

Chapitre IV

Les actions de contrôle des comités régionaux d'examen des comptes des organismes de sécurité sociale (COREC)

PRESENTATION

En application de l'article LO. 132-3 du code des juridictions financières, la Cour présente une synthèse des rapports et avis émis par les comités régionaux d'examen des comptes des organismes de sécurité sociale (COREC) qui réunissent sous la présidence des trésoriers payeurs généraux de région, les directeurs régionaux de l'action sanitaire et sociale (DRASS) et les chefs des services régionaux de l'inspection du travail et de la protection sociale agricole (SRITEPSA). Ces comités sont placés sous la surveillance de la Cour et leurs contrôles constituent la principale procédure de contrôle externe des organismes de sécurité sociale.

I - Les contrôles des COREC en 2003

A – Des contrôles différenciés selon les types d'organismes

1 – Le nombre et la diversité des organismes

Les évolutions intervenues dans l'organisation des différents régimes sont restées limitées et au total le nombre d'organismes soumis au contrôle des COREC en 2003 n'a que peu évolué.

Au sein du régime général, quatre fusions découlent directement de la réorganisation des caisses de la batellerie. Celles qui ont été examinées par les COREC ont été réalisées dans des conditions satisfaisantes.

L'URSSAF de l'Oise, regroupant depuis le 30 avril 2001 celles de Creil et de Beauvais, a été contrôlée pour la première fois en 2003 ; la gestion a été jugée satisfaisante, les opérations de fusion ont été correctement réalisées et sont parfaitement retracées en comptabilité.

Quatre caisses mutuelles complémentaires et d'activité sociale (qui relèvent du régime des industries électriques et gazières) de Paris se sont regroupées, le 1^{er} avril 2002, au sein de la CMCAS Paris ; il appartient désormais à la nouvelle caisse de résoudre les faiblesses signalées précédemment par le COREC.

Pour le régime agricole, la tendance à l'augmentation du nombre d'organismes constatée jusqu'ici ne s'est pas poursuivie.

Organismes relevant de la compétence des COREC

	Exercice 2000	Exercice 2001	Exercice 2002
Union des caisses nationales de sécurité sociale	1	1	1
Caisses régionales d'assurance maladie	17	17	17
Caisses primaires d'assurance maladie	129	129	128
Caisses d'allocations familiales	125	125	123
Unions pour le recouvrement des cotisations	106	106	104
Unions et fédérations d'organismes	124	113	111
Instance de gestion du régime local d'assurance maladie d'Alsace-Moselle	1	1	1
Caisses générales de sécurité sociale et caisses de prévoyance sociale de St-Pierre et Miquelon et de Mayotte	6	6	6
Total du régime général	508	498	491
Unions régionales des caisses d'assurance maladie (URCAM)	22	22	22
Régime agricole	145	179	179
Régime minier	23	23	23
Régimes des non salariés non agricoles	257	256	253
Régimes spéciaux et particuliers	19	17	17
Régime du personnel des industries électriques et gazières	111	111	108
Total général	1 085	1 106	1 093

Source : Cour des comptes

2 – Les contrôles réalisés

Le nombre total de contrôles réalisés en 2003 s'est à nouveau réduit. Par rapport aux années précédentes, il s'est établi à 529 contrôles, (soit - 3 % par rapport à 2002). La baisse la plus forte concerne les contrôles approfondis (215 contrôles), qui diminuent de 15 %.

L'analyse par administration d'origine confirme pour l'essentiel les parts relatives déjà constatées les années précédentes. La proportion des contrôles dits « conjoints », exercés simultanément par des fonctionnaires de plusieurs administrations, régresse légèrement (de 17 contrôles), après plusieurs années de progression. Concernant la

répartition par régime, les contrôles ont été moins nombreux dans le régime général et pour les URCAM.

B – Les avis émis reflètent les efforts de modernisation de la gestion engagés par les organismes

1 – Les avis émis

La tendance déjà relevée l'année passée, d'une diminution du nombre d'avis défavorables, se confirme en 2003. La proportion d'avis défavorables est désormais de 2,5 % du nombre total d'organismes contrôlés.

Cette situation confirme la poursuite de l'amélioration de la qualité des comptes et de la gestion des organismes en général.

Répartition des avis par campagne

	2001		2002		2003	
Avis favorables	347	52,9 %	244	44,7 %	247	46,7 %
Avis favorables avec recommandations	212	32,3%	232	42,5 %	221	41,8 %
Avis favorables avec réserves	36	5,5 %	39	7,1 %	42	7,9 %
Avis défavorables	59	9,0 %	21	3,9 %	13	2,5 %
Sursis à statuer et sans avis	2	0,3 %	10	1,8 %	6	1,1 %
Total des organismes contrôlés	656		546		529	
Organismes non contrôlés	429		560		564	
Total	1 085		1 106		1 093	

Source : *Cour des comptes*

2 – Le suivi des observations

Les observations faites à la suite des contrôles restent cependant nombreuses, comme l'indique l'importance relative des avis dits « avec recommandations » ; mais il est satisfaisant de constater que les remarques émises à l'occasion de précédents contrôles et dont le suivi est assuré de manière systématique ont été le plus souvent suivies d'effets, ce qui traduit, de la part des organismes, un souci d'amélioration. .

L'exemple du COREC de Picardie qui a procédé à une analyse des suites données à ses avis illustre ce bon niveau de prise en compte des recommandations émises lors des campagnes antérieures : en 2003, les

caisses à nouveau sous contrôle présentait, dans cette région, un taux de recommandations suivies d'effet de plus de 86 %.

De même, en ce qui concerne les interventions de la Cour des comptes qui relayent les remarques les plus critiques des COREC, l'analyse des réponses reçues atteste de progrès significatifs sur les points signalés.

3 – La nécessité d'une évolution des COREC

Ce bilan quantitatif traduit également la montée en puissance du contrôle interne aux organismes et des démarches d'amélioration de la qualité. Les contrôles COREC devraient dès lors évoluer, à moyen terme, en tenant compte :

- des actions conduites pour améliorer la qualité des comptes, par la mission comptable permanente sous l'égide du Haut conseil de la comptabilité des organismes de sécurité sociale. Elles devraient permettre à terme de présenter des comptes consolidés en état d'être certifiés, par régimes ou par branches, et d'assurer le contrôle des comptes dans le cadre des travaux qui seront menés en vue de leur certification ;
- de l'évaluation des COG, menée par les tutelles, qui renforce l'examen de la gestion, en cohérence avec les priorités fixées au niveau de la branche ou des régimes.

Pour éviter des contrôles redondants, il convient donc de réorienter et d'alléger les contrôles effectués par les COREC sur la gestion des organismes.

Un groupe de travail constitué par la Cour et les administrations concernées a examiné les conséquences de ces évolutions sur le système de contrôle des organismes de sécurité sociale, en général, et sur le dispositif des COREC, en particulier. Il a préconisé un allègement des contrôles menés par les COREC :

- ceux-ci ne concerneront plus les organismes pour lesquels les résultats attendus paraissent réduits. La faiblesse des enjeux financiers et une standardisation poussée des applications informatiques et des procédures conduisent, dans ce cas, à privilégier, une démarche de contrôle national ;
- les contrôles thématiques seront moins nombreux. Ils porteront sur un échantillon plus restreint mais statistiquement suffisant ;
- les contrôles approfondis seront aménagés dans leur contenu et leur périodicité ;

- enfin, les contrôles intermédiaires (effectués entre deux contrôles approfondis) ne seront plus obligatoires mais facultatifs, selon l'appréciation de chaque COREC et en fonction des enjeux propres aux organismes.

4 – Le suivi particulier des avis défavorables

Cette année, on relève 13 avis défavorables contre 21 l'an passé, et six sursis à statuer contre dix en 2002. La persistance de situations dégradées, justifiant des interventions fermes de la part des tutelles, doit cependant être notée, même si leur nombre régresse. En outre, certains nouveaux organismes connaissent encore des difficultés particulières.

a) Les avis défavorables liés à des difficultés déjà signalées

A la CAF des Vosges le constat des graves dysfonctionnements qui avait justifié l'avis défavorable du COREC l'année dernière⁸³, demeure valable pour l'exercice 2002. Toutefois, la mise en place d'une nouvelle équipe de direction et la définition d'un plan d'actions visant à redresser la situation comptable de la caisse permettent d'escompter un retour à la normale.

Pour beaucoup de CMCAS, le suivi des comptes de tiers, du recouvrement des indus et des recours contre tiers, ainsi que la mise en place du contrôle interne, continuent à faire l'objet de nombreuses observations, malgré d'indéniables progrès. C'est notamment le cas des CMCAS d'Arras-Béthune, de la Réunion, de Pau ou encore de Valence.

Les sursis à statuer, émis pour absence de production des comptes aux tutelles dans les délais réglementaires, sont moins nombreux que les années précédentes⁸⁴. Cependant, le progrès est encore partiel, et manifestement, les améliorations attendues des nouvelles applications financières et comptables des CMCAS, dont la mise en œuvre avait justifié les retards les années précédentes, n'ont pas encore produit leur plein effet dans l'ensemble des caisses.

Parmi ces caisses, celle de Versailles n'a pas transmis ses comptes aux autorités de tutelles depuis quatre ans. Des documents comptables et des pièces justificatives auraient même été égarés. La CPAM des Yvelines a procédé cette année à un audit de la caisse.

83. Voir le rapport de la Cour sur la sécurité sociale de septembre 2003 pp. 233 et 234.

84. Trois caisses sont concernées : les CMCAS de Poitiers, de Douai et de Versailles.

De façon plus générale, la gestion du régime des industries électriques et gazières, dans son ensemble, fait l'objet, en 2004, d'un contrôle de la Cour. Dans l'attente des recommandations qui seront formulées à l'issue de ces investigations, les contrôles des COREC sur les CMCAS ont été suspendus.

En 2002, des COREC avaient émis des avis défavorables à l'encontre de quatre caisses relevant du régime ORGANIC, à la suite de l'introduction, en juillet 2001, de l'application nationale concernant les cotisations « affiliation, carrières, recouvrement » (ACR). De très nombreuses anomalies comptables ont en effet été révélées dans les comptes cotisants entre la comptabilité générale et la balance nominative des comptes individuels. Le COREC Nord-Pas-de-Calais a constaté les mêmes défaillances sur les comptes des exercices 2001 et 2002 produits par la caisse ORGANIC d'Arras.

b) Les avis défavorables liés à des dysfonctionnements graves mais ponctuels

La CPAM de la Dordogne a fait l'objet d'un avis défavorable, en raison de la non application des droits constatés en matière de recours contre tiers et de dépassements sur le budget d'action sanitaire et sociale. La CPAM passait à tort les écritures comptables à la réception du règlement définitif, et non dès l'ouverture du dossier par le service contentieux. Concernant l'action sanitaire et sociale, la caisse primaire de la Dordogne, comme d'autres CPAM d'ailleurs, a versé des prestations obligatoires financées par le fonds national d'action sanitaire et sociale, en dépassement du budget alloué. Les sommes correspondantes ont été comptabilisées en compte d'attente en contravention avec les principes comptables. Cette violation des règles est intervenue en application d'une instruction de la CNAM, émise dans l'attente d'une solution d'ensemble encore en discussion avec la direction de la sécurité sociale.

L'examen des états de rapprochement bancaires présentés par la Mutuelle Just'ensemble à Valenciennes a fait apparaître un respect insuffisant des exigences comptables. L'organisme s'est engagé, depuis la vérification, dans la voie d'une normalisation comptable.

L'avis rendu pour la réunion des assureurs maladie du Nord est dû au défaut de production d'états de développement de soldes, conformes aux exigences comptables.

Pour la CMSA des Deux-Sèvres, l'absence de dépôt des comptes dans les délais réglementaires (conduisant le COREC à émettre un constat de carence pour 2002) révélait de graves dysfonctionnements dans la tenue des comptes. Le comité a donc rendu un avis défavorable sur les

comptes 2001, relevant notamment qu'aucun contrôle interne n'avait été mis en place au sein de l'agence comptable. Des mesures correctives énergiques ont cependant été décidées par l'organisme. Un nouveau contrôle approfondi devrait être diligenté en 2004, pour en vérifier la portée.

Le contrôle de la CMSA du Cher s'est conclu par un avis défavorable motivé par la présence de nombreux soldes de comptes non justifiés et l'absence de suivi budgétaire. Les délais de paiements des prestations aux usagers étaient excessifs et les instructions de la tutelle n'étaient suivies qu'après relance. Ces dysfonctionnements ont été redressés pour partie mais tardivement au regard des recommandations déjà formulées en 2002, d'autant plus que la caisse est engagée dans un processus de regroupement avec celle du Loiret.

L'avis défavorable rendu sur les comptes de la CGSS de la Guyane pour l'exercice 2002 fait ressortir un manque de coordination et de suivi des actions et des procédures, au niveau de la direction générale de la caisse, ainsi qu'un défaut de prise en compte des recommandations précédentes du COREC. Selon le comité, la caisse n'était pas, au moment du contrôle, en mesure d'assurer correctement sa mission de service public. Une nouvelle équipe de direction a été nommée en juillet 2003. Les premières actions qu'elle a engagées témoignent de sa volonté de redressement. .

Au sein de la CMR de Lorraine, la découverte de pratiques frauduleuses, dans la gestion de la paye, heureusement limitées en montant, a conduit le COREC à émettre un avis défavorable sur les comptes des exercices 1998 à 2002 et l'organisme à engager des procédures disciplinaires contre les agents responsables. L'absence de séparation entre les fonctions relevant de l'ordonnateur et de l'agent comptable est à l'origine des manquements relevés qui ont été favorisés en outre, par les liens familiaux existant entre les agents responsables. La caisse a entrepris dès 2003 les efforts de redressement nécessaires.

L'union pour la gestion des établissements des caisses d'assurance maladie (UGECAM) d'Auvergne – Limousin – Poitou-Charentes, organisme de création récente, a fait l'objet de deux avis défavorables⁸⁵ consécutifs du COREC. Les investigations complémentaires, menées en 2003 par le comité, ont révélé que les points précédemment relevés avaient perduré ou s'étaient même aggravés, en ce qui concerne la gestion budgétaire et comptable. Divers différés de comptabilisation continuaient à traduire une application insuffisante du principe des droits constatés,

85. Mention de cet organisme avait déjà été faite dans le rapport annuel 2003, page 134.

comme de la séparation des exercices ; l'affichage, par l'union, de résultats budgétaires et comptables faussés, reflétait une présentation tronquée et non sincère de sa situation.

En outre, sur le plan de la gestion interne, des procédures, tant de versement d'émoluments que de passation de marché, s'avéraient contraires à la réglementation.

Pour ces motifs, la Cour a diligenté la procédure, dite de « seconde vérification »⁸⁶, de l'article R. 134-23 du code des juridictions financières, et a confirmé l'avis défavorable émis par le COREC du Limousin. Elle a saisi la tutelle, afin qu'elle engage la responsabilité de l'agent comptable. Plus généralement, la faiblesse de l'activité des établissements gérés par l'union, leur dispersion géographique, la difficulté du siège à assurer les missions prévues par la loi (fixer les orientations assignées aux établissements et en assurer le pilotage) l'ont amenée à interroger la CNAM et la DSS sur le devenir de cette structure.

II - Le contrôle interne dans les CRAM

Prévue par des décrets depuis 1993, la mise en place dans les organismes de sécurité sociale de plans de contrôle interne, élaborés conjointement par les directeurs et les agents comptables, doit permettre d'analyser les risques d'erreur ou de fraude et de les prévenir par des procédures plus rigoureuses.

Les précédents contrôles des COREC, relatifs aux CPAM ou aux CAF, avaient montré l'utilité d'une implication forte des caisses nationales, seules à même d'apporter les outils indispensables, sur les plans méthodologique, organisationnel et informatique.

Les travaux menés en 2003 par les COREC qui ont porté sur cinq CRAM permettent de compléter ce premier diagnostic.

86. La seconde vérification de l'article R. 134-23 du code des juridictions financières est une procédure, peu usitée, qui peut être assimilée à un appel de l'avis rendu par le comité régional d'examen des comptes. La Cour peut procéder à ce contrôle soit d'office, soit sur saisine d'un organisme. L'objectif premier est de produire un second avis relatif à la qualité des comptes et de la gestion, le pouvoir d'approbation des comptes étant alors transféré à l'administration centrale.

A – L’implication de la CNAM est une condition nécessaire

Dans le domaine de l’assurance maladie, les initiatives relevées par les COREC sont restées peu nombreuses et dans l’ensemble assez inabouties. Le plus souvent, elles s’inspirent, quant à la méthodologie, du référentiel en vigueur dans la branche retraite. La Cour ne peut que constater et regretter l’absence de directives de la CNAM dans ce domaine.

L’analyse des mesures prises, en ce qui concerne le risque accidents de travail, confirme ce constat : en l’absence d’impulsion forte de la caisse nationale, les CRAM n’ont engagé que des actions dispersées et très partielles. Ainsi, seules deux CRAM (celles de Rhône-Alpes et de Haute-Normandie) avaient analysé le risque lié à l’allocation de cessation anticipée d’activité des travailleurs de l’amiante (ACAATA). Pourtant, les enjeux sont lourds sur le plan financier, comme l’a montré, en début d’année, la fraude survenue à la CRAM de Marseille pour un montant de 2,2 M€ Une première analyse soulignait d’ailleurs certaines faiblesses du contrôle interne, parmi les facteurs qui ont rendu possible cette fraude.

Il conviendrait donc que la CNAM, en liaison avec les CRAM, procède à l’analyse des risques et diffuse les meilleures pratiques, issues d’initiatives encore trop isolées.

B – La mise à disposition d’outils, par la CNAV, doit s’accompagner d’un suivi effectif

A l’inverse, s’agissant de la branche retraite, la CNAV a pris en charge, dès l’origine, l’analyse des risques générés par l’activité et a publié des référentiels nationaux complets et détaillés. Dans un deuxième temps, elle a développé des outils informatiques experts dans le but d’homogénéiser et d’optimiser certains contrôles.

Les COREC ont examiné deux procédures particulières afin d’apprécier la manière dont les outils proposés par la CNAV s’inséraient dans la démarche de contrôle interne des organismes et, plus généralement, contribuaient à l’adaptation de leur organisation.

1 – Le suivi des aides ménagères, avec l’outil OCEAM

En matière de prestations ménagères à domicile, l’outil développé par l’agence comptable nationale (OCEAM) apporte une première réponse aux critiques antérieures de la Cour sur l’absence de suivi de ce

secteur. Il a le mérite de proposer une grille homogène d'analyse de la situation des prestataires et d'introduire davantage d'objectivité (par le calcul de ratios) dans un domaine essentiellement partenarial. Mais il n'a pas vocation à s'appliquer de façon mécanique et constitue plutôt un outil d'aide à la décision.

Il paraît utilisé a minima, au sein des CRAM auditées. Cela tient probablement au fait qu'il ne peut résumer, à lui seul, le contrôle interne de ce secteur. Il apporte une plus-value d'autant plus importante que les caisses ont, par ailleurs, réfléchi aux contrôles à mettre en œuvre envers les prestataires.

La CNAV doit donc poursuivre ses efforts, afin d'inscrire OCEAM dans une logique plus globale de contrôle interne des prestataires d'aides ménagères à domicile.

2 – Le contrôle des prestations retraite

En matière de liquidation des prestations de retraite, le passage d'un contrôle systématique à un contrôle sélectif, fondé sur la maîtrise des risques financiers, va assurément dans le sens d'une plus grande rationalisation et d'une meilleure efficacité du contrôle.

Mais la question essentielle n'est pas tant celle de l'efficacité du contrôle que celle de l'exactitude de la liquidation. Or plusieurs signes laissent penser que cet objectif est parfois perdu de vue :

- l'indicateur qui figure dans la COG Etat / CNAV n'est pas compris des caisses locales. Il mesure, en réalité, l'incidence des erreurs financières les plus graves évitées grâce au contrôle. Cet indicateur qui pourrait s'avérer pertinent dans l'évaluation de l'activité des services de contrôle n'est pas adapté au suivi de la qualité de la liquidation, qui constitue l'enjeu essentiel ;
- le suivi des erreurs détectées dans la pré-liquidation exige un indicateur plus pertinent : de fait, plusieurs indicateurs ont été à ce stade définis et diffusés. Mais le manque de coordination entre l'ordonnateur et l'agent comptable de la caisse nationale, sur l'interprétation et l'utilisation à donner à ces divers indicateurs, aboutit à priver de légitimité ces outils et, en pratique, à en paralyser l'usage.

Le contexte actuel est sans doute peu propice à une stabilisation immédiate des outils :

- le déploiement technique de l'outil destiné à sélectionner les dossiers à risque financier (OMRF⁸⁷) en est encore à ses débuts et sera nécessairement long ;
- la mise en œuvre de la réforme des retraites, engagée par la loi du 21 août 2003, a occasionné un fort surcroît d'activité des services.

Pour autant, à moyen terme, il redeviendra essentiel de disposer d'outils simples et légitimes, pour apprécier la qualité de la liquidation et celle des liquidateurs. Une véritable stratégie de contrôle interne doit donc, au-delà de la définition des seuls outils techniques, prendre davantage en considération le contexte d'évolution des caisses et leur capacité à introduire les réformes dans l'organisation.

RECOMMANDATIONS

9. Développer un véritable contrôle interne dans les domaines d'intervention des CRAM qui relèvent de la compétence de la CNAM. A partir d'une analyse des risques générés par ces activités, la CNAM doit inscrire, notamment dans la future COG AT/MP, des objectifs en matière de contrôle interne.

10. Analyser à la CNAV, l'usage que font les caisses des outils de contrôle interne disponibles et diffuser les meilleures pratiques.

11. Mettre en place un indicateur simple et lisible par la CNAV de suivi de la liquidation.

III - Le recours aux huissiers dans les URSSAF et les régimes des non salariés non agricoles

Les COREC ont à plusieurs reprises analysé différents domaines de l'action en recouvrement des organismes de sécurité sociale, afin d'évaluer l'utilisation et l'efficacité des outils dont ils disposent. En ce qui concerne le recouvrement contentieux, qui constitue la dernière phase de cette chaîne une difficulté pour les organismes provient de la nécessité

87. Outil de maîtrise du risque financier.

de recourir à des officiers ministériels indépendants⁸⁸ et donc d'organiser le suivi et l'animation de leur action.

Dans les divers réseaux, qui assurent des missions de recouvrement, cette même question se pose. Elle a conduit à définir des outils et des méthodes de suivi et d'analyse de l'activité. Il a paru intéressant d'apprécier dans quelle mesure ces techniques étaient utilisées au sein des organismes de sécurité sociale et en amont, d'évaluer l'efficacité des dispositifs destinés à faciliter la diffusion de ces « meilleures pratiques ».

L'enquête menée en 2003 par les COREC a donc porté sur le suivi des créances confiées aux huissiers par 50 organismes⁸⁹, appartenant à la branche recouvrement du régime général, au régime ORGANIC et à celui des CMR/OC.

A – Les données disponibles traduisent des pratiques étonnamment hétérogènes

Malgré des incertitudes affectant les résultats rassemblés (compte tenu notamment du volume non quantifiable des paiements spontanés, effectués directement aux organismes, dès réception d'un commandement à payer de l'huissier par les débiteurs), l'enquête a permis d'évaluer, d'une part, l'importance relative du recours aux huissiers dans le recouvrement total des organismes et, d'autre part, l'efficacité apparente de ce recours, appréciée par le rapport entre les recouvrements et les nouveaux mandats confiés.

Dans le total des recouvrements, la part relative réalisée par les huissiers varie fortement selon les URSSAF entre un maximum de 9 % et un minimum de 0,12 % ; les montants s'échelonnent de 20,3 M€ dans les Bouches-du-Rhône, à 0,3 M€ dans le Gers.

De même le taux de recouvrement sur les créances confiées aux huissiers, qui mesure leur efficacité apparente, révèle une surprenante dispersion : de 92,2% dans l'URSSAF de Rouen à 18,3 % dans l'URSSAF du Gard (et de 92,5 % dans un organisme conventionné de Bretagne, à 11,2 % dans un autre OC relevant de la CANAM). Pour la

88. Pour recouvrer les cotisations et leurs majorations, lorsque la mise en demeure n'a pas été suivie d'effet, l'organisme créancier peut faire signifier une contrainte par acte d'huissier à l'encontre du débiteur, conformément aux articles L. 244-9, R. 133-3 et R. 612-11 du code de la sécurité sociale.

89. Le thème de vérification a concerné trente URSSAF, trois CMR, huit OC, huit caisses ORGANIC et une caisse des professions libérales.

moitié de l'échantillon des URSSAF, le montant des créances récupérées par les huissiers était supérieur à 50 % de celles qui leur étaient confiées. Dernier constat, également surprenant, aucune corrélation visible ne peut être notée entre ces deux indicateurs.

B – Des stratégies implicites divergentes

On perçoit tout d'abord, des divergences de principe sur l'importance à accorder au recours aux huissiers. Certains organismes le cantonnent à un rôle presque résiduel, d'autres en font un outil d'usage courant. Un premier arbitrage porte en effet sur la place accordée aux procédures amiables. Du point de vue des organismes, il peut sembler plus dissuasif de transmettre rapidement les créances aux huissiers.

La tentation paraît particulièrement nette pour les URSSAF qui ne supportent pas de charge financière du fait des procédures contentieuses. Les recommandations des organismes têtes de réseau visent au contraire, à juste titre, à prévenir dans la mesure du possible le recours à des procédures contraignantes, coûteuses pour les redevables.

L'absence de lien entre ce premier arbitrage et les performances relatives des huissiers montre en second lieu que l'efficacité des procédures dépend plus du contexte local et du suivi, par l'organisme, des actions menées que de l'importance relative des créances confiées aux auxiliaires de justice.

L'analyse des différents facteurs qui, au sein des organismes concourent à un suivi efficace, confirme dès lors le constat d'hétérogénéité :

- des rendez-vous annuels sont organisés entre les organismes et les huissiers mais pas encore dans tous les organismes et avec des périodicités variables ;
- des solutions ont été parfois développées, pour désigner un huissier coordonnateur ou « pilote », ou référent, mais ces différentes solutions ne sont ni évaluées, ni comparées ;
- des conventions ont le plus souvent été passées pour encadrer les relations avec les huissiers, mais un tiers des URSSAF contrôlées n'en avaient pas encore signé en 2002. Sur certains points, comme le respect des calendriers, les dispositions de ces conventions n'étaient pas vérifiées ;
- bien que des outils soient disponibles à cette fin (notamment le logiciel adhésion-recouvrement-carrière ACR), l'analyse des performances comparées des huissiers n'était pas effectuée, ou était peu

utilisée, dans la majorité des organismes. Les données d'ACR, pour les caisses ORGANIC, étaient inexploitable ; quant au logiciel SURF, seule une minorité des URSSAF examinées l'utilisait⁹⁰.

C – Des méthodes perfectibles

Le contraste paraît frappant entre des objectifs généraux, définis et exposés de manière claire par des circulaires générales dans chacun des trois réseaux analysés et des pratiques qui restent encore trop souvent contraires à ces recommandations⁹¹.

La formulation d'instructions plus détaillées par la caisse nationale ORGANIC semble se traduire par une meilleure diffusion des bonnes pratiques. Mais les difficultés rencontrées dans la mise en œuvre d'un nouveau système informatique perturbaient gravement le suivi des actions contentieuses, voire leur mise en œuvre⁹².

A l'inverse, au sein du réseau des URSSAF, les instructions adressées aux organismes restaient indicatives, en ce qui concerne la mise en œuvre de ces bonnes pratiques (comme exemple la conclusion de conventions avec les huissiers) mais leur application était peu suivie.

Dans le réseau des CMR, où de tels outils n'étaient pas disponibles, aucun suivi quantifié des résultats et des performances des huissiers n'était pratiqué.

Une approche individualisée est donc indispensable pour un pilotage par la tête de réseau. Les outils nécessaires à cette individualisation doivent être adaptés aux résultats attendus. L'inclusion, dans la COG d'abord, ensuite dans les contrats pluriannuels de gestion (CPG) passés avec les organismes, de dispositions relatives aux huissiers, n'a pas été suivie d'effet, dans la mesure où elle semblait mettre l'accent sur des pratiques ponctuelles. Or, ce qui compte, c'est d'abord de parvenir à une intégration harmonieuse de l'activité contentieuse confiée aux huissiers dans l'ensemble du recouvrement (des indicateurs existent à cet effet) ; ensuite d'analyser régulièrement les résultats des différents

90. L'outil de suivi des performances des huissiers (« SURF huissiers »), défini au niveau national en 2002, n'était utilisé que dans la moitié des URSSAF et les résultats réellement exploités que dans un nombre encore plus réduit. Les données disponibles, pour les URSSAF qui l'utilisent, confirment la disparité notée par les COREC.

91. Même si à l'issue de leur passage les COREC ont souvent noté une amélioration des dispositifs.

92. Voir l'analyse faite sur l'avis défavorable rendu pour l'ORGANIC du Nord-Pas-de-Calais et la mention faite des difficultés rencontrées avec le logiciel ACR.

huissiers. A cet égard des outils même généraux sont susceptibles de mieux mobiliser les moyens consacrés aux études et de les réorienter si nécessaire.

RECOMMANDATION

12. Assurer dans les différents régimes un suivi quantitatif de l'activité contentieuse des huissiers.

IV - Les créances prescrites

Faute d'une réglementation prévoyant l'apurement des créances prescrites, celles-ci s'accumulent dans les comptes de nombreux organismes de sécurité sociale. La nécessité de les apurer a conduit à demander aux COREC de rendre un avis préalable à une éventuelle décision d'apurement par les tutelles et d'examiner les procédures susceptibles de garantir que de telles prescriptions ne se renouvelleraient pas. Toutefois, pour les organismes les plus concernés, des écritures d'apurement sont déjà intervenues, en toute irrégularité, par quatre décisions ministérielles ponctuelles prises entre 1995 et 2002, pour un montant cumulé de 847 M€

Les premiers contrôles réalisés dans ce cadre, en 2003, ont porté sur 96 organismes qui faisaient l'objet, en parallèle, d'un contrôle approfondi. Le tableau qui suit résume le sens des avis :

Répartition des avis

Nature des avis	Nombre	% des organismes contrôlés
Avis favorables	40	41,6 %
Avis favorables avec recommandations	11	11,4 %
Avis favorables avec réserves	23	24 %
Avis défavorables	12	12,5 %
N'ont pas reçus d'avis (sursis à statuer)	10	10,4 %
Total des organismes contrôlés	96	

Source : *Rapports COREC*

La proportion des avis qui signalent une situation insatisfaisante (avis favorables avec réserves, ou défavorables, ou encore sursis à statuer) est élevée, ce qui contraste avec les avis rendus sur les comptes.

Les observations faites par les auditeurs des COREC ont, dans nombre de cas, conduit les organismes à améliorer leurs procédures de contrôle interne pour les rendre plus rigoureuses et mieux prévenir le risque de prescription.

Quelques conclusions plus générales peuvent être également retirées de ces travaux. La connaissance du montant des créances prescrites maintenues dans les comptes des organismes reste souvent incertaine. Il est vrai que la complexité des règles, distinctes selon les catégories de créances, ne facilite pas une évaluation régulière. Les travaux effectués par les COREC laissent penser que les estimations faites par les organismes sont en deçà de la réalité.

Dans ces conditions, le provisionnement ne peut être réalisé que sur des bases statistiques (sauf cas particulier⁹³, ces créances prescrites ont déjà fait l'objet de provisions).

L'examen des créances prescrites permet aussi de vérifier la pertinence des outils informatiques. Il aboutit au constat, notamment dans les URSSAF, que les applications mises à la disposition des caisses ne permettent pas, ou pas encore, de prévenir les cas de prescription par des signalements automatiques et, mieux encore, par une édition automatisée des actes interruptifs de prescription. Les vérifications indispensables sont dès lors mises en œuvre avec des périodicités très variables et des résultats hétérogènes.

Les applications informatiques utilisées peuvent même rendre plus difficiles les traitements préventifs. C'est par exemple le cas des CAF, qui utilisent deux grandes applications (Cristal et Corali) insuffisamment coordonnées, ce qui conduit à des doubles saisies et à des traitements manuels, toujours plus aléatoires, pour détecter les risques de prescription.

Des questions de principe se posent également en ce qui concerne la répartition actuelle des responsabilités entre les directeurs, responsables du recouvrement contentieux⁹⁴ et les agents comptables, responsables du recouvrement amiable. La Cour avait déjà signalé l'urgence d'une réflexion sur ce point.

93. C'est notamment le cas du réseau des CAF qui ne provisionne plus les créances prescrites depuis 1997, à cause d'une interprétation exagérément optimiste de la CNAF, selon laquelle ne seraient prescrites que les créances reconnues comme telles par un tribunal. L'insuffisance de provisions qui s'en déduit peut être évaluée, à partir des données de la CNAF, à 14 M€

94. Car chargés des poursuites à l'encontre des débiteurs de l'organisme, selon l'article D. 253-4 du code de la sécurité sociale

A la suite de ce premier examen, la Cour recommande que la procédure d'apurement soit formalisée sur le plan juridique. Ce cadre juridique devrait notamment prévoir les conditions dans lesquelles les organismes présenteraient les demandes d'apurement et procéderaient au préalable à l'auto-évaluation de leurs procédures internes, destinées à prévenir la prescription.

Les COREC continueront au cours des prochaines années à analyser les situations des organismes, mais à partir d'un certain niveau de risque.

RECOMMANDATIONS

13. Pour l'avenir, éviter que se reconstituent des créances prescrites, pour des montants significatifs : en clarifiant et simplifiant les règles relatives à la prescription ; en intégrant cette préoccupation dans les plans de contrôle interne ; en rendant les applications informatiques plus opérationnelles ; en réexaminant les règles relatives aux responsabilités respectives des directeurs et des agents comptables, en ce qui concerne le recouvrement.

14. Fonder les décisions d'apurement sur des textes de niveau juridique suffisant.

V - Les feuilles de soins électroniques : examen de certains risques

La mise en place et la montée en charge de Sésam-Vitale, qui permet une télétransmission des feuilles de soins par les professionnels de santé aux caisses, ont déjà fait l'objet d'enquêtes de la Cour. Bien que la CNAM considère le dispositif comme suffisamment sécurisé, l'analyse de certains facteurs de risques et des mesures prises pour les prévenir, comme dans le cas des doubles paiements, montre que la sécurisation du système doit être encore améliorée. Une enquête des COREC sur la qualité de la gestion des feuilles de soins électroniques, réalisée auprès de 28 caisses primaires d'assurance maladie de province, permet d'établir un diagnostic sur deux sources de risques jusqu'alors non quantifiées : les feuilles de soins ne pouvant être mises en paiement automatiquement et les doubles paiements générés par les feuilles de soins électroniques (FSE). Ces analyses ne peuvent pas être généralisées à l'ensemble des risques liés à Sésam-Vitale.

A – Les feuilles de soins rejetées et leur suivi

Une première mesure de la qualité de la gestion des feuilles de soins passe par l'analyse des contrôles effectués par la caisse, en amont de l'ordonnancement, en vue d'éviter des paiements erronés ou indus.

Environ trois feuilles de soins sur cent arrivées dans les caisses ne peuvent être liquidées en l'état, car elles présentent une erreur interdisant la mise en paiement (soit environ 24 millions de décomptes en 2002). Les feuilles de soins « papier » traitées manuellement ou semi automatiquement, par scanner par exemple, donnent lieu à un peu moins de rejets (2,6%) que les feuilles de soins qui parviennent à la caisse de manière électronique (3,4%). Dans ce dernier ensemble, il faut distinguer les feuilles de soins électroniques (FSE), qui apparaissent significativement moins erronées, avec un taux de rejet de seulement 1,7 %, alors que les flux électroniques non sécurisés⁹⁵ sont les plus générateurs d'erreurs bloquantes (6,2 %).

Parmi les FSE dont le paiement a été bloqué (en rejet), 9 % ne pourront pas être intégrées dans la chaîne de paiement et seront renvoyées à leur émetteur car les caisses sont dans l'impossibilité de les traiter. Ce taux constitue une amélioration significative apportée par Sésam-Vitale puisqu'il est inférieur de moitié au taux constaté pour l'ensemble des feuilles.

Les motifs récurrents de rejet résultent essentiellement de problèmes d'actualisation des bases de données (base des assurés, des professionnels, des médicaments) : l'assuré a bénéficié d'une exonération du ticket modérateur non reconnue par la caisse, le bénéficiaire des soins est inconnu, l'assuré bénéficie d'une prise en charge dans le cadre d'un accident du travail non encore enregistré par la CPAM, le prix du médicament n'est pas celui référencé, le médecin n'existe pas dans les répertoires... Ces divergences entre les informations contenues dans la feuille de soins et les fichiers des caisses sont le fait d'une trop lente coordination entre les différents gestionnaires de bases mais peuvent aussi relever de l'absence de mise à jour de sa carte par l'assuré, comme dans le cas des bénéficiaires de plus de 16 ans qui continuent à être enregistrés sur la carte Sésam-Vitale de leurs parents.

95. Les caisses reçoivent des tiers deux types de flux télétransmis : les premiers émanent du système Sésam-Vitale et sont dits « sécurisés » par la présentation des deux cartes « assuré » et « professionnel de santé ». En l'absence d'une de ces deux cartes, on parle de flux « non sécurisés ».

Les problèmes d'identification de l'assuré ne sont pas le fait de toutes les caisses. Mais ils traduisent, pour celles où ils sont les plus nombreux, une fragilité de la gestion des bases de données.

Le décompte de certains motifs de rejets met en évidence des pratiques spécifiques de contrôle. Ainsi, en matière d'accidents du travail, certaines caisses contournent la difficulté de mise à jour des fichiers en demandant aux professionnels de ne télétransmettre la première FSE relative aux soins que dans un délai de huit à dix jours après la date de l'accident. De ce fait, aucune feuille de ce type n'est rejetée.

De façon générale, les rejets ne font pas l'objet d'une attention suffisante au sein des caisses qui ne cherchent notamment pas à identifier de nouveaux motifs propres aux FSE. Alors qu'elles permettraient d'identifier les points faibles potentiels et de définir des actions préventives ciblées, des informations telles que la fréquence et les motifs des rejets sont loin d'être systématiquement collectées et analysées. Cette situation s'explique, en partie, par l'inadaptation de l'outil informatique initialement développé par la CNAM pour ausculter les flux télétransmis. Dans certaines régions, l'application ne produit que des listings volumineux impossibles à exploiter. Cet outil est d'ailleurs progressivement abandonné. Pour pallier cette lacune, des caisses ont développé, à leur propre initiative, des modules complémentaires, permettant de récupérer l'information à des fins d'exploitation sur micro-ordinateur. Les pratiques les plus efficaces devraient faire l'objet d'une mutualisation par la caisse nationale.

B – Les doubles paiements générés par les FSE

Lors de l'enquête de la Cour, le risque potentiel d'un accroissement des doubles paiements dû aux feuilles de soins électroniques est apparu de manière récurrente : doublons entre les feuilles de soins papier (duplicata) et FSE, doublons entre les FSE et des flux électroniques dégradés (envoyés sans la validation de la carte Vitale), risque de retransmission d'une même FSE. De crainte d'un dysfonctionnement, la Cour a souhaité axer les efforts des vérificateurs des COREC sur les doubles paiements générés, partiellement ou totalement, par des FSE.

Malgré les contrôles a priori qui en principe détectent et rejettent les feuilles de soins transmises en doublon la persistance de doubles

paiements⁹⁶, et en particulier de doubles flux électroniques sécurisés, confirme que subsistent des zones de risque, encore insuffisamment maîtrisées par les caisses.

L'observation, par tirage d'un échantillon, des paiements archivés permet d'affirmer qu'il existe des doubles paiements avérés (générés partiellement ou totalement par des FSE) dans toutes les caisses. L'enquête des COREC permet même d'estimer, en moyenne, qu'un tiers des doublons apparents sont effectivement des doubles paiements injustifiés et générateurs d'indus. La grande dispersion de ce taux (les données collectées par les COREC varient de 83% à 5%) ne peut être expliquée par des données structurelles, comme la taille des caisses, les taux d'adhésion à Sésam-Vitale ou la propension des professionnels de santé à utiliser la télétransmission.

Près des trois quarts des doubles paiements injustifiés ont été générés par des doublons entre des feuilles de soins électroniques (FSE). Cette part reste importante quel que soit le taux de « vrais doubles paiements injustifiés » décelés dans les bases de paiement. On peut en déduire une estimation du montant des indus correspondant à ces retransmissions de feuilles de soins électroniques, d'environ 11 M€ pour les CPAM de province en 2003. Cette somme correspond à 0,02 % des prestations en nature versées.

Les autres doubles paiements ont été générés, dans 21 % des cas, par l'envoi d'une FSE et d'une feuille de soins papier concernant un même acte. Cette moyenne cache de grandes disparités selon les caisses.

Par ailleurs, s'agissant des émetteurs, l'enquête des COREC a mis en évidence que, dans plus des trois quarts des doubles paiements injustifiés, soit nettement plus que leur part dans les FSE, la feuille de soins a été émise par un médecin. Les pharmacies comme les auxiliaires médicaux sont, pour l'essentiel, à l'origine des autres paiements.

Enfin, les investigations des COREC permettent de relativiser l'importance des renouvellements d'ordonnance injustifiés qui ne sont la cause de doubles paiements avérés que dans environ 3% des cas. Mais, de

96. L'analyse, dans chacune des caisses enquêtées, d'un échantillon de 60 doublons, dont la valeur est supérieure à 12 € et dont une au moins des feuilles de soins devait avoir été transmise par Sésam-Vitale, a permis de mettre en évidence la fréquence de doubles paiements injustifiés avérés (paiements multiples pour une unique prestation).

l'avis général, le rapprochement entre les feuilles de soins électroniques et les ordonnances reste un problème mal résolu⁹⁷.

Les caisses qui procèdent à des analyses rétrospectives de ces anomalies et qui ont intégré dans leurs procédures de contrôle interne une revue systématique des risques spécifiques liés aux feuilles de soins électroniques sont cependant peu nombreuses. Les outils de contrôle⁹⁸, tant a priori qu'a posteriori, sont diversement mis en application et leurs paramètres sont, en outre, parfois adaptés localement, ce qui nuit à leur efficacité. De plus, les redondances soulignées par les caisses, entre les différentes applications de détection, les incitent à arbitrer librement entre les outils utilisés et à en modifier les paramétrages. Certaines caisses se contentent simplement de la mise en œuvre de ces contrôles automatiques.

Or, les résultats qu'obtiennent d'autres CPAM semblent attester qu'une politique active de signalements des doublons détectés, notamment auprès des professionnels, permet ensuite de constater une réduction de leur fréquence.

C'est l'utilisation combinée des outils de contrôle, tant a priori qu'a posteriori, qui prémunit le mieux les caisses contre le risque de doubles paiements indus, dans la mesure où ils sont orchestrés par un plan de contrôle interne réfléchi.

—SYNTHESE—

Le dispositif Sésam-Vitale a permis d'améliorer la qualité de l'information figurant dans les feuilles de soins, mais l'enquête de la Cour, quoique limitée à deux aspects, signale qu'il n'existe toujours pas d'analyse systématique des progrès et des risques nouveaux. Ceci traduit une vraie lacune en terme de stratégie de contrôle interne. La CNAM devrait impulser une dynamique de contrôle interne en mettant à disposition des outils de contrôle, mais aussi en se donnant les moyens d'en vérifier l'impact dans chaque caisse.

97. Les ordonnances sont transmises sur support papier et archivées dans la caisse du lieu de délivrance, qui n'est pas nécessairement la caisse de l'assuré, cette dernière recevant la FSE associée.

98. IRIS et CONDOR sont les outils de contrôle a priori ; « doubles paiements » et « requêtes SIAM » sont les outils de contrôle a posteriori..

RECOMMANDATIONS

15. *Améliorer le dispositif de contrôle a priori et a posteriori, en assurant une meilleure cohérence des outils de détection automatique des doubles paiements.*

16. *Mutualiser les bonnes pratiques d'analyse des rejets, de détection et de prévention des doubles paiements.*

17. *Compléter le suivi de la gestion des feuilles de soins électroniques par des indicateurs de risques tels que les taux de rejets par motifs ou la mesure des doubles paiements avérés par origine.*

VI - L'examen des effets dans les organismes de sécurité sociale de l'application de la loi d'orientation pour l'outre mer

Depuis une dizaine d'années, les pouvoirs publics agissent pour stimuler l'activité économique dans les DOM où le chômage reste élevé (26,9 % pour l'ensemble des quatre départements d'outre-mer en 2002, contre 9 % en métropole à la même époque) et où le PIB par habitant est inférieur de moitié à celui de la métropole (11 920 € contre 22 011 €).

La loi d'orientation pour l'outre-mer (LOOM) du 13 décembre 2000 qui amplifie certaines mesures mises en place par la loi du 25 juillet 1994 institue notamment un double dispositif de soutien aux économies des départements d'outre-mer : d'une part, des exonérations de cotisations patronales de sécurité sociale, dans la limite d'un montant égal au SMIC majoré de 30%, qui bénéficient aux entreprises de moins de 11 salariés dont l'activité se situe dans les secteurs d'activité les plus exposés à la concurrence, ainsi qu'un régime spécifique en faveur des employeurs et travailleurs indépendants (ETI), et, d'autre part, un dispositif exceptionnel d'apurement des dettes sociales et fiscales pour toutes les entreprises qui connaissent des difficultés.

Si les deux dispositifs sont liés, ils poursuivent néanmoins des objectifs différents : l'exonération de charges de sécurité sociale qui concerne plus de 95% des entreprises des DOM tend à favoriser l'emploi par l'abaissement du coût du travail ; le moratoire sur les créances sociales offre aux entreprises qui ont rencontré dans le passé des difficultés un dispositif exceptionnel d'apurement de leurs dettes sociales et fiscales, afin de leur permettre de travailler, pour l'avenir, dans des conditions financières assainies.

A – L’organisation du recouvrement dans les caisses

1 – Des organismes de sécurité sociale dont la diversité explique les résultats contrastés dans la mise en œuvre de la LOOM

L’examen des effets dans les organismes de sécurité sociale de l’application des dispositifs prévus dans la LOOM a été réalisé par quatre COREC : celui d’Ile-de-France dans la caisse ORGANIC/CARBOF-CAVICORG pour l’assurance vieillesse des commerçants, la caisse autonome nationale de compensation d’assurance vieillesse des artisans (CANCAVA), la caisse nationale des barreaux français (CNBF), la caisse autonome de retraite des médecins de France (CARMF) et la caisse autonome de retraite des chirurgiens dentistes (CARCD), par le COREC de Poitou-Charentes dans la caisse maritime d’allocations familiales (CMAF), par le COREC d’Antilles Guyane dans les trois caisses générales de sécurité sociale (CGSS) et dans la caisse maladie régionale (CMR)⁹⁹, organisme représentant le régime de la caisse d’assurance des professions indépendantes (CANAM), et enfin par le COREC de la Réunion pour la CGSS de ce département.

Ainsi sont concernés des organismes très divers, par la taille (436 cotisants pour la caisse nationale des barreaux français, plus de 60 000 pour la CGSS de la Réunion), par le secteur de compétence géographique (un département pour les CGSS, une région pour les CMR, les quatre DOM pour les autres caisses), par l’implantation (siège, antennes ou délégués dans les DOM pour les CGSS, les CMR, la CANCAVA¹⁰⁰ et l’ORGANIC/CARBOF-CAVICORG, alors que les autres caisses assurent directement le recouvrement depuis la métropole) et enfin par la structure des cotisants et les régimes gérés (régime général des salariés et régimes et branches associés pour les CGSS, assurance maladie maternité des ETI pour les CMR, prestations familiales des marins pêcheurs pour la CMAF et l’assurance vieillesse pour l’ORGANIC/CARBOF-CAVICORG, la CANCAVA, la CARMF, la CNBF et la CARCD).

Cette diversité explique en partie les contrastes qui ressortent quant aux performances de chacune des caisses en matière de recouvrement et de mise en œuvre des dispositifs de la LOOM.

99. La CMR a pour mission d’immatriculer les assurés et d’émettre les cotisations. Mais ce sont des organismes conventionnés (OC) qui recouvrent les cotisations. Deux des trois OC ont été défaillants dans la mise en place des dispositifs de la LOOM. De ce fait, les informations produites sont incomplètes et n’ont donc pas été reprises.

100. Depuis de nombreuses années, la CANCAVA n’a plus de délégués locaux dans les départements de Guadeloupe et de Martinique.

2 – Une évolution positive des taux de recouvrement.

Une lettre ministérielle du 3 mai 2000, adressée aux CGSS et CMR des DOM, demandait dans l'attente de la loi LOOM de n'engager aucune poursuite pour les cotisations dont la date d'exigibilité était antérieure au 1er janvier 2000. Bien que n'étant pas destinataires de ce courrier, certaines autres caisses, telle que l'ORGANIC-CARBOF-CAVICORG, ont elles aussi appliqué ces directives. En conséquence, la période précédant la promulgation de la LOOM a été marquée par un attentisme des cotisants, se traduisant par une dégradation en 2001 des taux de recouvrement déjà particulièrement faibles dans certaines caisses. Cette dégradation tend à prouver que le recouvrement spontané baisse lorsque le risque d'une action contentieuse n'est plus perçu par les débiteurs. Toutefois, malgré le fléchissement observé en 2001, les taux de couverture périodique (TCP)¹⁰¹ connaissent plutôt une amélioration sur l'ensemble de la période dans les CGSS et dans les caisses des chirurgiens dentistes, des médecins et des marins pêcheurs, même si pour cette dernière les résultats en Guadeloupe et en Martinique restent particulièrement faibles¹⁰². En revanche, la caisse nationale des barreaux français présente une évolution erratique des taux de couverture qui n'est pas expliquée.

Taux de couverture périodique

En %

	Guadeloupe		Martinique		Guyane		Réunion	
	1998	2002	1998	2002	1998	2002	1998	2002
CGSS	84,14	84,68	86,54	88,56	80,63	91,34	95,18	95,75
CARCD	31,97	43,20	62,28	73,98	22,05	74,69	46,41	84,69
CARMF	54,07	58,62	60,74	71,40	58,09	63,57	62,58	88,79
CNBF	70,78	67,18	87,99	81,70	76,57	58,54	76,40	85,62
CMAF	4,16	13,91	5,28	5,39	77,20	77,44	25,50	72,47

Source : *Rapports COREC*

Pour l'ORGANIC/CARBOF-CAVICORG et la CANCAVA, les taux de couverture qui ne sont pas disponibles par département mais seulement pour l'ensemble des DOM sont extrêmement préoccupants :

101. Le taux de couverture périodique est égal au rapport des cotisations encaissées sur les cotisations liquidées.

102. Cette situation résulte de l'insuffisance du recouvrement au moment de son transfert aux CGSS.

14,73 % en 1998 et 14,10 % en 2002 pour la première, 2,59 % en 1998 et 3,73 % en 2002 pour la deuxième.

On observe que ce sont les CGSS qui réalisent dans chacun des départements les meilleurs taux de couverture, alors que les autres caisses, sans implantation dans les DOM ou insuffisamment présentes sur place, obtiennent de moins bons résultats. Le projet de l'ORGANIC/CARBOF-CAVICORG et la CANCAVA d'organiser en partenariat le recouvrement dans les départements d'outre-mer pourrait s'étendre aux autres caisses concernées. On constate également que, quelle que soit la caisse, le département de la Réunion présente les taux de couverture les plus satisfaisants.

B – Une forte augmentation des exonérations de cotisations

Dans les CGSS, l'accroissement de l'ensemble des exonérations de cotisations entre 2000 et 2002 est de 74 % en Guadeloupe, 55 % en Martinique, 79 % en Guyane et 65 % à la Réunion. Les exonérations dues au dispositif de la LOOM représentent en 2002 pour la CGSS de la Guadeloupe 73 % du total des exonérations, pour la Martinique 75 %, pour la Guyane 63 % et pour la Réunion 60 %.

Selon l'ACOSS, les montants exonérés dans les DOM sont passés de 500 M€ en 2000 à plus d'un milliard d'euros en 2002. Le dispositif de la loi du 25 juillet 1994 n'avait pas donné des résultats aussi importants : en 2000 les exonérations dues à cette loi représentaient 35 % du total des exonérations en Guadeloupe, 43 % en Martinique, 31 % en Guyane et 25 % à la Réunion.

Toutefois, toutes les entreprises concernées par les mesures d'exonérations de la LOOM n'ont pas opté pour cette faculté et ont préféré conserver le bénéfice d'autres dispositifs, comme par exemple les zones franches urbaines. Les résultats sont néanmoins probants : l'amélioration des taux de couverture et la baisse des restes à recouvrer observées dans la plupart des organismes peuvent, en partie, être attribuées aux effets des dispositifs de la LOOM, sans que l'on soit toutefois en mesure d'apprécier avec précision leur impact.

C – L'apurement des dettes sociales : un dispositif qui n'a pas produit les résultats attendus

L'article 5 de la LOOM a prévu un plan très exceptionnel d'apurement des dettes sociales et fiscales pour les entreprises exerçant

une activité agricole, artisanale, industrielle ou commerciale qui connaissent des difficultés. Les entreprises endettées peuvent demander, dans un délai de douze mois à compter de la publication de la loi aux caisses de sécurité sociale compétentes le sursis à poursuites pour le règlement de leurs créances antérieures au 1^{er} janvier 2000, relatives aux cotisations patronales de sécurité sociale. Cette demande entraîne de plein droit une suspension de six mois des poursuites et, durant ce délai, un plan d'apurement des dettes est signé entre l'entreprise et les caisses compétentes.

Malgré une forte médiatisation et des campagnes de communication, ce dispositif a généré peu de demandes de sursis par rapport aux comptes éligibles et le nombre de plans signés est encore plus faible.

Plans signés et bénéficiaires potentiels dans les CGSS (situation au 31 décembre 2002)

	Guadeloupe ¹⁰³	Martinique	Guyane	Réunion
Bénéficiaires potentiels (1)	17 197	15 389	3 712	9 726
Plans signés (2)	3 377	4 295	578	2 915
1/2 (%)	19,6	27,9	15,5	29,9

Source : rapports COREC

Comme pour le dispositif d'exonération, c'est à la Réunion que le moratoire des créances sociales a eu le plus d'impact.

Dans les autres caisses, le rapport entre le nombre d'entreprises en difficulté pouvant bénéficier du dispositif d'apurement et celui de plans signés est très variable. Ainsi, à titre d'exemple, à l'ORGANIC/CARBOF-CAVICORG, sur 12 759 comptes éligibles au moment de l'entrée en vigueur de la loi, 603 plans étaient signés au 31 décembre 2002, soit 5 % des débiteurs susceptibles de bénéficier d'un plan d'apurement. A l'inverse, à la CARCD, sur 362 comptes éligibles, 311 demandes de sursis ont été déposées et 165 plans ont été signés, soit 45 % des dentistes éligibles.

Les résultats des différentes caisses montrent qu'une corrélation existe sans aucun doute entre l'impact du dispositif d'apurement et le taux de recouvrement des caisses : les deux caisses qui présentent les plus

103. Compte tenu du retard pris par la CGSS de la Guadeloupe dans le traitement des demandes, c'est la situation au 30 juin 2003 qui a été retenue.

mauvais résultats en matière d'apurement des dettes sociales, l'ORGANIC/CARBOF-CAVICORG et la CANCAVA sont aussi celles qui enregistrent les taux de recouvrement les plus faibles. Ce qui est logique : l'intérêt des cotisants à bénéficier d'un dispositif d'apurement n'existe que si la non régularisation de leur situation au regard des dettes sociales risque d'être sanctionnée.

En théorie, la LOOM aurait dû permettre une amélioration du comportement fiscal des cotisants. Or il apparaît que les résultats ne sont pas à la hauteur des prévisions. Parmi les principales raisons de l'échec, l'obligation faite d'un paiement à jour à partir du 1^{er} janvier 2000 a conduit à écarter du dispositif un certain nombre de bénéficiaires potentiels, d'autant que l'annonce d'un abandon partiel des dettes antérieures à 1998 a laissé penser à certains qu'il valait mieux attendre.

La Cour recommande de ne pas renouveler de telles pratiques.

RECOMMANDATIONS

18. Tirer les enseignements de l'échec du dispositif d'apurement des dettes de la LOOM en ne créant pas un nouveau moratoire des créances sociales qui nuit à la crédibilité des organismes de sécurité sociale.

19. Développer une politique plus dynamique de recouvrement : actions de communication, mise en place d'outils pour suivre l'évolution de la dette de chacun, développement des procédures de recouvrement amiable et contentieux.
