruction par les MDPH des demandes de renouvellement, souvent supérieurs au délai légal de quatre mois, conduisent les CAF à octroyer des avances. Or, des insuffisances affectent l'encadrement de leurs conditions d'attribution et leur suivi, ce qui est de nature à entraîner la constatation d'indus significatifs.

Les données du système d'information de la branche ne sont que partiellement exploitées. Le périmètre et la volumétrie limités des télé-déclarations, des contrôles intégrés au système d'information de la branche et de l'assistance de l'outil de gestion lors du traitement des dossiers ne permettent pas de fiabiliser les opérations de liquidation.

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

L'enregistrement des cartes d'invalidité dans le système d'information ne fait pas l'objet d'une instruction, d'un suivi ou d'un contrôle, ce qui suscite des risques d'erreurs dans l'identification des bénéficiaires et le calcul des droits.

**Constat n° 14** : Les indicateurs de la qualité de la liquidation se stabilisent en 2019, mais leur niveau et leur hétérogénéité selon les CAF traduisent une efficacité toujours insuffisante du contrôle interne.

La fréquence des anomalies en sortie de liquidation, avant mise en œuvre du dispositif de contrôle (IQL0), est en légère amélioration (- 0,1 point), à 5,9 %. La fréquence des anomalies restant non corrigées après six mois (IQL6) est stable, à 3,5 %.

Ces moyennes nationales recouvrent des niveaux de qualité de la liquidation très contrastés entre CAF. Les plans d'action nationaux ne sont pas suffisants pour réduire ces écarts, notamment dans les caisses qui présentent les enjeux financiers les plus importants.

### **Le risque financier résiduel**

La CNAF a calculé, pour la cinquième année consécutive, deux indicateurs de risque financier résiduel : l'un relatif aux données déclaratives prises en compte pour attribuer les prestations, l'autre aux opérations effectuées par les CAF<sup>53</sup>.

Comme les exercices précédents, la portée de ces indicateurs de risque résiduel est limitée, notamment, par l'absence de prise en compte de l'allocation de rentrée scolaire (2 Md€ en 2019).

Afin de prendre en compte la très forte augmentation du nombre de bénéficiaires de la prime d'activité intervenue fin 2018, la CNAF a fait évoluer le fichier des droits perçus utilisé pour le tirage de l'échantillon des deux indicateurs. Elle n'a cependant pas évalué l'incidence de cette modification.

---

<sup>53</sup> Les résultats de ces deux indicateurs ne peuvent être additionnés, l'indicateur « données entrantes » prenant en compte de manière indissociable une partie des erreurs résiduelles de liquidation comptées également dans l'indicateur « métier ».

**Constat n° 15** : Le niveau dégradé de l'indicateur de risque résiduel lié aux données déclaratives confirme la fiabilité insuffisante des données prises en compte pour attribuer les prestations.

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

En 2019, l'indicateur à neuf mois s'établit en valeur centrale à 7,8 % des prestations légales, soit un montant de 5,7 Md€<sup>54</sup>, contre 7,2 % et 4,9 Md€ en 2018. En corrigeant une distorsion<sup>55</sup> et l'incidence connue d'évolutions méthodologiques<sup>56</sup>, il représente même 8,3 % du montant des prestations, contre 7,3 % en 2018.

Trois prestations sont à l'origine de 83 % du montant ainsi estimé d'indus et de rappels non détectés : 1,8 Md€ pour le RSA, 1,6 Md€ pour la prime d'activité et 1,3 Md€ pour les aides au logement. Les indus et rappels non détectés équivalent ainsi à un cinquième des montants versés au titre de la prime d'activité et un sixième au titre du RSA. Les indus non détectés représentent 75 % des anomalies estimées au titre de ces trois prestations (25 % pour les rappels).

Par ailleurs, l'indicateur à 24 mois s'établit en valeur centrale à 4,9 %<sup>57</sup> des prestations versées en 2018, soit 3,3 Md€ d'indus et de rappels qui ne seront jamais détectés par les diverses actions de contrôle mises en œuvre (contre 2,9 Md€ pour les prestations versées en 2017). Ainsi, sur les 4,9 Md€ d'indus et de rappels non détectés à neuf mois en moyenne estimés au titre des prestations versées en 2018, seuls 1,6 Md€ sont susceptibles d'être détectés. Pour l'essentiel, il s'agit d'indus au détriment de la branche

<sup>54</sup> Compte tenu de la taille de l'échantillon, le taux d'incidence financière des anomalies est compris, avec une probabilité de 95 %, entre 6,8 % et 8,8 % du montant des prestations versées, soit respectivement 5 Md€ et 6,4 Md€.

<sup>55</sup> Alors que les montants correspondant au complément de libre choix du mode de garde de la PAJE (au titre des cotisations) ont été exclus du calcul de l'indicateur « métiers », ceux-ci ont été maintenus dans celui de l'indicateur à 9 mois. Ainsi, les montants de cette prestation restent présents au dénominateur, alors que le numérateur ne retrace pas d'erreurs à ce titre, la gestion de cette prestation ne relevant pas de la branche, mais du centre Pajemploi.

<sup>56</sup> Utilisation de nouvelles tables statistiques plus détaillées. En revanche, la CNAF n'a pas évalué l'impact de l'utilisation de nouvelles données pour le tirage de l'échantillon.

<sup>57</sup> Compte tenu de la taille de l'échantillon, le taux est compris, avec une probabilité de 95 %, entre 3,8 % et 5,9 %.

et des financeurs des prestations qui comportent le plus fréquemment des erreurs à caractère définitif (État et départements).

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

**Constat n° 16** : L'indicateur de risque financier résiduel sur les opérations effectuées par les CAF se maintient à un niveau élevé en 2019, qui confirme la capacité insuffisante du dispositif de contrôle interne de la branche à prévenir et à corriger des erreurs d'origine interne aux caisses.

La valeur centrale de l'indicateur « métier » s'établit à 1,65 %<sup>58</sup>, contre 1,7 % en 2018, ce qui correspond à un montant d'indus et de rappels non détectés à l'issue d'une période de six mois de 1,2 Md€<sup>59</sup>. À l'instar de l'indicateur du risque résiduel lié aux données déclaratives, les aides au logement, le RSA et la prime d'activité concentrent une part prépondérante des montants de ces anomalies (77 %).

Ces résultats confirment les fragilités du processus de liquidation des prestations et les insuffisances du contrôle interne, même si, à périmètre de prestations comparable à celui de 2019 le taux se serait légèrement amélioré par rapport à 2018.

**Constat n° 17** : Les risques financiers liés aux droits à l'assurance vieillesse des parents au foyer (AVPF) sont insuffisamment maîtrisés.

Les erreurs portant sur l'attribution et le calcul des prestations qui ouvrent des droits à l'AVPF, sous certaines conditions, affectent dans une mesure indéterminée l'exactitude de ces ouvertures de droit et celle des cotisations versées, à ce titre, par la CNAF à la CNAV (5 Md€ en 2019).

---

<sup>58</sup> Compte tenu de la taille de l'échantillon, le taux d'incidence financière des anomalies est compris, avec une probabilité de 95 %, entre 1,4 % et 1,9 %.

<sup>59</sup> Contrairement à 2018, l'indicateur n'intègre pas le complément de libre choix de mode de garde (CMG) au titre des cotisations.

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

**Constat n° 18** : Les faiblesses du contrôle interne de la Mutualité sociale agricole sont susceptibles d'affecter le montant des charges notifiées par la CCMISA et comptabilisées par la CNAF.

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

## **Le recouvrement des créances d'indus de prestations**

**Constat n° 19** : Le processus de gestion des créances mises en recouvrement (2,7 Md€) couvre insuffisamment les risques d'irrégularité du recouvrement.

L'interfaçage des diverses applications permettant le suivi des créances des allocataires conserve des fragilités de nature à affecter la mise en œuvre des actions de recouvrement. Malgré le déploiement d'un référentiel national, la correcte codification des créances n'est pas assurée.

La CNAF retient la date de notification de l'indu à l'allocataire par la voie d'un courrier simple comme point de départ de la prescription, alors que le délai légal court à compter de la date de versement des indus et que l'envoi d'une notification sans accusé de réception n'interrompt pas le délai de prescription.

Plus de 90 % des montants d'indus sont recouverts par compensation avec les prestations servies aux allocataires. Sur les 2,4 Md€<sup>60</sup> recouverts par la branche en 2019, 2,2 Md€ résultent ainsi de retenues sur prestations. Or, les modalités de mise en œuvre des retenues ne respectent pas en tous points le cadre juridique applicable, ce qui entraîne une incertitude sur le montant des créances comptabilisées par la branche au titre de restes à recouvrer sur les prestations versées.

L'éligibilité des créances à des admissions en non-valeur reste insuffisamment contrôlée, ce qui ne permet pas de garantir l'exhaustivité de leur constatation lorsque les conditions réglementaires sont remplies.

---

<sup>60</sup> Hors transferts de créances de RSA aux départements, annulations de créances et admissions en non-valeur.



### *c) Les prestations extra-légales d'action sociale*

**Réserve n° 3** : Le dispositif national de contrôle interne des prestations extra-légales d'action sociale (5,6 Md€) ne procure qu'une assurance limitée sur la maîtrise des risques financiers auxquels est exposée la branche dans ce domaine.

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

#### **Le dispositif national de contrôle interne**

**Constat n° 20** : La qualité de la liquidation des prestations d'action sociale est affectée par la permanence de modalités insuffisamment fiables de déclaration de leurs données d'activité par les structures aidées.

En 2019, un nouveau système d'information a été déployé, mais un grand nombre d'actes de gestion liés aux aides collectives a continué à être réalisé dans l'ancien système d'information d'action sociale (SIAS). Or, ce dernier ne permet pas aux structures aidées de télé-déclarer dans un portail sécurisé les données à partir desquelles les CAF attribuent les aides.

Si les établissements d'accueil du jeune enfant (EAJE), les accueils de loisir sans hébergement (ALSH) et les relais assistantes maternelles (RAM) peuvent recourir à la télé-déclaration de leurs données, environ 15 % des montants de prestations de service ordinaire versés en demeurent encore exclus.

#### **La maîtrise des risques relatifs à la gestion des prestations**

**Constat n° 21** : Le dispositif global de contrôle interne de l'action sociale couvre encore insuffisamment les risques inhérents à la liquidation des aides collectives et ceux liés aux erreurs de déclarations de données des structures aidées.

Les procédures nationales visant à encadrer le risque de liquidation à tort présentent des faiblesses, liées à un périmètre incomplet et à des moyens de contrôle insuffisamment adaptés. Les contrôles portant sur les données déclarées réalisés par les structures financées au titre de l'action sociale demeurent insuffisamment efficaces.

La CNAF ne s'est pas dotée d'un indicateur de qualité de la liquidation des prestations d'action sociale, ni d'un indicateur de risque résiduel « métier ».

Le périmètre de l'indicateur de risque résiduel relatif aux données déclarées par les structures aidées ne couvre pas l'ensemble des prestations d'action sociale versées. Il s'établit en valeur centrale statistique à 2,45 % des prestations versées<sup>61</sup>, soit 65 M€ en 2019.

Son augmentation par rapport à l'exercice précédent (2 %, soit 50 M€ en 2018) ne traduit que pour partie l'amélioration des protocoles de contrôle. La fiabilité de ces résultats est, en effet, limitée par des faiblesses méthodologiques de construction de l'indicateur et par une mise en œuvre imparfaite des contrôles sur place qui servent à le déterminer.

### Les charges comptabilisées

**Constat n° 22** : L'estimation du montant des charges à payer d'action sociale (4,7 Md€) présente une incertitude liée, notamment, aux faiblesses du dispositif mis en œuvre par les CAF pour actualiser et contrôler les données d'activité nécessaires à leur fiabilisation.

Les charges d'action sociale de l'exercice sont essentiellement constituées de charges à payer, dans la mesure où les montants définitifs dus aux structures aidées en fonction de leur activité ne sont connus qu'au cours de l'exercice suivant. Ces charges sont calculées sur la base du budget prévisionnel des structures, mis à jour au mois de septembre de l'exercice.

Afin de fiabiliser le montant des charges à payer comptabilisées, la CNAF a mis en place des contrôles de cohérence intégrés au portail de télé-déclaration. Cependant, ces contrôles couvrent les seuls établissements d'accueil du jeune enfant et les anomalies qu'ils permettent de détecter ne sont que partiellement traitées par les CAF. En outre, ils ne garantissent pas une fiabilité suffisante de l'estimation des charges à payer.

Dans le cadre de l'enquête réalisée sur le risque résiduel, la CNAF mesure l'écart constaté entre le montant des charges à payer enregistré dans les comptes en 2017 et le montant dû après contrôle. Cet indicateur s'établit à 6,1 % du montant des charges à payer, soit 168 M€<sup>62</sup>, montant stable par rapport à l'exercice précédent. Il traduit un niveau significatif d'anomalies.

<sup>61</sup> Il a une probabilité de 95 % d'être compris entre 1,8 % et 3,1 %.

<sup>62</sup> Les données vérifiées ne sont disponibles qu'après 24 mois. En 2019, l'indicateur représente donc le risque résiduel au titre de l'exercice 2017. Le montant de l'incidence financière est compris, avec une probabilité de 95 %, entre 150 et 185 M€.

## V. LES COMPTES COMBINÉS DE LA BRANCHE VIEILLESSE

Le périmètre de combinaison de la branche vieillesse du régime général comprend les comptes de la CNAV, ceux des quinze caisses d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT) et des quatre caisses générales de sécurité sociale (CGSS) pour leurs activités relatives à la retraite, ainsi que, depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2018, ceux des caisses déléguées pour la sécurité sociale des travailleurs indépendants (CNDSSSTI) sur le champ des activités au titre desquelles elles apportent leur concours aux caisses du régime général.

Le fonds de solidarité vieillesse n'est pas intégré au périmètre de combinaison, bien qu'il prenne en charge 17,7 Md€ de cotisations et de prestations en faveur de la branche vieillesse du régime général. Les comptes des CARSAT font l'objet d'une combinaison partagée avec les branches maladie et AT-MP du régime général, ceux des CGSS donnent lieu à une combinaison partagée avec ces mêmes branches, l'activité de recouvrement et le régime agricole.

### A. La position de la Cour

Au terme des vérifications dont elle rend compte dans le chapitre III du présent rapport, la Cour estime avoir collecté les éléments probants nécessaires pour fonder ses positions sur les comptes de l'exercice 2019 de la branche vieillesse, signés le 15 avril 2020 par le directeur et par le directeur comptable et financier de la CNAV.

La Cour certifie qu'au regard des règles et principes comptables qui leur sont applicables, les comptes combinés de la branche vieillesse pour l'exercice 2019 sont réguliers et sincères et donnent une image fidèle de la situation financière et du patrimoine de la branche, sous les trois réserves suivantes :

- **réserve n° 1** : Les faiblesses du cadre général du contrôle interne et la fiabilité insuffisante des données émanant de certains organismes tiers de sécurité sociale à l'origine de transferts financiers affectent le paiement à bon droit des prestations et la fiabilité des états financiers ;
- **réserve n° 2** : Une part croissante des attributions et révisions de droit de prestations de retraite (129 Md€) est affectée par des erreurs à caractère définitif en faveur ou au détriment des assurés sociaux ;

- **réserve n° 3** : La fiabilité des données de carrière déclarées par les employeurs ou notifiées par les organismes de protection sociale et reportées aux comptes des assurés en vue d'ouvrir des droits à retraite demeure insuffisante.

En application de la norme ISA 706, la Cour appelle de nouveau l'attention sur deux points essentiels relatifs aux états financiers de la branche vieillesse.

Malgré une solidarité financière de fait avec celle-ci (voir *infra*), le Fonds de solidarité vieillesse (FSV) n'est pas intégré au périmètre des comptes combinés de la branche vieillesse. Le résultat de la branche vieillesse s'en trouve amélioré, puisque son déficit (-1,4 Md€ en 2019) 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, soit 1,5 Md€.

Par ailleurs, les états financiers du FSV ont été certifiés, en 2018, par son commissaire aux comptes avec une réserve motivée par l'insuffisance du dispositif de financement des déficits cumulés du fonds. À fin 2019, ces derniers atteignent 9,9 Md€. Ils sont intégralement supportés en trésorerie par la branche vieillesse du régime général, y compris pour la part des concours du fonds à d'autres régimes de protection sociale, sous la forme de retards de versement non rémunérés.

Les prévisions de solde pour les exercices 2020 à 2023 du FSV (déficitaire à hauteur de 3,3 Md€ en cumul selon la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020) et l'absence de dispositif de financement de ces déficits conduisent à constater une incertitude sur la possibilité d'un apurement de la dette du fonds vis-à-vis de la CNAV.

Enfin, les engagements pluriannuels à l'égard des titulaires d'une pension de retraite au 31 décembre 2019 et de leurs ayants droit, appréciés et évalués en fonction des règles de droit en vigueur à cette date, ne sont pas mentionnés dans l'annexe aux comptes. 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 donc à la définition des engagements hors bilan au sens du plan comptable général.

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

### **1. Les parties de réserves levées en 2019**

La Cour avait certifié les états financiers de la branche vieillesse pour l'exercice 2018 en assortissant sa position de trois réserves relatives au contrôle interne de la branche et des organismes tiers (réserve n° 1), à la liquidation des droits à la retraite (réserve n° 2) et au report de données de carrière des assurés (réserve n° 3).

Au 31 décembre 2019, deux constats d'audit et trois points d'audit ont été satisfaits au titre des réserves de l'exercice précédent :

- les évolutions méthodologiques apportées par la CNAV à l'estimation de la provision pour rappels et les travaux réalisés pour justifier le stock ancien de dossiers et analyser le dénouement de la provision réduisent à un niveau non significatif l'incidence des fragilités de cette estimation comptable (§ 70-71 du *Rapport de certification des comptes de 2018*, p. 76) ;
- l'incertitude qui affectait le solde des charges et produits de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole repris dans les comptes de la branche est désormais estimée non significative par les commissaires aux comptes de la CCMSA (§ 37-38, p. 71) ;
- la diminution continue du nombre de dossiers en « périmètre de contrôle limité » réduit à un niveau peu significatif l'incidence de leur non-prise en compte dans l'appréciation de l'évolution des mesures du risque financier résiduel (§ 52, p. 73).

### **2. Les réserves sur les comptes pour l'exercice 2019**

#### **a) *Le contrôle interne de la branche et des organismes tiers***

**Réserve n° 1** : Les faiblesses du cadre général du contrôle interne et la fiabilité insuffisante des données émanant de certains organismes tiers de sécurité sociale à l'origine de transferts financiers affectent le paiement à bon droit des prestations et la fiabilité des états financiers.

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

### **Le dispositif national de contrôle interne**

**Constat n° 1** : Le référentiel national de maîtrise des risques (*Run MR*) ne fournit pas d'éléments d'appréciation pertinents sur l'efficacité des dispositifs de maîtrise des risques liés aux prestations légales.

Des discordances persistent entre les résultats des campagnes d'évaluation de l'efficacité des moyens de maîtrise des risques déployés en application du référentiel national de maîtrise des risques (*Run MR*) et ceux des indicateurs de la qualité de la liquidation et du risque financier résiduel affectant les prestations légales.

La nature et le degré de précision des actions de maîtrise des risques identifiés par ce référentiel en vue d'améliorer la qualité de liquidation sont imparfaitement adaptés aux processus de liquidation des prestations.

S'agissant des travailleurs indépendants, intégrés en 2018 au régime général, les rapports d'assurance émis par les commissaires aux comptes de la caisse nationale déléguée pour la sécurité sociale des travailleurs indépendants (CNDSSTI) portant sur la fiabilité des comptes relatifs à cette catégorie d'assurés produits par la CNDSSTI et intégrés aux comptes combinés de la branche vieillesse du régime général n'avaient pas été transmis à la Cour au moment de l'adoption du présent rapport.

### **Les systèmes d'information**

**Constat n° 2** : Les dispositifs de sécurité des systèmes d'information et de gestion des incidents demeurent insuffisants, ce qui expose la branche à un risque d'indisponibilité de ces systèmes.

Le dispositif de sécurité des systèmes d'information présente des faiblesses. Les mesures réglementaires relatives à la sécurité et à la protection des données personnelles ne sont que partiellement mises en œuvre et des situations de non-conformité sont constatées.

En l'absence d'un pilotage pleinement efficace de son réseau d'organismes locaux par la caisse nationale, le dispositif de gestion des incidents informatiques présente des faiblesses, liées en particulier à l'absence d'objectifs de performance convenus entre les directions « métier » et la direction des systèmes d'information, et à un défaut d'analyse régulière de l'incidence financière des incidents. Par ailleurs, il n'existe pas de dispositif de gestion des problèmes (incidents dont la cause est inconnue).

La gestion opérationnelle des incidents continue à se dégrader. Ainsi, le nombre d'incidents enregistrés durant l'exercice a augmenté de 20 % (14 584 incidents créés en 2019, contre 12 150 en 2018) et plus de 15 % des incidents nés en 2019 n'étaient pas résolus en fin d'année.

### **La lutte contre les fraudes**

**Constat n° 3** : Les risques de fraude auxquels est exposée la branche sont insuffisamment couverts par le dispositif de lutte contre les fraudes défini au plan national et mis en œuvre par les caisses de retraite.

Le dispositif de prévention et de lutte contre les fraudes externes conserve des faiblesses. Les dysfonctionnements observés dans l'outil de suivi déployé fin 2018 ont privé la branche d'un pilotage efficace du dispositif de détection des fraudes. Si le procédé automatisé de sélection des dossiers à contrôler *a posteriori* détecte une fréquence croissante d'irrégularités, l'exploitation des signalements de situations à forte présomption de fraude demeure hétérogène entre les caisses locales.

En outre, les échanges avec les organismes sociaux et administrations de l'État restent limités au niveau national et local.

Par ailleurs, le contrôle de l'existence des assurés titulaires de prestations de retraite qui résident à l'étranger demeure insuffisant. Les accords conclus avec des organismes étrangers de protection sociale ne couvrent pas suffisamment les principaux pays à forts enjeux.

Le dispositif de contrôle mis en œuvre par l'AGIRC-ARCCO dans le cadre de la mutualisation des certificats d'existence entre l'ensemble des régimes de retraite présente des fragilités. En 2020, la CNAV va mettre en œuvre un plan de contrôle des certificats d'existence exploités afin de s'assurer de leur correct traitement. L'analyse des résultats de ce contrôle devra permettre d'adapter le dispositif de maîtrise des risques en vigueur.

Le dispositif de prévention et de détection de la fraude interne ne permet pas de couvrir efficacement l'ensemble des risques auxquels est exposée la branche. La mise en œuvre des moyens de maîtrise identifiés est hétérogène dans les caisses locales. Le pilotage et l'animation de son réseau de caisses locales par la CNAV sont insuffisants pour garantir la mise en œuvre intégrale du plan national de lutte contre la fraude interne.

Plus de 9 600 situations de cumul d'habilitations dans les applications de gestion des comptes des titulaires de prestations peuvent être relevées au 31 décembre 2019, ce qui expose la branche à des risques de fraude insuffisamment couverts par le dispositif de contrôle interne.

## **La gestion des données de paiement et les opérations de paiement des prestations**

**Constat n° 4** : Des insuffisances affectent les dispositifs de contrôle interne des processus de gestion des comptes des titulaires de prestations et des opérations de paiement.

Le dispositif de contrôle interne des activités de gestion des comptes des titulaires de prestations comporte des faiblesses persistantes.

Ainsi, les taux de contrôle de certaines activités prescrits par la caisse nationale ne garantissent pas une maîtrise suffisante des risques d'erreurs, le cas échéant intentionnelles (fraude interne). En outre, les caisses mettent en œuvre ces contrôles de manière parfois partielle, faute d'un pilotage suffisant par la CNAV. Enfin, le système d'information comporte des limites fonctionnelles persistantes, notamment pour la mise en œuvre de supervisions internes aux services concernés.

Pour sa part, le dispositif de contrôle interne propre aux opérations de paiement des prestations ne couvre toujours pas l'ensemble des risques liés à ce processus.

La séparation des tâches entre les activités de paiement et de gestion des comptes des titulaires de prestations demeure imparfaitement assurée, en raison de la persistance d'un nombre élevé d'agents en cumul d'habilitations entre ces deux activités.

## **Les données à la source de transferts financiers avec des organismes de sécurité sociale tiers**

**Constat n° 5** : Les produits relatifs aux cotisations d'assurance vieillesse des parents au foyer (AVPF) que comptabilise la CNAV manquent de fiabilité.

La détermination des droits et l'exactitude 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 (5 Md€), sont affectées par les erreurs relatives à l'attribution et au calcul des prestations par la branche famille (cf. partie IV, constat n° 17).

### ***b) La liquidation des droits à la retraite***

En 2019, les caisses de la branche vieillesse du régime général ont attribué 835 000 prestations (dont 80 % de droit propre et 20 % de droit dérivé), soit un nombre stable par rapport à l'année précédente.



Elles ont, par ailleurs, effectué 221 500 révisions de droit et 211 500 révisions de service, en augmentation de près de 9 % par rapport à l'année précédente. Les révisions de droit consistent à modifier rétroactivement le montant des prestations attribuées depuis la date de leur entrée en jouissance ; les révisions de service peuvent conduire à modifier pour l'avenir la prestation versée.

**Réserve n° 2** : Une part croissante des attributions et révisions de droit de prestations de retraite (129 Md€) est affectée par des erreurs à caractère définitif en faveur ou au détriment des assurés sociaux.

Cette réserve résulte des **huit constats d'audit** suivants.

### **La supervision et le contrôle des attributions et des révisions de droit**

**Constat n° 6** : La qualité de la liquidation par les services ordonnateurs se dégrade, malgré les actions mises en œuvre dans le cadre du plan national qualité et le déploiement d'un dispositif de supervision renouvelé.

Les services ordonnateurs commettent de fréquentes erreurs de portée financière quand ils liquident les prestations de retraite. Cet état de fait résulte notamment de l'insuffisance des contrôles intégrés à l'outil informatique de gestion des prestations, de l'absence d'automatisation de plusieurs étapes de leur calcul et de l'assistance limitée apportée aux agents par le système d'information. De plus, les actions orientées vers les agents qui effectuent de nombreuses erreurs restent hétérogènes et leur formalisation seulement partielle limite l'appréciation de leur efficacité.

En complément du plan national qualité mis à jour en 2019, la CNAV a défini un plan socle de supervision des activités de l'ordonnateur couvrant l'ensemble du processus « retraite », des régularisations de carrière à l'attribution des prestations et aux révisions de service. Les actions de supervision ciblent, notamment, les erreurs les plus fréquentes et celles dont l'incidence financière est la plus élevée.

Pertinent dans sa conception, ce plan a été déployé dans les caisses de retraite locales au cours du premier semestre 2019. Sa portée est cependant limitée par l'hétérogénéité des modalités de sélection des dossiers à superviser et du positionnement des supervisions, qui interviennent selon le cas avant ou bien seulement après les contrôles effectués par la direction comptable et financière.

**Constat n° 7** : La capacité des directions comptables et financières des caisses de retraite locales à détecter les erreurs de liquidation des prestations de retraite avant leur mise en paiement se réduit.

En 2019, les directions comptables et financières n'ont détecté que 54,9 % des erreurs dans les dossiers qu'elles ont contrôlés préalablement à la mise en paiement des prestations liquidées (contre 56,9 % en 2018). Les consignes nationales de supervision interne à ces directions sont mises en œuvre de manière hétérogène, ce qui affaiblit la portée de ce dispositif.

Le taux de contrôle des prestations de retraite liquidées est stable par rapport à l'exercice précédent (63,1 % fin 2019), mais les évolutions sont contrastées en fonction des types de droits. Si ce taux a augmenté de 3,5 points pour les attributions de droits propres par rapport à 2018, il a baissé de 4 points pour les attributions de droits dérivés et de plus de 9 points pour les révisions de droits propres.

Malgré la mise à jour, fin 2018, des paramètres de l'outil de maîtrise du risque financier (*OMRF*) qui sélectionne les dossiers à contrôler par les directions comptables et financières, la CNAV n'a pas notifié aux caisses un nouveau taux de contrôle déterminé en fonction de leur niveau de risque actualisé et a reconduit les dérogations qu'elle leur avait précédemment accordées.

Le passage d'un contrôle exhaustif à un contrôle reposant sur une sélection par analyse de risque pour toutes les typologies de droit a conduit à expérimenter de nouvelles modalités de contrôle en 2019 pour les attributions et révisions de droits dérivés et le minimum vieillesse (allocation de solidarité aux personnes ou ASPA), reposant sur un socle minimal de contrôle de 70 %, au lieu de 100 % antérieurement.

S'agissant des droits dérivés, cette modification de la politique de contrôle vise à améliorer la sélection des dossiers à contrôler, auparavant effectuée de manière aléatoire. Pour sa part, l'ASPA concentre une part importante du risque financier résiduel (voir constat n° 8 *infra*).

### **Les erreurs résiduelles affectant les attributions et les révisions de droit**

**Constat n° 8** : La fréquence et l'incidence financière des erreurs résiduelles augmentent de manière continue. Elles traduisent les limites du dispositif de maîtrise des risques et le poids prépondérant de la CNAV en Île-de-France dans la dégradation de la qualité de la liquidation de la branche.

La CNAV mesure annuellement la fréquence et la portée financière des erreurs qui affectent à titre définitif les attributions et révisions de droit de prestations de retraite, en faveur ou au détriment des assurés, à la suite

ou non d'un contrôle des directions comptables et financières sur les prestations liquidées préalablement à leur mise en paiement.

Ces mesures sont déterminées à partir du contrôle, par deux cellules spécialisées, d'un échantillon représentatif de dossiers (9 367 pour 2019) couvrant tous les types de prestations<sup>63</sup>.

Pour 2019, la fréquence des erreurs s'établit, en valeur centrale statistique, à 15,3 %<sup>64</sup>, contre 13,5 % en 2018, soit une dégradation de 1,8 point. Ainsi, plus d'une nouvelle retraite sur sept comporte au moins une erreur de portée financière. Les erreurs relatives à la carrière restent prépondérantes dans le nombre total d'erreurs (près de 60 %).

La dégradation continue de la qualité de la liquidation des retraites par la CNAV en Île-de-France pèse fortement sur les résultats de la branche (- 4,1 points par rapport à fin 2018 et - 6,1 points par rapport à fin 2017).

Dans trois organismes métropolitains, dont la CNAV en Île-de-France, une retraite sur cinq nouvellement mise en paiement comporte au moins une erreur résiduelle ayant une incidence financière. Les caisses de retraite dont la qualité de la liquidation est particulièrement dégradée ont un poids prépondérant dans le total des attributions de l'année.

Le taux d'incidence financière des erreurs en faveur ou au détriment des assurés sociaux se dégrade lui aussi fortement<sup>65</sup>. Il est ainsi passé, en valeur centrale statistique, de 1,4 % en 2018 à 1,8 % en 2019 du montant des prestations nouvellement mises en paiement<sup>66</sup>. Pour les deux tiers, cette incidence financière correspond à des erreurs au détriment des assurés. Rapporté au montant des attributions de prestations au cours de l'exercice (4 Md€), ce taux conduit à un montant probable d'erreurs de 70 M€.

La fréquence et l'incidence financière des erreurs résiduelles témoignent de la maîtrise insuffisante par la branche vieillesse des risques afférents aux attributions et aux révisions de droit.

Si la fiabilité des prestations se dégrade pour toutes les prestations liquidées par les caisses de retraite, la fréquence des erreurs résiduelles demeure hétérogène entre les différents types de prestations. Ainsi, elle atteint 26,7 % pour les attributions d'ASPA, 19,5 % pour les révisions de

---

<sup>63</sup> Droits personnels, droits dérivés, droits non contributifs (ASPA notamment), avantages complémentaires (majoration enfant, majoration tierce personne, etc.).

<sup>64</sup> Compte tenu de la taille de l'échantillon, la fréquence des erreurs est comprise, avec une probabilité de 95 %, entre 14,6 % et 16,1 %.

<sup>65</sup> Le taux d'incidence financière en faveur des assurés est de 0,5 %, celui au détriment des assurés de 1,3 %.

<sup>66</sup> Compte tenu de la taille de l'échantillon, le taux d'incidence financière est compris entre 1,5 % et 2,05 % avec une probabilité de 95 %.

droits propres, 15,4 % pour les attributions de droits propres et 8,3 % pour les droits dérivés.

Les dossiers d'attribution et de révision de l'ASPA, qui ne représentent qu'environ 5 % des attributions, expliquent plus du quart de l'incidence financière des erreurs résiduelles. La CNAV a engagé la mise à jour du cadre procédural relatif à la liquidation de cette prestation afin d'améliorer la fiabilité du traitement de ces dossiers.

Par ailleurs, le risque financier résiduel qui affecte les prestations mises en paiement par le réseau de la CNDSSSTI (7,9 Md€) est mesuré séparément, selon une méthode et une profondeur de contrôle spécifiques. Le taux d'incidence financière des erreurs résiduelles s'établit à 0,30 %.

**Constat n° 9** : Les erreurs financières portant sur les attributions de prestations et les révisions de droit de l'année affectent les charges de la branche pendant toute la durée du service de ces pensions.

La CNAV a renouvelé le calcul d'un taux d'incidence financière des erreurs de l'année mesurée sur la durée moyenne de service des prestations (soit 20,8 années). Cet indicateur retient les erreurs qui auront une incidence financière sur toute la durée de versement des prestations, soustrait les erreurs ayant une incidence uniquement l'année d'attribution de manière certaine (erreurs portant sur les prélèvements sociaux) ou probable (erreurs portant sur la date d'entrée en jouissance de la prestation), et corrige les effets des rejets à tort de demandes de retraite, celles-ci ayant vocation à être satisfaites à une date ultérieure.

En 2019, le taux d'incidence financière sur la durée de service des pensions s'établit à 1,3 %, soit une dégradation de 0,3 point par rapport à l'exercice précédent.

Les erreurs résiduelles affectant les attributions et révisions de droit intervenues en 2019 auraient, sur ces bases, une incidence financière cumulée en valeur absolue d'au plus 1,1 Md€ sur toute la durée de versement des prestations (contre 0,8 Md€ pour l'exercice 2018).

**Constat n° 10** : L'évaluation de l'incidence des erreurs résiduelles sur l'intégralité des charges de prestations légales de l'exercice, engagée en 2019, reste à consolider.

Le taux d'incidence financière couvre les charges de prestations légales correspondant aux attributions et révisions de droit opérées durant l'exercice. Aussi la CNAV a-t-elle estimé en 2019 un taux d'incidence financière des erreurs résiduelles portant sur les charges de prestations légales comptabilisées au titre des droits propres (soit 90 % des charges totales de la branche, hors CNDSSSTI).

Ce taux s'établit, à partir des résultats des exercices antérieurs (mesurés depuis 2012 et estimés pour les précédents), à 0,3 % (0,4 % en « fourchette haute »), soit une incidence financière des erreurs résiduelles évaluée à 0,3 Md€ (0,4 Md€ en « fourchette haute ») pour un montant total de charges de 107,7 Md€ (au titre des salariés).

Compte tenu de la date à laquelle ils ont été communiqués, ces résultats n'ont pu être audités.

### **Le défaut d'exhaustivité des révisions de droit**

**Constat n° 11** : Une partie des révisions de droit, liées en particulier aux majorations dues au titre du minimum contributif et de la pension de réversion, n'ont pas été effectuées durant l'exercice comme elles auraient dû l'être.

En 2019, le nombre de majorations de la pension de réversion et du minimum contributif en attente de calcul par le régime général a continué d'augmenter (1,3 million de majorations en instance pour un montant provisionné de 0,6 Md€). La fiabilisation de la qualité et de l'exhaustivité des informations contenues dans le répertoire d'échange inter-régimes de retraite (EIRR), dont dépend le calcul de ces majorations, se poursuit. Elle dépend, notamment, de la capacité de l'ensemble des régimes partenaires à développer des correctifs informatiques.

Malgré l'automatisation de l'ouverture des révisions de droit, le pilotage du dispositif de liquidation provisoire, qui permet de liquider une prestation de retraite sans détenir l'ensemble des pièces justificatives, demeure imparfaitement assuré. Les révisions de droit ne sont, en effet, pas toujours effectuées dans les délais fixés par la CNAV.

Alors que les analyses menées par la caisse nationale montrent que le recours à ce dispositif peut engendrer des risques supplémentaires d'erreur avec incidence financière, aucun dispositif de maîtrise des risques propres aux révisions de droit n'est mis en œuvre au niveau national ou local. Les résultats de la mesure du risque financier résiduel mettent pourtant en évidence une dégradation de plus de 5 points de la fréquence des erreurs résiduelles relatives aux révisions de droit, passée entre 2018 et 2019 de 13,9 % à 19,5 %.

## Les révisions de service

**Constat n° 12** : Malgré de récentes évolutions, le dispositif de maîtrise des risques ne garantit pas l'exactitude des révisions de service effectuées en cas d'évolution, notamment, de la situation des titulaires des prestations du minimum vieillesse et d'une partie des pensions de réversion.

Compte tenu de son déploiement récent et de l'hétérogénéité des actions déployées dans le réseau, le plan de supervision de l'ordonnateur ne permet pas de compenser la diminution des contrôles réalisés par les directions comptables et financières, ce qui affaiblit la portée du dispositif de contrôle interne pris dans son ensemble.

En 2019, la CNAV a renouvelé les contrôles permettant la détermination de mesures du risque financier résiduel propres aux révisions de service. L'échantillon de dossiers contrôlés à ce titre (1 120) ne porte cependant que sur des révisions ayant conduit à modifier le montant de la prestation servie à l'assuré, ce qui exclut près d'une révision sur deux et constitue une limitation à l'appréciation du risque financier résiduel affectant les révisions de service.

Sur le périmètre ainsi contrôlé, 13 % des révisions de service sont affectées d'une erreur de portée financière et le montant agrégé en valeur absolue des erreurs atteint 0,8 % du montant des prestations versées (en valeur centrale statistique). Ces résultats, statistiquement représentatifs, apparaissent comme une valeur minimale. En dehors même de la non-prise en compte des révisions sans modification du montant de la prestation versée, ils ne tiennent pas compte des révisions pour lesquelles l'incidence financière de l'anomalie n'a pu être évaluée.

La discordance de ces résultats avec ceux issus des contrôles mis en œuvre par les directions comptables et financières (pour lesquels la fréquence des erreurs ayant une incidence financière dépasse 21 %) donne à penser que l'exclusion de l'échantillon des révisions de service amoindrit significativement le niveau mesuré du risque résiduel.

**Constat n° 13** : La prise en compte par les révisions de service de l'évolution de la situation des pensionnés est imparfaitement assurée.

Bien qu'en diminution, le stock des révisions de service non traitées demeure important. Le risque d'absence de déclaration par les pensionnés de leur changement de situation (composition et ressources du foyer) justifiant une révision reste par ailleurs élevé.

Une prise en compte automatisée des pensions de retraite renseignées dans le répertoire EIRR, qui recense l'ensemble des droits attribués à un assuré par l'ensemble des régimes de retraite de base ou

complémentaires, limiterait le risque de non exhaustivité des révisions de service pour les assurés titulaires d'avantages de retraite soumis à conditions de ressources.

Par ailleurs, le dispositif de pilotage des questionnaires adressés à intervalle régulier aux assurés concernés présente des faiblesses liées à sa mise en œuvre incomplète par la caisse nationale et au report manuel de données déclaratives des caisses.

Enfin, les tableaux de bord en vigueur ne prennent pas en compte les certificats d'existence envoyés par l'AGIRC-ARRCO ni les anomalies liées à la qualité des données susceptibles d'empêcher l'envoi ou la réception des courriers.

***c) La fiabilisation des données de carrière des assurés  
préalablement à la liquidation des droits à retraite***

Les droits à la retraite sont liquidés en fonction des données reportées aux comptes de carrière des assurés dans le système national de gestion des carrières (SNGC).

Le SNGC est alimenté par les déclarations sociales des employeurs (38 % des reports en 2018) ; les données relatives à des « périodes assimilées » à des périodes d'assurance adressées par Pôle emploi et par les organismes du régime général (30 % des reports) ; des données de salaire (chèque emploi-service universel et prestation d'accueil du jeune enfant) ou équivalents de salaire, dont l'assurance vieillesse des parents au foyer-AVPF (18 % des reports) ; des données provenant des autres régimes de sécurité sociale (14 % des reports).

**Réserve n° 3** : La fiabilité des données de carrière déclarées par les employeurs ou notifiées par les organismes de protection sociale et reportées aux comptes des assurés en vue d'ouvrir des droits à retraite demeure insuffisante.

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

**L'alimentation primaire des  
comptes de carrière**

**Constat n° 14** : Le niveau d'assurance procuré par le contrôle interne sur la fiabilité des données de carrière adressées par les employeurs et les organismes sociaux partenaires est insuffisant.

L'absence de conventions d'échange de données ou le défaut de mise à jour des conventions existantes prive la CNAV d'éléments d'assurance sur l'effectivité et l'efficacité des contrôles mis en œuvre par

les organismes sociaux partenaires pour garantir la fiabilité des données qu'ils lui adressent.

Les contrôles automatisés visant à sécuriser ces données avant leur intégration aux comptes de carrière des assurés sont eux-mêmes incomplets et la CNAV ne met pas en œuvre de moyens efficaces de corroboration statistique de ces flux de données.

Dans l'attente de la substitution complète de la DSN à la déclaration annuelle de données sociales (DADS), les contrôles réalisés par la CNAV sur les données contenues dans les DADS des employeurs ne réduisent que partiellement les risques portant sur l'exhaustivité et l'exactitude des reports effectués aux comptes de carrière des assurés.

De même, les actions de relance des employeurs défaillants ne réduisent que partiellement le risque d'erreur ou d'absence de report de données de carrière. Par ailleurs, les actions de fiabilisation *a posteriori* des données transmises ont une efficacité limitée. Les résultats du dispositif de fiabilisation des données mis en œuvre en liaison avec l'ACOSS et le bilan détaillé des opérations n'ont pas été transmis à la Cour.

Un volume toujours significatif de données issues de supports déclaratifs papier<sup>67</sup>, de déclarations dématérialisées et d'anomalies détectées par les contrôles automatisés de cohérence demeure en attente d'intégration dans le système national de gestion des carrières (SNGC). Le traitement de ces données ne fait pas l'objet d'un dispositif approprié de maîtrise des risques.

### **Les régularisations de carrière**

Les régularisations de carrière ont pour objet de sécuriser les données reportées aux comptes de carrière des assurés, en amont de la liquidation de leurs droits, en complétant ou en corrigeant les données acquises auprès des employeurs et des organismes sociaux partenaires. L'enjeu est significatif, car près de 60 % des erreurs affectant les droits liquidés et mis en paiement résultent de données de carrière absentes ou inexactes.

**Constat n° 15 :** Les régularisations de carrière ne fiabilisent pas suffisamment les données de carrière préalablement à la liquidation des droits à retraite.

---

<sup>67</sup> Notamment les contrats d'apprentissage, les périodes assimilées des contractuels de la fonction publique au titre du chômage et le montant des indemnités journalières maternité.



Des moyens de maîtrise renforcés encadrent l'instruction des régularisations de carrière, mais les contrôles intégrés au système d'information et les supports techniques mis à la disposition des agents conservent des faiblesses.

Les dispositifs de supervision par les services ordonnateurs et de contrôle par les directions comptables et financières continuent de présenter des limites. Ainsi, des erreurs de saisie concernant le type de régularisation de carrière effectuée faussent toujours la sélection des dossiers à superviser et à contrôler. Les modalités de contrôle et leurs résultats sont hétérogènes dans le réseau.

Par ailleurs, la suspension de traitements anticipés des données de carrière (régularisations anticipées pour les demandeurs d'emploi, partielles ou encore ciblées) prive la branche vieillesse de leviers d'amélioration de la qualité des données reportées aux comptes de carrière des assurés.

Pour les régularisations de carrière anticipées en faveur des demandeurs d'emploi indemnisés, les termes de la convention conclue avec l'Unédic ne sont pas respectés. En effet, plusieurs caisses de retraite en ont suspendu le traitement anticipé, ce qui fait peser un risque sur la fiabilité des données de carrière.



## **Chapitre II**

# **Les positions de la Cour sur les comptes des organismes nationaux du régime général pour l'exercice 2019**



## **VI. LES COMPTES DE L'ACOSS POUR L'EXERCICE 2019**

### **A. La position de la Cour sur les comptes de l'ACOSS**

Au terme des vérifications dont elle rend compte dans le chapitre III du présent rapport, la Cour estime avoir collecté les éléments probants nécessaires pour fonder ses positions sur les comptes de l'exercice 2019 de l'ACOSS, signés le 20 avril 2020 par le directeur et par la directrice comptable et financière de cet organisme.

La Cour certifie qu'au regard des règles et principes comptables qui leur sont applicables, les comptes annuels de l'agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) pour l'exercice 2019 sont réguliers et sincères et donnent une image fidèle de sa situation financière et de son patrimoine, sous les deux réserves suivantes :

- **réserve n° 1** : L'établissement public national ne dispose pas d'un dispositif de contrôle interne complet et formalisé couvrant l'ensemble des risques auxquels ses activités sont exposées ;
- **réserve n° 2** : L'exactitude et l'exhaustivité des opérations comptabilisées au titre de la réduction générale (6,5 Md€) et des exonérations de cotisations sociales compensées et prises en charge par l'État (5,1 Md€) demeurent affectées par les faiblesses du contrôle interne et les dysfonctionnements des traitements informatiques. Les modalités de notification des impôts et taxes affectés recouverts par l'État conduisent à formuler un désaccord sur les comptes.

La Cour avait certifié les états financiers de l'ACOSS pour l'exercice 2018 en assortissant sa position de deux réserves.

L'audit des comptes de 2019 ne conduit pas à lever de réserve ou de partie de réserve formulée sur les comptes de 2018.

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

Il est renvoyé sur ce point aux motivations détaillées de la position de la Cour sur les comptes de l'activité de recouvrement.

## VII. LES COMPTES DE LA CNAM POUR L'EXERCICE 2019

### A. La position de la Cour sur les comptes de la CNAM

Au terme des vérifications dont elle rend compte dans le chapitre III du présent rapport, la Cour estime avoir collecté les éléments probants nécessaires pour fonder ses positions sur les comptes de l'exercice 2019 de la CNAM, signés le 11 mai 2020 par le directeur général et par le directeur délégué aux finances et à la comptabilité de cet organisme.

La Cour certifie qu'au regard des règles et principes comptables qui leur sont applicables, les comptes de la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) pour l'exercice 2019 sont réguliers et sincères et donnent une image fidèle de son résultat, de sa situation financière et de son patrimoine, sous les deux réserves suivantes :

- **réserve n° 1** : Les réserves et parties de réserves exprimées par la Cour sur les comptes combinés des branches maladie et AT-MP au titre du dispositif de contrôle interne de la CNAM, de la détermination des taux des cotisations AT-MP et de la justification des comptes concernent des opérations comptabilisées par la CNAM ;
- **réserve n° 2** : Les réserves exprimées par la Cour sur les comptes combinés des branches maladie et AT-MP concernent la CNAM en sa qualité de caisse nationale qui attribue aux entités combinées des deux branches des dotations couvrant les charges comptabilisées par ces entités.

La Cour avait certifié les états financiers de la CNAM pour l'exercice 2018 en assortissant sa position de trois réserves, relatives aux impacts sur les comptes annuels de l'établissement public de ses réserves sur les comptes combinés des branches maladie et AT-MP et à l'enregistrement d'écritures comptables qui affectent l'image fidèle donnée par les comptes sur ses droits et obligations.

En application de la norme ISA 706, la Cour appelle de nouveau l'attention sur l'absence de mention dans l'annexe aux comptes de la CNAM, entité combinante des branches maladie et AT-MP, des engagements pluriannuels à l'égard des titulaires de pensions d'invalidité et de rentes pour incapacité permanente au 31 décembre 2019 et de leurs ayants droit, appréciés et évalués en fonction des règles de droit en vigueur à cette date.

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

### **1 - Une réserve sur les comptes de 2018 levée en 2019**

L'enregistrement dans les comptes de la CNAM d'écritures relatives aux droits et obligations des caisses locales (réserve n° 3) a été en grande partie corrigé en 2019, ce qui conduit la Cour à lever la réserve qu'elle avait formulée à ce titre sur les comptes de 2018.

Néanmoins, la permanence de certaines de ces écritures irrégulières au bilan de la CNAM justifie, comme indiqué ci-dessous, un constat d'audit au titre de l'exercice 2019.

### **2 - Les réserves sur les comptes pour l'exercice 2019**

**Réserve n° 1** : Les réserves et parties de réserves exprimées par la Cour sur les comptes combinés des branches maladie et AT-MP au titre du dispositif de contrôle interne de la CNAM, de la détermination des taux des cotisations AT-MP et de la justification des comptes concernent des opérations comptabilisées par la CNAM.

Cette réserve repose sur les réserves formulées sur les comptes combinés des branches maladie et AT-MP, auxquelles il est renvoyé, ainsi que sur le constat d'audit suivant.

**Constat n° 1** : L'enregistrement dans les comptes de la CNAM d'écritures relatives aux droits et obligations des caisses locales contrevient aux principes comptables et à la réglementation en vigueur.

Les comptes de la CNAM intègrent toujours à tort des écritures afférentes à l'activité des caisses locales pour un montant total de 0,6 Md€ à fin 2019 (contre 2 Md€ en 2018). Ces enregistrements, qui correspondent pour l'essentiel à des provisions pour risques et charges, affectent l'image fidèle que les comptes de la CNAM doivent donner de son patrimoine.

La comptabilisation par la CNAM d'écritures afférentes aux droits et obligations des caisses locales n'est pas conforme au principe de comptabilisation en droits constatés et aux dispositions de l'article D. 114-4-2 du code de la sécurité sociale, qui prévoient la notification par les caisses nationales aux caisses locales des corrections ou compléments d'écritures nécessaires aux fins d'une intégration dans leurs comptes.

**Réserve n° 2 :** Les réserves exprimées par la Cour sur les comptes combinés des branches maladie et AT-MP concernent la CNAM en sa qualité de caisse nationale qui attribue aux entités combinées des deux branches des dotations couvrant les charges comptabilisées par ces entités.

Cette réserve repose sur les constats justifiant les réserves formulées sur les comptes combinés des branches maladie et AT-MP, auxquels il est renvoyé.

## VIII. LES COMPTES DE LA CNAF POUR L'EXERCICE 2019

### A. La position de la Cour sur les comptes de la CNAF

Au terme des vérifications dont elle rend compte dans le chapitre III du présent rapport, la Cour estime avoir collecté les éléments probants nécessaires pour fonder sa position sur les comptes de l'exercice 2019 de la CNAF, signés le 17 avril 2020 par le directeur et par le directeur comptable et financier de cet organisme.

La Cour certifie qu'au regard des règles et principes comptables qui leur sont applicables, les comptes annuels de la caisse nationale des allocations familiales (CNAF) pour l'exercice 2019 sont réguliers et sincères et donnent une image fidèle de sa situation financière et de son patrimoine, sous les deux réserves suivantes :

- **réserve n° 1 :** Les réserves n° 1, 2 et 3 sur les comptes combinés de la branche famille concernent la CNAF en sa qualité de caisse nationale qui attribue aux entités combinées de la branche des dotations reflétant les charges comptabilisées par ces dernières ;

- **réserve n° 2 :** La partie de la réserve n° 1 traitant de la couverture seulement partielle par le contrôle interne des risques liés aux activités de la caisse nationale et la partie de la réserve n° 2 relative aux prestations légales déléguées à la MSA portent sur des opérations comptabilisées par la CNAF.



La Cour avait certifié les états financiers de la CNAF pour l'exercice 2018 en assortissant sa position de deux réserves.

L'audit des comptes de 2019 ne conduit pas à lever de réserve ou de partie de réserve formulée sur les comptes de 2018.

En application de la norme ISA 706, la Cour appelle de nouveau l'attention sur l'absence de mention dans l'annexe aux comptes de la CNAF, entité combinante des comptes de la branche famille, des engagements pluriannuels à l'égard des titulaires de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé au 31 décembre 2019, appréciés et évalués en fonction des règles de droit en vigueur à cette date.

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

Il est renvoyé sur ce point aux motivations détaillées de la position de la Cour sur les comptes combinés de la branche famille.

## **IX. LES COMPTES DE LA CNAV POUR L'EXERCICE 2019**

### **A. La position de la Cour sur les comptes de la CNAV**

Au terme des vérifications dont elle rend compte dans le chapitre III du présent rapport, la Cour estime avoir collecté les éléments probants nécessaires pour fonder ses positions sur les comptes de l'exercice 2019 de la CNAV, signés le 15 avril 2020 par le directeur et par le directeur comptable et financier de cet organisme.

La Cour certifie qu'au regard des règles et principes comptables qui leur sont applicables, les comptes annuels de la caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV) pour l'exercice 2019 sont réguliers et sincères et donnent une image fidèle de sa situation financière et de son patrimoine, sous les deux réserves suivantes :

- **réserve n° 1** : Les quatre premiers constats de la réserve n° 1 (contrôle interne de la branche) et les réserves n° 2 et 3 formulées par la Cour sur les comptes combinés de la branche vieillesse concernent la CNAV en sa double qualité de caisse régionale pour l'Île-de-France et de caisse nationale qui attribue aux entités combinées de la branche des dotations reflétant les charges comptabilisées par ces dernières ;

- **réserve n° 2** : Les deux derniers constats de la réserve n° 1 formulée par la Cour sur les comptes combinés de la branche vieillesse, relatifs aux données provenant des organismes tiers, concernent des opérations comptabilisées par la CNAV.

La Cour avait certifié les états financiers de la CNAV pour l'exercice 2018 en assortissant sa position de deux réserves relatives aux impacts sur les comptes annuels de l'établissement public de ses réserves sur les comptes combinés de la branche vieillesse.

En application de la norme ISA 706, la Cour appelle de nouveau l'attention sur l'absence de mention dans l'annexe aux comptes de la CNAV, entité combinante des comptes de la branche vieillesse, des engagements pluriannuels à l'égard des titulaires d'une pension de retraite au 31 décembre 2019 et de leurs ayants-droits, appréciés et évalués en fonction des règles de droit en vigueur à cette date.

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

Pour chacune des deux réserves, il est renvoyé aux constats relatifs aux comptes combinés de la branche vieillesse.

## **Chapitre III**

# **Le compte rendu des vérifications opérées par la Cour**



## X. Le cadre et la démarche d'audit

En tant qu'institution membre de l'Organisation internationale des institutions supérieures de contrôle des finances publiques (INTOSAI), la Cour se réfère, dans l'exercice de ses différentes missions, aux normes internationales des institutions supérieures de contrôle (ISSAI).

Dans le domaine de la certification des comptes, les normes ISSAI transposent les normes internationales d'audit (ISA) et la norme internationale de contrôle qualité en matière d'audit financier (ISQC 1), édictées par la Fédération internationale des experts comptables (IFAC).

Conformément à l'arrêté du Premier président de la Cour des comptes n° 17-967 du 22 décembre 2017 pris en application de l'article L. 120-4 du code des juridictions financières, la Cour applique les dispositions des normes ISA et de la norme ISQC 1 dans la mesure de leur compatibilité avec la nature particulière de ses missions de certification ainsi qu'avec les dispositions du code des juridictions financières<sup>68</sup>.

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

Cette démarche d'audit couvre quatre enjeux principaux :

- la vérification de l'exhaustivité et de l'exactitude de la prise en compte, dans la comptabilité générale, des informations issues de la production des prélèvements sociaux et des prestations sociales, ce qui suppose, en particulier, d'identifier et de suivre un chemin de révision de la comptabilisation des opérations effectuées ;
- la vérification de la conformité des écritures aux principes comptables généraux, de la pertinence et de la permanence des méthodes, de l'exhaustivité du recensement des passifs et du caractère raisonnable

---

<sup>68</sup> Dans le cadre de la certification des comptes du régime général de l'exercice 2019, huit normes n'ont pas trouvé à s'appliquer, pour tout ou partie de leurs dispositions : ISA 210 « *Accord sur les termes des missions d'audit* » ; ISA 220 « *Contrôle qualité d'un audit d'états financiers* » et ISQC 1 « *Contrôle qualité des cabinets réalisant des missions d'audit ou d'examen limité d'états financiers et d'autres missions d'assurance et de services connexes* » ; ISA 510 « *Missions d'audit initiale – Soldes d'ouverture* » ; ISA 570 « *Continuité de l'exploitation* » ; ISA 800 « *Aspects particuliers : audits d'états financiers établis conformément à des référentiels à caractère spécifique* » ; ISA 805 « *Aspects particuliers : audits d'états financiers pris isolément et d'éléments, de comptes ou de rubriques spécifiques d'un état financier* » ; ISA 810 « *Missions ayant pour but d'émettre un rapport sur des états financiers résumés* ».

des enregistrements comptables qui résultent d'une estimation, afin de s'assurer de la correcte détermination du résultat de l'exercice ;

- l'évaluation de la fréquence et de l'incidence financière des erreurs qui affectent les opérations effectuées du fait d'écarts des règles de gestion, automatisées ou non, par rapport aux règles de droit ou d'erreurs dans l'application des règles de gestion elles-mêmes ;
- l'évaluation de la qualité de l'information financière procurée par les états financiers, y compris l'annexe aux comptes.

En application de l'article R. 114-6-1 du code de la sécurité sociale, ces comptes – qui comprennent chacun un bilan, un compte de résultat et une annexe – sont établis par le directeur comptable et financier et arrêtés par le directeur, puis présentés au conseil d'administration pour approbation.

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 que si des mesures législatives et réglementaires l'exigent. Le plan comptable en vigueur a été fixé par un arrêté interministériel du 24 février 2010.

Les comptes annuels des organismes locaux ne sont pas soumis à une procédure de certification par un auditeur externe. Sur le fondement des articles L. 114-6 et D. 114-4-2 du code de la sécurité sociale, le directeur comptable et financier national les valide, en attestant qu'ils sont réguliers et sincères et donnent une image fidèle de leur situation financière et de leur patrimoine. À cette fin, il effectue des audits et des contrôles.

En raison du rôle central du régime général dans le financement des organismes sociaux, la Cour audite les flux et les soldes notifiés à des attributaires significatifs, y compris extérieurs au régime général (comme l'Unédic). Elle examine également la répartition, entre les différents régimes d'assurance maladie, des dotations et forfaits alloués aux établissements publics de santé et aux établissements et services médico-sociaux.

Compte tenu de la nature des missions et des sources de financement du fonds de solidarité vieillesse (FSV), la Cour audite de fait la totalité des produits et plus de 90 % des charges de cet organisme. Elle examine par ailleurs les opérations effectuées pour le compte de l'État ou d'autres organismes de protection sociale et comptabilisées en comptes de tiers.

Dans le cadre de l'application de l'article L. 141-10 du code des juridictions financières, la Cour communique aux commissaires aux comptes de plusieurs organismes<sup>69</sup> des éléments d'appréciation sur les opérations effectuées par le régime général de sécurité sociale pour le compte de ces entités, ou en lien avec elles s'agissant du recouvrement des prélèvements sociaux et de la

---

<sup>69</sup> La CNDSSSTI, l'Unédic, l'Association pour la gestion du régime de garantie des créances des salariés (AGS), la CIPAV, l'Association de gestion du fonds paritaire national (AGFPN).

répartition des dotations hospitalières et médico-sociales entre les régimes d'assurance maladie.

En raison des relations financières de ces régimes avec le régime général et à la suite de la mise en place, en 2016, de la protection universelle maladie puis de l'intégration au régime général, en 2018, des travailleurs indépendants non agricoles, la Cour est rendue destinataire par les commissaires aux comptes de la caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA) et par ceux de la caisse nationale déléguée pour la sécurité sociale des travailleurs indépendants (CNDSSTI) d'éléments d'appréciation sur le contrôle interne déployé par ces organismes.

Au titre de la compensation aux régimes de retraite complémentaire de la réduction générale de cotisations, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2019, la Cour est par ailleurs rendue destinataire d'une attestation des commissaires aux comptes de l'AGIRC-ARRCO.

La Cour a conduit ses travaux dans les organismes nationaux et dans une sélection d'organismes de base, sur place et sur pièces<sup>70</sup>. Des réunions régulières ont permis d'accompagner les organismes nationaux des différentes branches dans la formalisation et le suivi de trajectoires pluriannuelles de levée des réserves. Des échanges ont eu lieu avec la direction de la sécurité sociale, la direction du budget et la DGFIP.

## XI. Les vérifications intermédiaires

Réalisées de juillet à décembre, les missions intermédiaires ont permis d'apprécier la capacité des dispositifs de contrôle interne, mis en œuvre par les services ordonnateurs et par les agences comptables dans les organismes nationaux et dans les organismes de base, à prévenir les risques d'erreurs significatives dans les comptes et à en assurer la correction.

---

<sup>70</sup> Pour les **branches maladie et AT-MP**, les CPAM de Seine-Saint-Denis, de Midi-Pyrénées, des Hauts-de-Seine, de Lille-Douai, du Tarn-et-Garonne, du Morbihan, la CARSAT de Midi-Pyrénées, la CRAMIF et le Centre de traitement informatique d'Île-de-France. Des entretiens ont été réalisés dans les échelons locaux des services médicaux (Seine-Saint-Denis et Midi-Pyrénées). Pour la **branche famille**, les CAF de Vaucluse, de Seine-Maritime, de Loire-Atlantique, du Nord, des Hauts-de-Seine et de la Marne, ainsi que le centre de sécurité informatique de la CNAF situé à Nice Sophia Antipolis. Pour la **branche vieillesse**, la CNAV en Île-de-France, la CARSAT Midi-Pyrénées et la CARSAT Bretagne. Pour l'**activité de recouvrement**, les URSSAF d'Île-de-France, du Languedoc-Roussillon et du Nord-Pas-de-Calais.

Les dispositifs de contrôle interne propres aux systèmes d'information ont également été audités, afin d'évaluer la portée des risques informatiques. La Cour a examiné les procédures de validation des développements informatiques, la gestion des incidents informatiques, celle de la sécurité informatique et celle des habilitations.

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 ciblés :

- pour l'activité de recouvrement, ont été audités le traitement informatique de répartition des produits entre les attributaires et les modalités de calcul de trois estimations comptables<sup>71</sup> ;
- pour la branche vieillesse, un audit a été réalisé sur la gestion de la sécurité informatique et sur la gestion des incidents survenus dans ce domaine. Un premier bilan de l'application du Règlement général pour la protection des données (RGPD) a été dressé ;
- pour les branches maladie et AT-MP, un audit a porté sur la sécurité informatique et sur l'application des dispositions du RGPD ;
- pour la branche famille, le processus de gestion des changements législatifs et réglementaires dans les systèmes d'information et le processus de gestion des incidents ont été examinés.

Par ailleurs, la Cour a examiné l'organisation de la fonction d'audit interne, les thèmes couverts par les audits récents, les résultats de ces audits et les suites données aux recommandations des auditeurs internes.

À l'issue des missions intermédiaires et sur le fondement de l'article R. 143-20 du code des juridictions financières, le président de la sixième chambre de la Cour a adressé aux directeurs des organismes nationaux du régime général de sécurité sociale et à leurs administrations de tutelle (direction de la sécurité sociale et direction du budget), le 12 décembre 2019, des communications présentant des constats provisoires et des préconisations au regard de ces derniers.

Les rapporteurs de la Cour ont transmis le même jour aux organismes nationaux et à leurs administrations de tutelle, sur le fondement de l'article R. 143-19 du code précité, des notes de synthèse détaillant les constats provisoires découlant des vérifications opérées.

---

<sup>71</sup> Dépréciations de créances, provisions pour réductions de produits et produits à recevoir.



## **XII. Les vérifications finales**

Les vérifications finales ont permis à la Cour de compléter l'appréciation portée sur les dispositifs de contrôle interne et d'examiner les flux d'opérations retracés dans les comptes, les soldes des comptes en fin de période et les informations fournies par les états financiers.

La Cour a, en particulier, analysé la consolidation nationale des résultats des contrôles effectués par les services de l'ordonnateur et ceux des agences comptables des organismes de base des différents réseaux, en vue d'apprécier l'exhaustivité et l'exactitude des enregistrements comptables issus des différents processus de recouvrement des prélèvements sociaux et de versement des prestations.

Les mesures du risque financier résiduel qui affecte les principales prestations légales mises en paiement et comptabilisées par les différentes branches, qui rendent compte de l'efficacité du contrôle interne, ont notamment été vérifiées au moyen de tests permettant d'apprécier la fiabilité du calcul des indicateurs correspondants.

En application de l'arrêté du 24 décembre 2014 fixant le calendrier d'établissement des comptes annuels des organismes de sécurité sociale, les versions provisoires des comptes de résultat et des bilans ont été communiquées à la Cour le 24 février et les versions définitives le 16 mars 2020.

La Cour a recueilli auprès de chacun des organismes nationaux, le 24 février 2020, les déclarations de la direction prévues par la norme internationale d'audit ISA 580, portant sur des points susceptibles d'affecter ses positions sur les comptes, tels que les écarts entre les règles de gestion et les règles de droit applicables, les anomalies et incidents informatiques non résolus, les risques juridiques et les fraudes internes.

Les travaux de validation des comptes des organismes de base par les agences comptables des organismes nationaux et leurs résultats ont été évalués, la norme ISA 610 reconnaissant à l'auditeur la faculté de les utiliser pour ses propres travaux. La justification des opérations comptabilisées et la correcte application par les organismes des réseaux des traitements comptables fixés par le niveau national ont été vérifiées, ainsi que la correcte comptabilisation par les caisses nationales des notifications de l'ACOSS.

Plus largement, la Cour a examiné la correcte répartition entre les tributaires des produits, des encaissements et des charges de prélèvements sociaux et d'impôts et de taxes, ainsi que la réciprocité des créances et des dettes avec l'État.

Le processus de combinaison des comptes des organismes appartenant au périmètre des différentes branches et de l'activité de recouvrement a été audité afin d'en apprécier la fiabilité. Ont été examinées la détermination des

estimations comptables de dépréciations, provisions, charges à payer et produits à recevoir et les feuilles de calcul sous-tendant les principales estimations.

Les règles d'élaboration et de présentation des bilans et des comptes de résultat ont été examinées, pour s'assurer du respect des principes comptables, notamment ceux de comptabilisation en droits constatés, d'indépendance des exercices et de non-compensation entre les charges et les produits, et entre les dettes et les créances.

Durant les vérifications opérées sur les comptes du régime général pour l'exercice 2019, 31 observations d'audit ont été adressées aux producteurs des comptes (30 au titre des comptes de 2018). Plusieurs de ces observations comportaient des demandes d'ajustements des comptes, pour les montants suivants.

Corrections demandées (en M€)	Nature des incidences sur les comptes	Corrections prises en compte (en M€)
693	Hausse du résultat du régime général	69
153	Baisse du résultat de la branche vieillesse et hausse de celui de la branche maladie	-
5 645	Reclassements sans incidence sur les résultats du régime général	1 245

La Cour a vérifié la qualité de l'information financière présentée dans les annexes aux comptes, dont les projets lui ont été transmis pour audit jusqu'au 10 avril 2020.

#### **Les incidences de la crise sanitaire sur les missions finales**

Au cours des missions finales, la Cour a pris en compte, dans l'exercice de sa mission de certification des comptes de l'exercice 2019, le contexte créé par la crise sanitaire et les contraintes qui en ont résulté pour les organismes et leurs administrations de tutelle.

Survenue postérieurement à la clôture de l'exercice 2019, la crise sanitaire n'a pas nécessité d'ajustement des montants figurant au 31 décembre 2019 dans les comptes des branches et de l'activité de recouvrement et dans ceux des organismes nationaux du régime général.

La Cour a constaté que les annexes aux comptes faisaient état des mesures adoptées par les organismes du régime général dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire entré en vigueur le 24 mars 2020 et des principaux postes comptables qui en sont affectés.

En application de la norme ISA 580, les directeurs et les directeurs comptables et financiers des organismes nationaux ont transmis à la Cour, le 21 ou le 22 avril 2020, une lettre d'affirmation, par laquelle ils indiquent avoir satisfait à leurs responsabilités relatives à l'établissement des comptes,

communiqué toutes les informations pertinentes et utiles à l'auditeur et enregistré et traduit dans les comptes l'ensemble des opérations.

Le projet de rapport de certification a été contredit avec les organismes nationaux, avec la direction de la sécurité sociale et la direction du budget, ainsi qu'avec la DGFIP, pour les parties qui les concernent.

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, autres que la crise sanitaire, intervenus entre le 31 décembre 2019 et le 13 mai 2020, date d'approbation du rapport de certification du régime général par la chambre du conseil.



## **Annexes**

### **A. Les états financiers de l'exercice 2019**

Les états financiers de la CNAM, de la CNAF, de la CNAV et de l'ACOSS, comme ceux des branches maladie, accidents du travail et maladies professionnelles, famille et vieillesse et ceux de l'activité de recouvrement du régime général, consistent, pour chacune de ces entités, en un bilan, un compte de résultat et une annexe. Ces éléments forment un tout indissociable.

Les organismes nationaux du régime général portent leurs états financiers à la connaissance du public sur leurs sites internet. La Cour reproduit ci-après, pour l'information du lecteur et sous une forme synthétique, les bilans et les comptes de résultat combinés des branches et de l'activité de recouvrement du régime général. Les annexes ne sont pas reprises, compte tenu de leur volume.

À la suite de la suppression du régime social des indépendants, les bilans et comptes de résultat de l'activité de recouvrement, de la branche maladie et de la branche vieillesse intègrent, en 2019 comme l'exercice précédent, les comptes retraçant l'activité qu'ont exercée la Caisse nationale et les caisses locales déléguées pour la sécurité sociale des travailleurs indépendant au titre du concours apporté durant cet exercice aux caisses du régime général.

En 2019, le régime général de sécurité sociale a enregistré, toutes branches confondues, un déficit de 0,4 Md€ (contre un excédent de 0,5 Md€ en 2018), inférieur de 2,7 Md€ au déficit prévu par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020 (-3,1 Md€).

Par rapport à l'exercice précédent, le déficit de la branche maladie s'est aggravé, passant de 0,7 Md€ à 1,5 Md€. L'excédent de la branche vieillesse (0,2 Md€ en 2018) a fait place à un déficit d'1,4 Md€. À l'inverse, les excédents de la branche accidents du travail-maladies professionnelles et de la branche famille ont augmenté, pour atteindre 1 Md€ (contre 0,7 Md€ en 2018) et 1,5 Md€ (0,5 Md€ en 2018), respectivement.



<b>Bilan résumé - Activité de recouvrement</b>					
<b>ACTIF (en M€)</b>	<b>2019</b>			<b>2018</b>	<b>Variation</b>
	<b>Brut</b>	<b>Amortissements et dépréciations</b>	<b>Net</b>	<b>publié</b> <b>Net</b>	
<b>ACTIF IMMOBILISE</b>					
Immobilisations incorporelles	339,3	160,1	179,2	154,9	15,6%
Immobilisations corporelles	857,9	496,8	361,2	357,5	1,0%
Immobilisations financières	4 068,5	0,1	4 068,4	3 862,3	5,3%
<b>TOTAL DE L'ACTIF IMMOBILISE</b>	<b>5 265,7</b>	<b>657,0</b>	<b>4 608,7</b>	<b>4 374,8</b>	<b>5,3%</b>
<b>ACTIF CIRCULANT</b>					
Créances à l'égard des cotisants	62 139,0	20 413,7	41 725,2	43 341,3	-3,7%
Cotisants douteux ou litigieux	26 778,1	20 413,7	6 364,4	6 588,1	-3,4%
Cotisants : produits à recevoir	35 360,9	0,0	35 360,9	36 753,1	-3,8%
Créances sur l'Etat et entités publiques	11 521,0	0,0	11 521,0	6 964,4	65,4%
Etat et entités publiques	11 423,0	0,0	11 423,0	6 637,2	72,1%
Créances à l'égard des entités publiques (PAFAR)	97,9	0,0	97,9	85,6	14,3%
Entités publiques	0,1	0,0	0,1	241,5	-100,0%
Créances sur les organismes et autres régimes de sécurité sociale	28 657,4	0,0	28 657,4	23 905,6	19,9%
Comptes courants des Caisses Nationales	25 230,0	0,0	25 230,0	20 983,6	20,2%
CNAM Maladie	21 130,2	0,0	21 130,2	20 517,0	3,0%
CNAV	4 099,8	0,0	4 099,8	56,6	7140,4%
Créances à l'égard des autres organismes et régimes (PAFAR)	7,8	0,0	7,8	7,8	0,0%
Créances à l'égard des Caisses Nationales du RG (hors PAFAR)	755,7	0,0	755,7	1 277,0	-40,8%
Autres organismes et régimes	2 663,9	0,0	2 663,9	1 637,2	62,7%
Créances au titre de la gestion administrative	6,1	0,0	6,1	6,1	0,6%
Disponibilités	1 482,4	0,0	1 482,4	2 153,9	-31,2%
Débiteurs divers	134,8	1,1	133,7	119,0	12,3%
Comptes transitoires ou d'attente	126,8	0,0	126,8	80,1	58,4%
Charges constatées d'avance	54,1	0,0	54,1	40,2	34,4%
<b>TOTAL DE L'ACTIF CIRCULANT</b>	<b>104 121,6</b>	<b>20 414,9</b>	<b>83 706,7</b>	<b>76 909,9</b>	<b>8,8%</b>
<b>TOTAL ACTIF</b>	<b>109 387,2</b>	<b>21 071,8</b>	<b>88 315,4</b>	<b>81 284,7</b>	<b>8,6%</b>
<b>PASSIF (en M€)</b>					
			<b>2019</b>	<b>2018</b>	<b>Variation</b>
				<b>publié</b>	
<b>CAPITAUX PROPRES</b>					
Dotations, apports			45,4	45,5	-0,1%
Réserves combinées			416,8	434,6	-4,1%
Report à nouveau			-0,7	0,0	-
Résultat de l'exercice (excédent ou déficit)			-17,8	-17,8	0,0%
Subventions d'investissement			0,1	0,1	-7,1%
<b>TOTAL DES CAPITAUX PROPRES</b>			<b>444,0</b>	<b>462,5</b>	<b>-4,0%</b>
<b>PROVISIONS</b>					
Provisions au titre de la gestion administrative			25,0	25,4	-1,6%
Provisions au titre de la gestion du recouvrement			3 748,2	3 987,1	-6,0%
Autres provisions pour charges			30,0	25,3	18,6%
<b>TOTAL DES PROVISIONS</b>			<b>3 803,2</b>	<b>4 037,8</b>	<b>-5,8%</b>
<b>DETTES FINANCIERES</b>					
Dépôts reçus d'autres organismes de sécurité sociale (<1 an)			403,9	369,5	9,3%
Prêts Caisse des dépôts et consignations (<1 an)			0,2	0,2	-2,1%
Billets de trésorerie / Neu Commercial Papers			6 742,1	5 215,0	29,3%
Euro commercial papers			19 792,8	17 878,5	10,7%
Autres			1,6	1,7	-4,2%
<b>TOTAL DES DETTES FINANCIERES</b>			<b>26 940,6</b>	<b>23 464,9</b>	<b>14,8%</b>
<b>PASSIF CIRCULANT</b>					
Dettes à l'égard des cotisants			1 657,4	1 736,9	-4,6%
Dettes à l'égard de l'Etat et entités publiques			2 712,9	3 452,9	-21,4%
Dettes à l'égard d'organismes et autres régimes de sécurité sociale			45 739,7	42 741,0	7,0%
Compte de suivi financier CCMSA			205,2	0,0	-
Compte de suivi financier Fonds CMU			386,3	109,9	251,4%
Dettes au titre de la gestion administrative			222,3	231,0	-3,8%
Créditeurs divers			3 959,5	4 096,6	-3,3%
Comptes transitoires ou d'attente			1 317,3	254,4	417,8%
Instruments financiers			350,2	68,3	413,1%
Produits constatés d'avance			576,9	628,4	-8,2%
<b>TOTAL DES AUTRES DETTES</b>			<b>57 127,7</b>	<b>53 319,6</b>	<b>7,1%</b>
<b>TOTAL PASSIF</b>			<b>88 315,4</b>	<b>81 284,7</b>	<b>8,6%</b>

## Compte de résultat résumé - Activité de recouvrement

PRODUITS (en M€)	2019	2018 <i>publié</i>	Variation
<b>PRODUITS DE GESTION TECHNIQUE</b>			
Cotisations, impôts et produits affectés	438 534,4	418 083,0	4,9%
Cotisations sociales	206 575,7	217 765,1	-5,1%
Cotisations prises en charge par l'Etat	5 149,9	5 706,6	-9,8%
Cotisations prises en charge par la sécurité sociale	1 601,9	1 520,6	5,3%
Impôts : contribution sociale généralisée	126 753,6	125 355,1	1,1%
Impôts et taxes affectés	90 443,7	53 722,8	68,4%
Autres impôts et taxes affectés	15,6	6 333,6	-99,8%
Autres cotisations et contributions affectées	330,0	267,6	23,3%
Contribution au remboursement de la dette sociale	7 664,2	7 411,7	3,4%
Produits techniques	5 268,5	5 324,8	-1,1%
Transferts de charges	3 607,9	3 885,8	-7,2%
Reprises sur provisions pour charges techniques et pour dépréciation	1 189,7	1 636,3	-27,3%
<b>TOTAL PRODUITS DE GESTION TECHNIQUE</b>	<b>448 600,5</b>	<b>428 930,0</b>	<b>4,6%</b>
<b>PRODUITS DE GESTION COURANTE</b>			
Ventes de produits et prestations de services	295,2	254,2	16,1%
Production immobilisée	46,0	34,0	35,5%
Divers produits de gestion courante	28,9	25,5	13,2%
Contribution des caisses nationales du régime général	860,8	917,6	-6,2%
Reprises sur amortissements, prov. pour risque et dépréciation	22,1	29,3	-24,6%
<b>TOTAL PRODUITS DE GESTION COURANTE</b>	<b>1 253,0</b>	<b>1 260,6</b>	<b>-0,6%</b>
<b>PRODUITS FINANCIERS</b>			
<b>TOTAL PRODUITS FINANCIERS</b>	<b>176,7</b>	<b>178,1</b>	<b>-0,8%</b>
<b>PRODUITS EXCEPTIONNELS</b>			
<b>TOTAL PRODUITS EXCEPTIONNELS</b>	<b>113,8</b>	<b>129,6</b>	<b>-12,2%</b>
<b>TOTAL PRODUITS</b>	<b>450 144,0</b>	<b>430 498,4</b>	<b>4,6%</b>
<b>CHARGES (en M€)</b>			
<b>CHARGES DE GESTION TECHNIQUE</b>			
Transferts de produits	438 613,5	415 480,9	5,6%
CNAM	216 668,8	210 522,7	2,9%
CNAF	50 473,0	49 781,6	1,4%
CNAV	106 986,8	105 167,9	1,7%
Autres attributaires	64 484,8	50 008,8	28,9%
Pertes sur créances irrécouvrables	2 463,2	2 502,0	-1,6%
Frais d'assiette et de rec. au titre de recettes recouvrées par l'Etat	693,3	648,9	6,8%
Compensation exonérations salariales UNEDIC	0,0	9 630,2	-100,0%
Compensation réduction générale chômage UNEDIC	943,1	0,0	-
Solde compensation réduction générale UNEDIC	199,1	0,0	-
Compensation réduction générale retraite complémentaire AGIRC-ARRCO	5 279,7	0,0	-
Solde compensation réduction générale AGIRC-ARRCO	34,7	0,0	-
Dotations aux provisions et dépréciations pour les charges techniques	483,8	777,7	-37,8%
<b>TOTAL CHARGES DE GESTION TECHNIQUE</b>	<b>448 710,3</b>	<b>429 039,7</b>	<b>4,6%</b>
<b>CHARGES DE GESTION COURANTE</b>			
Achats	13,1	12,8	2,5%
Autres charges externes	224,3	227,6	-1,5%
Impôts, taxes et versements assimilés	85,0	84,0	1,2%
Charges de personnel	766,8	770,1	-0,4%
Diverses charges de gestion courante	86,4	113,9	-24,2%
Dotations aux amortissements et provisions	94,6	86,0	10,0%
<b>TOTAL CHARGES DE GESTION COURANTE</b>	<b>1 270,2</b>	<b>1 294,5</b>	<b>-1,9%</b>
<b>CHARGES FINANCIERES</b>			
<b>TOTAL CHARGES FINANCIERES</b>	<b>176,7</b>	<b>178,1</b>	<b>-0,8%</b>
<b>CHARGES EXCEPTIONNELLES</b>			
<b>TOTAL CHARGES EXCEPTIONNELLES</b>	<b>4,5</b>	<b>3,8</b>	<b>20,3%</b>
<b>TOTAL DES CHARGES</b>	<b>450 161,7</b>	<b>430 516,1</b>	<b>4,6%</b>
<b>RESULTAT NET DE L'EXERCICE</b>	<b>-17,8</b>	<b>-17,8</b>	<b>0,0%</b>



## Bilan résumé - Branche Maladie

ACTIF (en M€)	2019			2018	2018	Variation
	Brut	Amortissements et dépréciations	Net	Pro forma	Publié	
<b>ACTIF IMMOBILISE</b>						
Immobilisations incorporelles	1 313,0	895,2	417,8	386,4	386,2	8,1%
Immobilisations corporelles	3 575,0	2 028,4	1 546,6	1 584,6	1 543,7	-2,4%
Immobilisations financières	1 009,4	0,8	1 008,5	1 052,0	1 050,6	-4,1%
<b>TOTAL ACTIF IMMOBILISE</b>	<b>5 897,4</b>	<b>2 924,5</b>	<b>2 973,0</b>	<b>3 022,9</b>	<b>2 980,6</b>	<b>-1,7%</b>
<b>ACTIF CIRCULANT</b>						
Stock et en-cours	0,3		0,3	0,4	0,4	-27,3%
Créances d'exploitation	42 808,5	10 157,5	32 651,1	33 577,2	33 589,1	-2,8%
Fournisseurs, intermédiaires soc et prest débiteurs	5 488,9	1 600,3	3 888,6	3 882,2	3 882,2	0,2%
Clients, cotisants et comptes rattachés	27 499,2	8 557,1	18 942,0	22 955,1	23 032,1	-17,5%
Personnel et comptes rattachés	11,7		11,7	8,8	8,8	33,0%
Sécurité sociale et autres organismes sociaux	14,9		14,9	15,4	15,4	-3,3%
Entités publiques	7 818,5		7 818,5	3 275,0	3 275,0	138,7%
Organismes et autres régimes de sécurité sociale	1 975,3		1 975,3	3 440,6	3 375,5	-42,6%
Débiteurs divers	2 602,3	120,8	2 481,5	2 557,0	2 557,0	-3,0%
Comptes transitoires et d'attente	110,5		110,5	108,5	108,5	1,8%
Charges constatées d'avance	30,3		30,3	18,6	18,6	62,9%
Disponibilités	6,7		6,7	11,0	11,0	-39,4%
<b>TOTAL ACTIF CIRCULANT</b>	<b>45 558,7</b>	<b>10 278,3</b>	<b>35 280,4</b>	<b>36 272,7</b>	<b>36 284,7</b>	<b>-2,7%</b>
<b>TOTAL ACTIF</b>	<b>51 456,1</b>	<b>13 202,7</b>	<b>38 253,4</b>	<b>39 295,7</b>	<b>39 265,2</b>	<b>-2,7%</b>
<b>PASSIF (en M€)</b>						
<b>CAPITAUX PROPRES</b>						
Dotations, apports et réserves			2 110,1	2 135,5	2 135,5	-1,2%
Report à nouveau			-14 882,4	-14 036,6	-13 998,2	-6,0%
Résultat net de l'exercice			-1 465,6	-845,7	-732,1	-73,3%
Subventions d'investissement, provisions réglementées			5,5	7,1	7,1	-21,9%
<b>TOTAL CAPITAUX PROPRES</b>			<b>-14 232,3</b>	<b>-12 739,8</b>	<b>-12 587,7</b>	<b>-11,7%</b>
<b>PROVISIONS</b>						
Provisions pour risques et charges de gestion courante			63,3	66,4	66,4	-4,6%
Provisions pour risques et charges de gestion technique			9 530,3	9 833,6	9 496,8	-3,1%
Autres provisions pour charges			119,8	125,2	125,2	-4,3%
<b>TOTAL PROVISIONS</b>			<b>9 713,4</b>	<b>10 025,1</b>	<b>9 688,3</b>	<b>-3,1%</b>
<b>DETTES FINANCIERES</b>						
<b>TOTAL DETTES FINANCIERES</b>			<b>514,0</b>	<b>398,6</b>	<b>398,6</b>	<b>28,9%</b>
<b>AUTRES DETTES</b>						
Cotisants et clients créditeurs			1 242,9	1 444,8	1 444,8	-14,0%
Fournisseurs			197,3	125,3	125,3	57,5%
Prestataires-versements directs aux assurés et allocataires			57,0	38,0	38,0	49,9%
Prestataires-versements à des tiers			902,2	901,9	901,9	0,0%
Personnel et comptes rattachés			320,9	315,7	315,7	1,6%
Sécurité sociale et autres organismes sociaux			189,8	219,6	219,6	-13,6%
Entités publiques			994,4	496,9	496,9	100,1%
Organismes et autres régimes de sécurité sociale			24 448,8	25 524,4	25 678,7	-4,2%
Créditeurs divers			11 997,9	11 035,5	11 035,5	8,7%
Comptes transitoires ou d'attente			1 878,9	1 482,6	1 482,6	26,7%
Produits constatés d'avance			28,2	27,0	27,0	4,5%
<b>TOTAL AUTRES DETTES</b>			<b>42 258,3</b>	<b>41 611,8</b>	<b>41 766,0</b>	<b>1,6%</b>
<b>TOTAL PASSIF</b>			<b>38 253,4</b>	<b>39 295,7</b>	<b>39 265,2</b>	<b>-2,7%</b>

## Compte de résultat résumé - Branche Maladie

PRODUITS (en M€)	2019	2018 <i>Pro forma</i>	2018 Publié	Variation
<b>PRODUITS DE GESTION TECHNIQUE</b>				
Cotisations, impôts et produits affectés	201 665,9	196 307,1	196 392,8	2,7%
Cotisations sociales	69 707,0	83 334,9	83 411,9	-16,4%
Cotisations prises en charge par l'Etat	2 063,0	2 461,3	2 461,3	-16,2%
Cotisations prises en charge par la sécurité sociale	1 415,4	1 317,8	1 317,8	7,4%
Produits versés par une entité publique	928,2	918,2	926,9	1,1%
Contribution sociale généralisée (CSG)	68 559,2	89 588,4	89 588,4	-23,5%
Impôts et taxes affectés	58 694,9	18 460,5	18 460,5	217,9%
Autres impôts et taxes affectés	-1,9	-4,6	-4,6	58,0%
Autres cotisations et contributions affectées	300,1	230,5	230,5	30,2%
Produits techniques	20 511,9	19 946,5	19 946,5	2,8%
Divers produits techniques	4 614,1	4 184,7	3 176,6	10,3%
Reprises sur provisions et dépréciations	8 524,8	8 393,9	8 013,3	1,6%
<b>TOTAL PRODUITS DE GESTION TECHNIQUE</b>	<b>235 316,7</b>	<b>228 832,3</b>	<b>227 529,2</b>	<b>2,8%</b>
<b>PRODUITS DE GESTION COURANTE</b>				
<b>TOTAL PRODUITS DE GESTION COURANTE</b>	<b>388,4</b>	<b>364,2</b>	<b>361,0</b>	<b>6,6%</b>
<b>PRODUITS FINANCIERS</b>				
<b>TOTAL PRODUITS FINANCIERS</b>	<b>128,1</b>	<b>126,0</b>	<b>126,0</b>	<b>1,7%</b>
<b>PRODUITS EXCEPTIONNELS</b>				
<b>TOTAL PRODUITS EXCEPTIONNELS</b>	<b>109,2</b>	<b>129,1</b>	<b>129,1</b>	<b>-15,4%</b>
<b>TOTAL DES PRODUITS</b>	<b>235 942,4</b>	<b>229 451,5</b>	<b>228 145,2</b>	<b>2,8%</b>
<b>CHARGES (en M€)</b>				
<b>CHARGES DE GESTION TECHNIQUE</b>				
Prestations sociales	186 683,4	181 933,0	175 829,5	2,6%
Prestations légales	185 712,0	180 922,3	174 818,9	2,6%
Prestations extra-légales : action sanitaire et sociale	122,3	124,2	124,2	-1,5%
Autres prestations	849,1	886,5	886,5	-4,2%
Charges techniques, transferts, subventions et contributions dont :	35 556,7	33 039,9	38 062,4	7,6%
Compensations	9 739,4	8 300,6	8 265,2	17,3%
Prise en charge cotisations	2 298,7	2 174,9	2 174,9	5,7%
Contributions versées à la CNSA	18 823,5	18 309,6	18 309,6	2,8%
Autres charges techniques	4 695,1	4 254,5	4 254,5	10,4%
Diverses charges techniques	1 698,9	1 452,7	1 452,7	17,0%
Dotations aux provisions pour charges techniques	8 092,2	8 294,7	7 958,9	-2,4%
<b>TOTAL CHARGES DE GESTION TECHNIQUE</b>	<b>232 031,3</b>	<b>224 720,3</b>	<b>223 303,6</b>	<b>3,3%</b>
<b>CHARGES DE GESTION COURANTE</b>				
Achats et charges externes	753,7	801,8	801,8	-6,0%
Impôts et taxes	335,4	342,6	342,6	-2,1%
Charges de personnel	3 201,0	3 338,3	3 338,3	-4,1%
Diverses charges de gestion courante	730,3	738,3	738,3	-1,1%
Dotations aux amortissements, aux dépréciations et aux provisions	316,0	322,0	318,8	-1,9%
<b>TOTAL CHARGES DE GESTION COURANTE</b>	<b>5 336,4</b>	<b>5 543,0</b>	<b>5 539,7</b>	<b>-3,7%</b>
<b>CHARGES FINANCIERES</b>				
<b>TOTAL CHARGES FINANCIERES</b>	<b>15,7</b>	<b>10,7</b>	<b>10,7</b>	<b>46,9%</b>
<b>CHARGES EXCEPTIONNELLES</b>				
<b>TOTAL CHARGES EXCEPTIONNELLES</b>	<b>24,5</b>	<b>23,1</b>	<b>23,1</b>	<b>5,9%</b>
<b>IMPOTS SUR LES BENEFICES ET ASSIMILES</b>				
<b>TOTAL IMPOTS SUR LES BENEFICES ET ASSIMILES</b>	<b>0,1</b>	<b>0,2</b>	<b>0,2</b>	<b>-54,8%</b>
<b>TOTAL DES CHARGES</b>	<b>237 408,0</b>	<b>230 297,2</b>	<b>228 877,3</b>	<b>3,1%</b>
<b>RESULTAT NET DE L'EXERCICE</b>	<b>-1 465,6</b>	<b>-845,7</b>	<b>-732,1</b>	<b>-73,3%</b>

## Bilan résumé - Branche AT-MP

ACTIF (en MC)	2019			2018	2018	Variation
	Brut	Amortissements et dépréciations	Net	<i>Pro forma</i>	Publié	
<b>ACTIF IMMOBILISE</b>						
Immobilisations incorporelles	179,9	118,1	61,8	55,4	55,3	11,6%
Immobilisations corporelles	439,5	251,0	188,5	187,0	186,2	0,8%
Immobilisations financières	28,4	0,0	28,4	30,2	30,2	-6,1%
<b>TOTAL ACTIF IMMOBILISE</b>	<b>647,7</b>	<b>369,1</b>	<b>278,6</b>	<b>272,6</b>	<b>271,8</b>	<b>2,2%</b>
<b>ACTIF CIRCULANT</b>						
Stock et en-cours	0,0		0,0	0,0	0,0	-23,9%
Créances d'exploitation	7 459,8	1 587,6	5 872,1	4 740,6	4 685,0	23,9%
Fournisseurs, intermédiaires soc et prest débiteurs	989,2	579,6	409,6	392,8	392,8	4,3%
Clients, cotisants et comptes rattachés	2 677,6	1 008,0	1 669,6	1 643,0	1 643,0	1,6%
Personnel et comptes rattachés	1,7		1,7	1,4	1,4	17,7%
Sécurité sociale et autres organismes sociaux	1,9		1,9	1,8	1,8	7,1%
Entités publiques	19,0		19,0	18,6	18,6	2,1%
Organismes et autres régimes de sécurité sociale	3 770,4		3 770,4	2 683,1	2 627,5	40,5%
Débiteurs divers	24,9	0,0	24,9	24,6	24,6	1,4%
Comptes transitoires et d'attente	150,9		150,9	124,4	124,4	21,3%
Charges constatées d'avance	10,3		10,3	10,2	10,2	0,7%
Disponibilités	14,8		14,8	16,5	16,5	-10,4%
<b>TOTAL ACTIF CIRCULANT</b>	<b>7 660,7</b>	<b>1 587,6</b>	<b>6 073,1</b>	<b>4 916,4</b>	<b>4 860,8</b>	<b>23,5%</b>
<b>TOTAL ACTIF</b>	<b>8 308,5</b>	<b>1 956,8</b>	<b>6 351,7</b>	<b>5 189,0</b>	<b>5 132,6</b>	<b>22,4%</b>
<b>PASSIF (en MC)</b>						
<b>CAPITAUX PROPRES</b>						
Dotations, apports et réserves			115,5	115,5	115,5	0,0%
Report à nouveau			2 563,9	1 846,7	1 890,1	38,8%
Résultat net de l'exercice			975,3	717,2	661,2	36,0%
Subventions d'investissement, provisions réglementées			0,2	0,2	0,2	14,4%
<b>TOTAL CAPITAUX PROPRES</b>			<b>3 654,9</b>	<b>2 679,6</b>	<b>2 667,0</b>	<b>36,4%</b>
<b>PROVISIONS</b>						
Provisions pour risques et charges de gestion courante			10,3	11,6	11,6	-11,3%
Provisions pour risques et charges de gestion technique			1 366,5	1 180,0	1 179,7	15,8%
Autres provisions pour charges			24,0	31,7	31,7	-24,3%
<b>TOTAL PROVISIONS</b>			<b>1 400,8</b>	<b>1 223,3</b>	<b>1 223,0</b>	<b>14,5%</b>
<b>DETTES FINANCIERES</b>						
<b>TOTAL DETTES FINANCIERES</b>			<b>34,3</b>	<b>37,5</b>	<b>37,5</b>	<b>-8,6%</b>
<b>AUTRES DETTES</b>						
Cotisants et clients créditeurs			83,9	52,7	52,7	59,2%
Fournisseurs			24,2	21,0	21,0	15,3%
Prestataires-versements directs aux assurés et allocataires			4,2	4,3	4,3	-2,3%
Prestataires-versements à des tiers			29,2	28,9	28,9	0,9%
Personnel et comptes rattachés			57,3	55,8	55,8	2,6%
Sécurité sociale et autres organismes sociaux			35,5	40,2	40,2	-11,7%
Entités publiques			264,8	216,4	216,4	22,4%
Organismes et autres régimes de sécurité sociale			242,3	336,6	293,0	-28,0%
Créditeurs divers			470,0	468,4	468,4	0,3%
Comptes transitoires ou d'attente			50,2	24,2	24,2	107,3%
Produits constatés d'avance			0,0	0,0	0,0	-38,6%
<b>TOTAL AUTRES DETTES</b>			<b>1 261,8</b>	<b>1 248,7</b>	<b>1 205,1</b>	<b>1,0%</b>
<b>TOTAL PASSIF</b>			<b>6 351,7</b>	<b>5 189,0</b>	<b>5 132,6</b>	<b>22,4%</b>

## Compte de résultat résumé - Branche AT-MP

PRODUITS (en M€)	2019	2018 <i>Pro forma</i>	2018 Publié	Variation
<b>PRODUITS DE GESTION TECHNIQUE</b>				
Cotisations, impôts et produits affectés	12 972,4	12 573,4	12 573,6	3,2%
Cotisations sociales	12 864,3	12 482,4	12 482,4	3,1%
Cotisations prises en charge par l'Etat	98,6	83,5	83,5	18,1%
Produits versés par une entité publique	9,3	6,8	7,1	36,6%
Impôts et taxes affectés	0,1	0,7	0,7	-82,3%
Produits techniques	22,8	32,9	32,9	-30,6%
Divers produits techniques	497,4	468,5	468,5	6,2%
Reprises sur provisions et dépréciations	555,3	492,5	492,4	12,8%
<b>TOTAL PRODUITS DE GESTION TECHNIQUE</b>	<b>14 047,9</b>	<b>13 567,3</b>	<b>13 567,4</b>	<b>3,5%</b>
<b>PRODUITS DE GESTION COURANTE</b>				
<b>TOTAL PRODUITS DE GESTION COURANTE</b>	<b>38,2</b>	<b>30,2</b>	<b>30,1</b>	<b>26,6%</b>
<b>PRODUITS FINANCIERS</b>				
<b>TOTAL PRODUITS FINANCIERS</b>	<b>0,0</b>	<b>0,1</b>	<b>0,1</b>	<b>-44,5%</b>
<b>PRODUITS EXCEPTIONNELS</b>				
<b>TOTAL PRODUITS EXCEPTIONNELS</b>	<b>7,1</b>	<b>10,8</b>	<b>10,8</b>	<b>-34,3%</b>
<b>TOTAL DES PRODUITS</b>	<b>14 093,2</b>	<b>13 608,3</b>	<b>13 608,4</b>	<b>3,6%</b>

CHARGES (en M€)	2019	2018 <i>Pro forma</i>	2018 Publié	Variation
<b>CHARGES DE GESTION TECHNIQUE</b>				
Prestations sociales	9 223,3	8 922,8	8 963,6	3,4%
Prestations légales	8 756,0	8 463,8	8 504,5	3,5%
Prestations extra-légales : action sanitaire et sociale	2,2	2,5	2,5	-10,4%
Autres prestations	465,0	456,5	456,5	1,9%
Charges techniques, transferts, subventions et contributions dont :	899,2	988,7	1 004,3	-9,1%
Compensations	431,2	481,2	481,2	-10,4%
Contributions versées à la CNSA	9,1	14,7	14,7	-38,0%
Autres charges techniques	285,6	306,4	306,4	-6,8%
Diverses charges techniques	1 422,1	1 424,5	1 424,5	-0,2%
Dotations aux provisions pour charges techniques	706,3	660,2	659,9	7,0%
<b>TOTAL CHARGES DE GESTION TECHNIQUE</b>	<b>12 250,9</b>	<b>11 996,2</b>	<b>12 052,3</b>	<b>2,1%</b>
<b>CHARGES DE GESTION COURANTE</b>				
Achats et charges externes	81,5	79,2	79,2	2,8%
Impôts et taxes	62,6	63,2	63,2	-1,0%
Charges de personnel	580,9	597,4	597,4	-2,8%
Diverses charges de gestion courante	76,8	83,8	83,8	-8,4%
Dotations aux amortissements, aux dépréciations et aux provisions	41,7	53,8	53,8	-22,4%
<b>TOTAL CHARGES DE GESTION COURANTE</b>	<b>843,5</b>	<b>877,5</b>	<b>877,4</b>	<b>-3,9%</b>
<b>CHARGES FINANCIERES</b>				
<b>TOTAL CHARGES FINANCIERES</b>	<b>18,8</b>	<b>14,8</b>	<b>14,8</b>	<b>27,3%</b>
<b>CHARGES EXCEPTIONNELLES</b>				
<b>TOTAL CHARGES EXCEPTIONNELLES</b>	<b>4,7</b>	<b>2,6</b>	<b>2,6</b>	<b>79,8%</b>
<b>IMPOTS SUR LES BENEFICES ET ASSIMILES</b>				
<b>TOTAL IMPOTS SUR LES BENEFICES ET ASSIMILES</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>-35,2%</b>
<b>TOTAL DES CHARGES</b>	<b>13 118,0</b>	<b>12 891,1</b>	<b>12 947,2</b>	<b>1,8%</b>
<b>RESULTAT NET DE L'EXERCICE</b>	<b>975,3</b>	<b>717,2</b>	<b>661,2</b>	<b>36,0%</b>

## Bilan résumé - Branche Famille

ACTIF (en M€)	2019			2018	Variation
	Brut	Amortissements et dépréciations	Net	Net	
<b>ACTIF IMMOBILISE</b>					
Immobilisations incorporelles	253,9	191,7	62,2	49,8	24,8%
Immobilisations corporelles	2 205,5	1 245,4	960,1	937,1	2,5%
Immobilisations financières	298,9	7,2	291,8	308,4	-5,4%
<b>TOTAL ACTIF IMMOBILISE</b>	<b>2 758,3</b>	<b>1 444,3</b>	<b>1 314,0</b>	<b>1 295,3</b>	<b>1,4%</b>
<b>ACTIF CIRCULANT</b>					
Stock et en-cours	0,0	0,0	0,0	0,0	-
Créances d'exploitation	19 805,8	3 695,8	16 109,9	15 057,8	7,0%
Fournisseurs, intermédiaires soc et prest débiteurs	4 454,6	188,3	4 266,3	4 091,7	4,3%
Clients, cotisants et comptes rattachés	7 800,7	3 034,9	4 765,8	4 630,7	2,9%
Personnel de sécurité sociale	1,1	0,0	1,1	1,0	9,5%
Sécurité sociale et autres organismes sociaux	7,4	0,0	7,4	10,5	-29,5%
Entités publiques	6 346,5	0,0	6 346,5	6 107,0	3,9%
Organismes et autres régimes de sécurité sociale	641,4	28,0	613,4	127,7	380,3%
Débiteurs divers	554,1	444,7	109,4	89,2	22,6%
Comptes transitoires et d'attente	2,0	0,0	2,0	0,6	216,4%
Charges constatées d'avance	13,4	0,0	13,4	11,5	16,0%
Disponibilités	48,8	0,0	48,8	17,3	181,3%
<b>TOTAL ACTIF CIRCULANT</b>	<b>19 869,8</b>	<b>3 695,8</b>	<b>16 174,0</b>	<b>15 087,3</b>	<b>7,2%</b>
<b>TOTAL ACTIF</b>	<b>22 628,1</b>	<b>5 140,1</b>	<b>17 488,0</b>	<b>16 382,6</b>	<b>6,7%</b>
<b>PASSIF (en M€)</b>					
<b>CAPITAUX PROPRES</b>					
Dotations, apports et réserves			548,9	554,8	-1,1%
Report à nouveau			1 030,1	594,0	73,4%
Résultat net de l'exercice			1 524,6	450,4	238,5%
Subventions d'investissement, provisions réglementées			11,1	12,0	-7,2%
<b>TOTAL CAPITAUX PROPRES</b>			<b>3 114,8</b>	<b>1 611,2</b>	<b>93,3%</b>
<b>PROVISIONS</b>					
Provisions pour risques et charges de gestion courante			21,3	27,3	-22,1%
Provisions pour risques et charges de gestion technique			1 545,0	1 814,6	-14,9%
Autres provisions pour charges			53,0	50,1	5,8%
<b>TOTAL PROVISIONS</b>			<b>1 619,4</b>	<b>1 892,1</b>	<b>-14,4%</b>
<b>DETTES FINANCIERES</b>					
<b>TOTAL DETTES FINANCIERES</b>			<b>4 122,8</b>	<b>3 900,9</b>	<b>5,7%</b>
<b>AUTRES DETTES</b>					
Cotisants et clients créditeurs			373,6	308,9	20,9%
Fournisseurs			4 940,9	4 787,5	3,2%
Prestataires-versements directs aux assurés et			885,5	840,9	5,3%
Prestataires-versements à des tiers			434,3	662,8	-34,5%
Personnel et sécurité sociale			175,3	172,3	1,7%
Sécurité sociale et autres organismes sociaux			103,6	120,6	-14,1%
Entités publiques			298,6	213,8	39,6%
Organismes et autres régimes de sécurité sociale			1 339,4	1 801,8	-25,7%
Créditeurs divers			45,9	43,4	5,7%
Comptes transitoires ou d'attente			16,7	14,3	16,6%
Produits constatés d'avance			17,4	12,0	44,7%
<b>TOTAL AUTRES DETTES</b>			<b>8 631,0</b>	<b>8 978,4</b>	<b>-3,9%</b>
<b>TOTAL PASSIF</b>			<b>17 488,0</b>	<b>16 382,6</b>	<b>6,7%</b>

### Compte de résultat résumé - Branche Famille

PRODUITS (en M€)	2 019	2018	Variation
<b>PRODUITS DE GESTION TECHNIQUE</b>			
Cotisations, impôts et produits affectés	50 905,4	50 053,2	1,7%
Cotisations sociales	30 596,2	29 630,8	3,3%
Cotisations prises en charge par l'Etat	686,3	850,6	-19,3%
Cotisations prises en charge par la sécurité sociale	186,4	202,8	-8,1%
Contribution sociale généralisée (CSG)	12 014,0	10 478,7	14,7%
Impôts et taxes affectés	7 422,5	8 890,4	-16,5%
Produits techniques	16,1	14,3	12,6%
Divers produits techniques	162,2	134,1	21,0%
Reprises sur provisions et dépréciations	923,6	912,2	1,2%
<b>TOTAL PRODUITS DE GESTION TECHNIQUE</b>	<b>52 007,3</b>	<b>51 113,8</b>	<b>1,7%</b>
<b>PRODUITS DE GESTION COURANTE</b>			
<b>TOTAL PRODUITS DE GESTION COURANTE</b>	<b>655,4</b>	<b>588,9</b>	<b>11,3%</b>
<b>PRODUITS FINANCIERS</b>			
<b>TOTAL PRODUITS FINANCIERS</b>	<b>3,5</b>	<b>4,2</b>	<b>-16,1%</b>
<b>PRODUITS EXCEPTIONNELS</b>			
<b>TOTAL PRODUITS EXCEPTIONNELS</b>	<b>42,9</b>	<b>33,6</b>	<b>27,8%</b>
<b>TOTAL DES PRODUITS</b>	<b>52 709,1</b>	<b>51 740,4</b>	<b>1,9%</b>
<b>CHARGES (en M€)</b>			
<b>CHARGES DE GESTION TECHNIQUE</b>			
Prestations sociales	37 040,5	36 989,7	0,1%
Prestations légales	31 342,4	31 439,5	-0,3%
Prestations extra-légales : action sanitaire et sociale	5 633,1	5 484,1	2,7%
Autres prestations	65,1	66,1	-1,5%
Charges techniques, transferts, subventions et contributions dont :	10 276,5	10 234,2	0,4%
AVPF	4 992,1	5 006,2	-0,3%
Majorations pour enfants	4 926,8	4 863,6	1,3%
Diverses charges techniques	512,6	510,6	0,4%
Dotations aux provisions pour charges techniques	505,4	645,9	-21,7%
<b>TOTAL CHARGES DE GESTION TECHNIQUE</b>	<b>48 335,1</b>	<b>48 380,4</b>	<b>-0,1%</b>
<b>CHARGES DE GESTION COURANTE</b>			
Achats et charges externes	336,6	330,8	1,8%
Impôts et taxes	196,0	196,7	-0,4%
Charges de personnel	1 889,1	1 954,1	-3,3%
Diverses charges de gestion courante	240,2	245,2	-2,0%
Dotations aux amortissements, aux dépréciations et aux provisions	160,5	158,0	1,6%
<b>TOTAL CHARGES DE GESTION COURANTE</b>	<b>2 822,4</b>	<b>2 884,8</b>	<b>-2,2%</b>
<b>CHARGES FINANCIERES</b>			
<b>TOTAL CHARGES FINANCIERES</b>	<b>12,8</b>	<b>11,1</b>	<b>15,7%</b>
<b>CHARGES EXCEPTIONNELLES</b>			
<b>TOTAL CHARGES EXCEPTIONNELLES</b>	<b>13,8</b>	<b>13,4</b>	<b>3,2%</b>
<b>TOTAL IMPOTS SUR LES BENEFICES ET ASSIMILES</b>	<b>0,3</b>	<b>0,3</b>	<b>-0,5%</b>
<b>TOTAL DES CHARGES</b>	<b>51 184,4</b>	<b>51 290,0</b>	<b>-0,2%</b>
<b>RESULTAT NET DE L'EXERCICE</b>	<b>1 524,6</b>	<b>450,4</b>	<b>238,5%</b>

## Bilan résumé - Branche Vieillesse

ACTIF (en M€)	2019			2018	Variation
	Brut	Amortissements et dépréciations	Net	Net	
<b>ACTIF IMMOBILISE</b>					
Immobilisations incorporelles	282,9	142,2	140,8	118,2	19,1%
Immobilisations corporelles	805,5	544,0	261,5	267,9	-2,4%
Immobilisations financières dont :	3 779,0	2,0	3 777,0	3 796,3	-0,5%
Créances fin. : fraction (40%) de la soule IEG gérée par le FRR	3 060,0		3 060,0	3 060,0	0,0%
Prêts aux lieux de vie (action sanitaire et sociale) et autres	719,0	2,0	717,0	736,2	-2,6%
<b>TOTAL ACTIF IMMOBILISE</b>	<b>4 867,5</b>	<b>688,2</b>	<b>4 179,3</b>	<b>4 182,4</b>	<b>-0,1%</b>
<b>ACTIF CIRCULANT</b>					
Fournisseurs, intermédiaires sociaux	369,3	128,0	241,3	247,0	-2,3%
Créances d'exploitation	29 447,7	5 896,5	23 551,3	21 382,5	10,1%
Clients, cotisants et comptes rattachés dont :	16 843,4	5 896,5	10 947,0	10 969,1	-0,2%
Créances sur les cotisants	7 270,0	5 896,4	1 375,5	1 336,6	2,9%
Cotisants - produits à recevoir	9 394,7		9 394,7	9 469,4	-0,8%
Rachats de cotisations et versements pour la retraite CFE et Autres	68,4		68,4	56,3	21,4%
Etat et entités publiques dont :	110,4	0,0	110,4	106,9	3,3%
Exonérations de cotisations	1 662,5	0,0	1 662,5	958,5	73,4%
Exonérations de cotisations - produits à recevoir	774,7		774,7	202,9	281,8%
Impôts et taxes affectées - produits à recevoir	220,3		220,3	229,4	-4,0%
Autres	646,1		646,1	509,5	26,8%
Autres	21,4		21,4	16,7	28,1%
Organismes et autres régimes de sécurité sociale dont :	10 935,2	0,0	10 935,2	9 444,1	15,8%
FSV	9 923,0		9 923,0	8 461,3	17,3%
Autres	1 012,2		1 012,2	982,8	3,0%
Personnel et organismes sociaux	4,4		4,4	7,5	-41,3%
Débiteurs divers	2,2		2,2	3,1	-29,0%
Charges constatées d'avance	505,8		505,8	495,7	2,0%
Disponibilités	1,7	0,0	1,7	23,6	-92,6%
<b>TOTAL ACTIF CIRCULANT</b>	<b>30 324,5</b>	<b>6 024,5</b>	<b>24 300,0</b>	<b>22 148,7</b>	<b>9,7%</b>
<b>TOTAL ACTIF</b>	<b>35 192,0</b>	<b>6 712,7</b>	<b>28 479,3</b>	<b>26 331,0</b>	<b>8,2%</b>

PASSIF (en M€)	2019	2018	Variation
<b>CAPITAUX PROPRES</b>			
Dotations, apports et réserves	783,0	713,2	9,8%
Report à nouveau	6 492,8	6 309,1	2,9%
Résultat net de l'exercice	-1 408,0	160,9	-975,1%
Subventions d'investissement	1,8	2,0	-10,0%
<b>TOTAL CAPITAUX PROPRES</b>	<b>5 869,6</b>	<b>7 185,2</b>	<b>-18,3%</b>
<b>PROVISIONS</b>			
Provisions pour risques de gestion technique	2 257,0	2 318,5	-2,7%
Provisions pour risques de gestion courante	32,7	32,9	-0,8%
<b>TOTAL PROVISIONS</b>	<b>2 289,6</b>	<b>2 351,5</b>	<b>-2,6%</b>
<b>DETTES FINANCIERES</b>			
<b>TOTAL DETTES FINANCIERES</b>	<b>0,1</b>	<b>0,1</b>	<b>0,0%</b>
<b>AUTRES DETTES</b>			
Cotisants	717,5	509,8	40,7%
Fournisseurs	121,8	118,3	3,0%
Prestataires	10 032,3	9 668,8	3,8%
Etat et entités publiques	814,3	511,3	59,3%
Organismes et autres régimes de sécurité sociale	4 894,8	2 249,2	117,6%
Compte courant ACOSS	4 099,7	56,6	7143,3%
Prélèvement sociaux précomptés sur prestations	565,4	1 865,6	-69,7%
Autres	229,7	326,9	-29,7%
Personnel et organismes sociaux	89,7	96,1	-6,7%
Créditeurs divers et comptes transitoires ou d'attente	87,8	90,0	-2,4%
Produits constatés d'avance dont :	3 108,9	3 114,0	-0,2%
Fraction (40%) de la soule IEG gérée par le FRR	3 060,0	3 060,0	0,0%
Autres	48,9	54,0	-9,4%
Trésorerie	452,8	436,8	3,7%
<b>TOTAL AUTRES DETTES</b>	<b>20 320,0</b>	<b>16 794,3</b>	<b>21,0%</b>
<b>TOTAL PASSIF</b>	<b>28 479,3</b>	<b>26 331,1</b>	<b>8,2%</b>

## Compte de résultat résumé - Branche Vieillesse

PRODUITS (en M€)	2019	2018	Variation
<b>PRODUITS DE GESTION TECHNIQUE</b>			
Cotisations, impôts et produits affectés	107 038,9	105 117,8	1,8%
Cotisations des salariés et non salariés	88 535,5	87 333,6	1,4%
Cotisations des assurés volontaires	420,0	438,4	-4,2%
Rachats de cotisations et versements pour la retraite	115,0	58,3	97,3%
Cotisations prises en charge par l'Etat	2 259,9	2 293,1	-1,4%
Impôts et taxes affectés	15 678,6	14 957,3	4,8%
Autres cotisations et contributions affectées	30,0	37,1	-19,1%
Produits techniques dont :	28 918,8	29 117,8	-0,7%
Cotisations d'assurance vieillesse des parents au foyer	4 992,1	5 006,2	-0,3%
Prises en charge de cotisations par le FSV	13 396,2	13 275,0	0,9%
Prises en charge de prestations par le FSV	3 669,4	4 054,4	-9,5%
Quote part annuelle de la fraction de 60%-soutle IEG	341,0	334,6	1,9%
Transferts CNIEG - Cotisations	1 170,6	1 180,7	-0,9%
Autres (Prises en charge CNAF, AT/MP, FCAATA, Compensation...)	5 349,5	5 266,9	1,6%
Divers produits techniques	103,4	102,9	0,5%
Reprises sur provisions et dépréciations	1 791,9	1 609,6	11,3%
<b>TOTAL PRODUITS DE GESTION TECHNIQUE</b>	<b>137 852,9</b>	<b>135 948,1</b>	<b>1,4%</b>
<b>PRODUITS DE GESTION COURANTE</b>			
TOTAL PRODUITS DE GESTION COURANTE	117,2	117,9	-0,6%
<b>PRODUITS FINANCIERS</b>			
TOTAL PRODUITS FINANCIERS	31,2	30,3	3,0%
<b>PRODUITS EXCEPTIONNELS</b>			
TOTAL PRODUITS EXCEPTIONNELS	86,8	79,8	8,8%
<b>TOTAL DES PRODUITS</b>	<b>138 088,1</b>	<b>136 176,1</b>	<b>1,4%</b>
<b>CHARGES (en M€)</b>			
<b>CHARGES DE GESTION TECHNIQUE</b>			
Prestations sociales	129 646,7	126 444,6	2,5%
Prestations légales de l'assurance vieillesse dont :	129 250,7	126 032,0	2,6%
Droits propres	117 110,7	113 994,3	2,7%
Droits dérivés et divers	12 140,0	12 037,7	0,8%
Prestations légales de l'assurance veuvage	47,1	55,3	-14,8%
Prestations extra-légales : action sanitaire et sociale	348,8	357,3	-2,4%
Transferts entre organismes de sécurité sociale et assimilés	6 078,6	5 770,4	5,3%
Compensations	4 037,7	3 749,1	7,7%
Prise en charge de cotisations et de prestations par le FSV	46,3	75,1	-38,3%
Reversements aux régimes spéciaux de retraite	227,0	230,8	-1,6%
Prestations au titre de l'adossment IEG	1 767,6	1 715,4	3,0%
Diverses charges techniques dont :	812,4	768,8	5,7%
Pertes sur créances irrécouvrables, frais d'assiette et de recouvrement	795,1	752,7	5,6%
Autres	17,2	16,1	7,1%
Dotations aux provisions techniques	1 633,3	1 683,9	-3,0%
<b>TOTAL CHARGES DE GESTION TECHNIQUE</b>	<b>138 171,0</b>	<b>134 667,7</b>	<b>2,6%</b>
<b>CHARGES DE GESTION COURANTE</b>			
Contributions nationales de la branche	273,8	289,5	-5,4%
Achats et charges externes	184,6	179,0	3,1%
Impôts et taxes	70,4	71,7	-1,8%
Charges de personnel	648,8	669,0	-3,0%
Diverses charges de gestion courante	82,5	72,4	14,0%
Dotations aux amortissements, aux dépréciations et aux provisions	58,1	58,0	0,2%
<b>TOTAL CHARGES DE GESTION COURANTE</b>	<b>1 318,2</b>	<b>1 339,6</b>	<b>-1,6%</b>
<b>CHARGES FINANCIERES</b>			
TOTAL CHARGES FINANCIERES	4,2	6,0	-30,5%
<b>CHARGES EXCEPTIONNELLES</b>			
TOTAL CHARGES EXCEPTIONNELLES	2,7	1,7	58,8%
TOTAL IMPOTS SUR LES BENEFICES ET ASSIMILES	0,1	0,1	0,0%
<b>TOTAL DES CHARGES</b>	<b>139 496,1</b>	<b>136 015,2</b>	<b>2,6%</b>
<b>RESULTAT NET DE L'EXERCICE</b>	<b>-1 408,0</b>	<b>160,9</b>	<b>N/S</b>



## B. Les positions de la Cour sur les comptes des exercices 2006 à 2019

	Certification (avec 1 ou 2 réserves)
	Certification (avec 3 ou 4 réserves)
	Certification (avec 5 réserves ou plus)
	Refus de certification (nombre de motifs)
	Impossibilité d'exprimer une opinion

	Branche maladie	Branche AT-MP	Branche famille	Branche vieillesse	Recouvrement	CNAM	CNAF	CNAV	ACOSS
<b>2006</b>	Certification (7)	Certification (4)	Impossibilité	Certification (7)	Certification (3)	Certification (3)	Impossibilité	Certification (7)	Certification (1)
<b>2007</b>	Certification (9)	Certification (5)	Impossibilité	Certification (4)	Refus (11)	Certification (4)	Impossibilité	Certification (4)	Refus (3)
<b>2008</b>	Certification (7)	Certification (2)	Refus (7)	Refus (9)	Certification (10)	Certification (2)	Refus (2)	Refus (2)	Certification (2)
<b>2009</b>	Certification (6)	Certification (3)	Certification (7)	Refus (7)	Certification (5)	Certification (2)	Certification (4)	Refus (2)	Certification (2)
<b>2010</b>	Certification (6)	Refus (3)	Certification (5)	Certification (7)	Certification (9)	Certification (1)	Certification (3)	Certification (2)	Certification (3)
<b>2011</b>	Certification (5)	Refus (5)	Refus (6)	Certification (6)	Certification (8)	Certification (3)	Refus (3)	Certification (3)	Certification (3)
<b>2012</b>	Certification (4)	Impossibilité	Certification (4)	Certification (6)	Certification (6)	Certification (3)	Certification (2)	Certification (3)	Certification (3)
<b>2013</b>	Certification (4)	Certification (5)	Certification (6)	Certification (4)	Certification (4)	Certification (2)	Certification (3)	Certification (2)	Certification (3)
<b>2014</b>	Certification (4)	Certification (5)	Certification (6)	Certification (4)	Certification (4)	Certification (2)	Certification (3)	Certification (2)	Certification (3)
<b>2015</b>	Certification (5)	Certification (6)	Certification (4)	Certification (4)	Certification (4)	Certification (3)	Certification (2)	Certification (2)	Certification (3)
<b>2016</b>	Certification (6)	Certification (6)	Certification (3)	Certification (3)	Certification (4)	Certification (3)	Certification (2)	Certification (2)	Certification (2)
<b>2017</b>	Certification (5)	Certification (6)	Certification (3)	Certification (3)	Certification (3)	Certification (2)	Certification (2)	Certification (2)	Certification (2)
<b>2018</b>	Certification (5)	Certification (6)	Certification (3)	Certification (3)	Certification (3)	Certification (3)	Certification (2)	Certification (2)	Certification (2)
<b>2019</b>	Certification (5)	Certification (5)	Certification (3)	Certification (3)	Certification (4)	Certification (2)	Certification (2)	Certification (2)	Certification (2)

### C. Sigles et acronymes

ACOSS	Agence centrale des organismes de sécurité sociale
AT-MP	Accidents du travail – maladies professionnelles
AVPF	Assurance vieillesse des parents au foyer
CESU	Chèque emploi service universel
CNDSSTI	Caisse nationale déléguée pour la sécurité sociale des travailleurs indépendants
CRISTAL	« Conception relationnelle intégrée du système de traitement des allocations familiales » (application)
CSG	Contribution sociale généralisée
CSSM	Caisse de sécurité sociale de Mayotte
Datamining	Système de sélection par profilage
DADS	Déclaration annuelle des données sociales
DGDDI	Direction générale des douanes et impôts indirects
DGFIP	Direction générale des finances publiques
DOM	Département d'outre-mer
DSN	Déclaration sociale nominative
EAJE	Établissement d'accueil du jeune enfant
EIRR	Échange inter-régimes de retraite
IFAC	Fédération internationale des experts comptables
IQL	Indicateur de la qualité de la liquidation
IQL0	Indicateur de qualité en sortie de liquidation
IQL6	Indicateur de la qualité de la liquidation à six mois
ISQC	<i>International Standards on Quality Control</i> (normes internationales de contrôle qualité)
IQV	Indicateur qualité des dossiers validés
IRR	Indicateur de risque résiduel
LFSS	Loi de financement de la sécurité sociale
MAGIC	Modèle automatisé de gestion institutionnelle comptable
MGEN	Mutuelle générale de l'éducation nationale
MSA	Mutualité sociale agricole (régime agricole)
NIR	Numéro d'identification au répertoire national d'identification des personnes physiques
OMEGA	Observation mesure et gestion de l'action sociale
PAJE	Prestation d'accueil du jeune enfant
PUMa	Protection universelle maladie
RCD	Référentiel commun des déclarants
REI	Référentiel des entreprises et des individus
Run MR	Référentiel unique de maîtrise des risques
SNGC	Système national de gestion des carrières
TIF	Taux d'incidence financière