

## **Chapitre IV**

### **Les contrôles effectués sous l'autorité de la Cour des comptes**

## **I - Les contrôles des COREC**

---

### **PRESENTATION**

---

*En application de l'article LO.132-3 du code des juridictions financières, la Cour présente chaque année une synthèse des rapports et avis émis par les comités régionaux d'examen des comptes des organismes de sécurité sociale (COREC). Ces comités, placés sous la surveillance de la Cour, réunissent, sous la présidence des trésoriers payeurs généraux de région, les directeurs régionaux des affaires sanitaires et sociales (DRASS) et les chefs des services régionaux de l'inspection du travail et de la protection sociale (SRITEPSA). Ils ont encore constitué en 2005 un instrument essentiel de contrôle externe des organismes de sécurité sociale.*

*Les modalités du contrôle exercé pour ces organismes sont en train d'évoluer à la suite du renforcement des dispositifs de contrôle interne mis en place par les organismes tête de réseau, d'une part, et de l'entrée en vigueur à partir de 2007, d'opérations de certification des comptes, d'autre part. La Cour et les administrations partenaires des COREC ont été ainsi conduites à envisager de nouvelles modalités de collaboration en vue de maintenir une forme de contrôle sur les organismes de sécurité sociale et de constituer un réseau d'alerte permettant de mieux cibler les contrôles.*

---

### **A – Les contrôles effectués en 2005**

#### **1 – Le nombre et la diversité des organismes soumis au contrôle**

Les COREC exercent leur contrôle périodique sur l'ensemble des organismes de sécurité sociale, leurs groupements et les organismes qui gèrent par délégation un régime obligatoire (notamment les organismes conventionnés pour les travailleurs indépendants).

### Les organismes recensés au 1er janvier 2006

	Organismes de sécurité sociale	Organismes de regroupement de caisse	Organismes conventionnés
UCANSS	1		
CRAM-CRAV et instance de gestion Alsace-Moselle	18		
CPAM	128		
CAF	123		
URSSAF	101		
Unions et fédérations*		98	
CGSS+ CSS Mayotte et CPS St Pierre et Miquelon	6		
SLM-SLI (mutuelles)			38
<b>Total régime général</b>	<b>513</b>		
URCAM		22	
Régime agricole**	69	55	
<b>Total régime agricole</b>	<b>124</b>		
Régime des non salariés***	95		169
<b>Total régime des non salariés</b>	<b>264</b>		
Régimes spéciaux			
Régime minier	23		
Régime des industries électrique & gazières****	107		
Autres régimes spéciaux et particuliers*****	18		

Source : DSS

\*dont UGECAM, CERTI, CRFP, CTI, CNEDI.

\*\* dont 1 caisse nationale. 22 caisses locales étant organisées en 9 fédérations, ces 9 fédérations sont incluses dans la colonne « organismes de regroupement de caisses »

\*\*\* dont 3 caisses nationales (CANCAVA, ORGANIC, CANAM).

A la date de création du RSI, il y aura 30 caisses de base et 1 caisse nationale, soit 31 organismes de sécurité sociale contre 95 actuellement.

\*\*\*\* dont 1 caisse nationale des industries électriques et gazières mise en place en 2005.

\*\*\*\*\* création d'une nouvelle caisse de retraite RATP au 1/1/06.

Un effort sensible d'adaptation de certains réseaux aux nouvelles conditions techniques et démographiques a été engagé :

- en 2005, le mouvement de regroupement des caisses de MSA s'est accéléré, avec la création de huit nouvelles caisses pluri-départementales regroupant 21 caisses de MSA ;
- de même, pour la gestion du risque maladie des professions indépendantes, le nombre d'organismes conventionnés (OC) a diminué du fait de la décision des mutuelles du Mans et des AGF de transférer en 2005 leurs activités à ce titre à la réunion des assureurs maladie (RAM) ;
- la constitution du régime social des indépendants (RSI) va s'accompagner, à partir de juillet 2006, d'une fusion de trois caisses nationales (CANAM, ORGANIC et CANCAVA) et d'une réduction de 92 à 30 du nombre de caisses régionales qui constitueront le réseau du nouveau régime unique ;
- en fin d'année 2006, le régime minier devrait adopter une nouvelle organisation de son réseau. Cette réforme prévue par un décret de novembre 2004 doit se traduire par la disparition des unions régionales et des caisses locales remplacées par sept caisses régionales.

Par comparaison la stabilité de la structure des organismes du régime général est frappante.

## **2 – Les contrôles réalisés**

L'évolution du nombre des contrôles réalisés en 2005 est présentée dans le tableau suivant.

### Répartition par type de contrôle

	2002	2003	2004	2005
Contrôles approfondis des comptes et de la gestion	252 (46 %)	215 (39 %)	92 (50 %)	83 (61%)
Contrôles intermédiaires (contrôles des comptes et suivi de la gestion)	294	314	91	53
<b>Total des organismes contrôlés</b>	<b>546</b>	<b>529</b>	<b>183</b>	<b>136</b>
Enquêtes thématiques	2	5	3	2
dont nombre d'organismes concernés par ces enquêtes	83	123	80	31

Source : Cour des comptes

L'analyse du nombre de jours de contrôle a paru utile pour mieux apprécier l'ampleur du travail des COREC, le temps de contrôle sur place étant recensé dans les rapports d'ensemble. Il s'est élevé à 2 036 jours. Si l'on inclut le travail préalable d'analyse des documents et celui de la rédaction des rapports et de contradiction avec les organismes, on peut évaluer le temps consacré en 2005 à l'ensemble des contrôles à un total d'un peu plus de 5 000 jours de travail (soit plus de 25 équivalents temps plein sur la base de 200 jours de contrôle par agent).

Même s'il a sensiblement diminué suite à la décision prise de limiter les contrôles des COREC aux organismes les plus importants<sup>82</sup>, cet effort reste significatif.

---

82. Voir les rapports de la Cour sur la sécurité sociale de septembre 2004, p.120 et 121 et de septembre 2005, p. 131 et 132.

### 3 – Les avis rendus

#### Répartition des avis par type de contrôle et par campagne

	2004		2005	
	Avis favorables	79	43,2 %	59
Avis favorables avec recommandations	75	41 %	60	44,1 %
Avis favorables avec réserves	23	12,6 %	17	12,5 %
Avis défavorables	5	2,7 %	0	
Sursis à statuer et sans avis	1	0,6 %	0	
<b>Total des organismes contrôlés</b>	<b>183</b>		<b>136</b>	

Source : Cour des comptes

Si aucun avis défavorable n'a été rendu en 2005, le nombre d'avis rendus avec observations de toute nature (recommandations ou réserves) reste élevé (57 % au total).

### 4 – La signification des recommandations

Le tableau qui suit montre le caractère prépondérant des trois domaines les plus concernés par les recommandations : la tenue de la comptabilité, le contrôle interne et la gestion du budget.

Domaine visé par les recommandations	Nombre total d'organismes concernés
Tenue et suivi de la comptabilité	49
Contrôle interne	42
Gestion du budget	35
Action sanitaire et sociale	10
Sécurité	9
Gestion de trésorerie	9
Qualité du service rendu	7
Autres	10
Total	171

Source : Cour des comptes

Les nombreuses observations relatives à la tenue des comptes montrent que, dans le cadre de la préparation à la certification des comptes, d'importants progrès restent à accomplir. Dans 60 % des organismes ainsi signalés, les recommandations concernent le recouvrement des indus ou les recours contre tiers, pour lesquels la

procédure est jugée inexistante, mal appliquée ou inefficace. Selon les rapports, la gestion du contentieux, l'apurement des comptes de tiers<sup>83</sup>, les états de développements des soldes de comptes présentent des insuffisances.

Dans plus du quart des organismes, les recommandations visent des défaillances comptables d'une certaine gravité. Elles concernent les dates d'enregistrement des opérations, le rattachement des charges à l'exercice, le calcul des dotations aux amortissements et provisions, l'inventaire des immobilisations ainsi que la tenue des comptabilités auxiliaires.

Si seuls les organismes du régime général sont concernés par la certification dès l'exercice 2006, cette démarche sera néanmoins étendue d'ici 2008 à l'ensemble des régimes. Dans cette perspective, la mise en conformité de leur comptabilité est donc particulièrement importante.

Les observations relatives au contrôle interne visent d'abord la poursuite de l'effort afin de stabiliser les acquis et de mieux garantir l'efficacité de la démarche. Elles mettent ainsi en évidence le caractère encore très insuffisant du contrôle interne et de l'analyse préalable des risques.

Enfin il convient de signaler que dans un organisme sur deux, le COREC a formulé au moins une recommandation sur la gestion du budget de la caisse portant sur la qualité des prévisions, la maîtrise de l'exécution du budget ou les délais de paiement des fournisseurs et prestataires de service.

## **5 – Le suivi des recommandations**

Les recommandations font l'objet d'un suivi de plus en plus systématique par plusieurs COREC, ce qui permet de confirmer<sup>84</sup> le niveau élevé de leur prise en considération par les organismes.

Ce résultat traduit le caractère constructif des échanges qui accompagnent ou suivent les contrôles des COREC. Cela n'a pas toujours été le cas, comme le montre l'exemple du contrôle approfondi des comptes et de la gestion de la CAF de Lyon pour les exercices 2003 et 2004. Les constats critiques du COREC concernaient des indus dans le versement de frais de déplacement et d'indemnités dus à certains

---

83. Ce constat confirme les résultats de l'examen plus général des comptes de tiers dans les organismes du régime général effectué en 2004.

84. Voir le rapport de la Cour sur la sécurité sociale de septembre 2005, p 133-134.

administrateurs (pour un montant global d'environ 60 000 € dont près de 50 000 pour la présidente).

Des difficultés particulières sont cependant à noter :

- pour des organismes de taille réduite :

Plusieurs contrôles effectués en 2005 par le COREC d'Ile-de-France ont porté sur des organismes de petite taille : la caisse de retraite des sages femmes (4 300 ressortissants), la caisse de retraite des personnels de l'Opéra National de Paris (3 300 ressortissants), ou la caisse de retraite et prévoyance des vétérinaires (12 500 ressortissants).

Le suivi des recommandations déjà émises met en évidence la situation particulière de ces organismes qui peinent à intégrer les exigences nouvelles liées notamment au contrôle interne, alors même que, selon les données recueillies par le COREC, leurs coûts de gestion sont déjà élevés (entre 112 € et 157 € en moyenne par ressortissant).

Comme la Cour l'a déjà souligné, il conviendrait que ces organismes mutualisent leurs opérations de gestion.

- pour des organismes qui ont du mal à se redresser.

Le contexte initial dégradé de certains organismes n'a pas permis, malgré des efforts significatifs, de rétablir la situation.

C'est le cas pour la caisse nationale des barreaux français (CNBF) dont les comptes ont fait l'objet d'un avis favorable avec réserve. Celle-ci n'a toujours pas mis en place un véritable contrôle interne, ni tenu compte des observations précédentes sur la procédure du recouvrement, jugée lourde et peu efficace.

Malgré des efforts indéniables la caisse de mutualité sociale agricole de Corse, présente encore un taux d'absentéisme trop important. Plus grave, en dépit du renfort de plusieurs agents mis à disposition par le réseau de la MSA, les résultats du recouvrement restent trop faibles.

La caisse de Mayotte a, elle aussi, fait l'objet de plusieurs contrôles successifs conclus par des réserves. En dépit d'une forte augmentation des moyens notamment en effectifs, les résultats demeurent insuffisants, en particulier pour le recouvrement des cotisations des entreprises. En outre, l'exercice du contrôle interne sur les dépenses liées aux frais de déplacement traduit un manque de rigueur préoccupant.

## **B – Les premiers contrôles effectués dans le cadre du réseau d’alerte**

Conformément à leurs responsabilités nouvelles, les organismes têtes de réseau déploient des outils de suivi et d’appui à la gestion des organismes de base. Mais la qualité de ces outils et l’efficacité de ces démarches sont encore variables selon les branches ou les régimes. C’est pourquoi la Cour, associée aux administrations partenaires des COREC, a souhaité renouveler ses modalités de contrôle, en procédant à des contrôles ciblés sur les organismes dont les performances paraissent les plus décevantes et en examinant en même temps si les actions correctives définies au sein du réseau étaient pertinentes.

A défaut d’un regard externe critique régulier, le risque existe d’une moindre exigence du contrôle interne aux réseaux et du suivi des performances, alors même que les efforts de modernisation de la gestion et de déploiement d’outils sont loin d’être achevés dans les organismes.

Prolongeant l’orientation définie en 2004 vers une plus grande sélectivité des contrôles<sup>85</sup>, la Cour et ses partenaires ont estimé possible de supprimer à terme le dispositif des COREC dès lors que les contrôles internes aux caisses et aux réseaux se seraient montrés adaptés et fiables et que serait maintenu un contrôle externe suffisant des organismes dans le cadre d’un réseau d’alerte<sup>86</sup>.

Pour constituer ce réseau, la Cour a procédé en 2005 à des travaux préparatoires. Des indicateurs en nombre réduit permettant d’appeler l’attention sur d’éventuelles insuffisances ont ainsi été définis pour les branches du régime général et la MSA.

Sur le fondement des signalements ainsi obtenus, deux premiers contrôles ont été effectués par la Cour. Le premier a porté sur l’URSSAF et la CAF de Digne, cette dernière<sup>87</sup> étant ciblée en raison de ses résultats médiocres pour la qualité de service (accueil téléphonique et délais de liquidation des prestations). Le contrôle a montré que les progrès

---

85. Voir le rapport de la Cour sur la sécurité sociale de septembre 2004, p 120.

86. L’expression est inspirée de celle qui décrit le dispositif de partage de l’information et des interventions correctives que les services de l’Etat ont mis en œuvre pour procéder au suivi de la situation financière des collectivités territoriales.

87. La CAF de Digne présente par ailleurs un taux d’absentéisme anormalement élevé. Pour les responsable locaux, ce phénomène résulterait notamment du nombre important de cures thermales faites par les agents de la caisse (en raison de la présence d’établissements thermaux à Digne et à Gréoux-les-Bains), la direction de la caisse ne disposant d’aucun moyen légal pour s’y opposer.

demandés depuis plus de deux ans par la caisse nationale n'étaient toujours pas réalisés. Les résultats se sont améliorés au cours de la période récente.

La Cour a pu examiner le dispositif de suivi déjà instauré par la CNAF et a noté les orientations inscrites dans la récente COG signée entre la branche famille et l'Etat. Ces orientations préconisent notamment de renforcer les procédures de suivi en cas de signalement particulier afférent à la gestion d'un organisme.

La Cour a également cherché à apprécier le dispositif de direction partagée, qui consiste à confier à une même équipe de direction la responsabilité de diriger plusieurs organismes relevant de branches différentes sur un même site. Dans le cas de Digne, il est apparu que les synergies étaient très réduites et que la spécialisation des gestions, dans chaque branche, conduisait à privilégier plutôt des regroupements de directions, au sein d'une même branche, sur des sites distincts d'une même région.

Un deuxième contrôle ciblé a porté sur la CPAM de Bobigny. Ce contrôle a mis en évidence que le regroupement des centres de production (liquidation des prestations) restait inabouti (de 40 en 2002, ils sont passés à 27 en 2005), alors même que le développement de Sesam-Vitale et la nécessité de mieux suivre l'activité des professionnels de santé poussaient à une réduction plus marquée.

L'analyse des fonctions de support a également mis en évidence des surcoûts injustifiés, du fait d'une gestion très insuffisante du patrimoine immobilier ou du maintien d'effectifs trop importants pour les fonctions de maintenance et d'entretien technique des sites.

La présence d'un nombre important d'informaticiens a également été noté alors même que les développements applicatifs sont désormais pris en charge de manière générale par le niveau national et que même pour la définition d'outils de gestion, le recours à des outils nationaux permet des démarches comparatives plus efficaces.

Au-delà de cette seule CPAM, il est apparu que la CNAMTS n'avait pas encore défini les procédures appropriées qui pourraient lui permettre de comprendre les causes des insuffisances apparentes et de définir, en lien avec les caisses concernées, les actions correctrices utiles.

## **C – La mise en place de la branche ATEXA dans le régime agricole**

La loi du 30 novembre 2001 a créé un régime obligatoire d'assurance contre les accidents de travail et les maladies professionnelles

(AT/MP) des exploitants agricoles. Ce régime, désigné indifféremment par l'un des deux sigles ATEXA ou AEXA, est entré en vigueur le 1<sup>er</sup> avril 2002. Sa gestion est confiée aux deux réseaux d'opérateurs déjà compétents pour la gestion de l'assurance maladie, la MSA, d'une part, et les assureurs privés, regroupés dans le cadre de « l'association des assureurs en AEXA » (AAA), d'autre part. Toutefois, en dehors des missions de gestion (calcul, émission puis recouvrement des cotisations, versement des prestations), qui relèvent des deux réseaux, la loi a distingué des missions dites « pivot », de prévention, de contrôle médical, de centralisation des comptes et de répartition des entreprises en classes de risques, confiées au seul réseau de la MSA.

#### **Les opérateurs de la branche**

Pour le risque AT/MP, il existait seulement jusqu'en 2002 une obligation d'assurance, au demeurant mal sanctionnée. La loi de 2001 a instauré une quatrième branche au sein de la sécurité sociale agricole. Les exploitants agricoles peuvent choisir librement l'un ou l'autre opérateur intervenant déjà dans le secteur des prestations agricoles : d'une part, la MSA qui assure la totalité du risque vieillesse et environ 90 % du risque maladie, d'autre part, les assureurs privés, qui assurent également les risques dits « de la vie privée » ou les risques économiques. Pour la gestion du risque AT/MP, la loi a prévu que les assureurs privés se regroupent au sein d'une « association des assureurs en AEXA », dont les opérations sont en pratique déléguées à l'association « APRIA réunion de sociétés d'assurances » ou « APRIA-RSA », connue jusqu'en 2005 sous la dénomination de « GAMEX ». Cette structure gère par ailleurs l'assurance maladie de plus de 50 % des professions indépendantes non agricoles et de près de 10 % des exploitants agricoles.

Pour près de 630 000 assurés en 2004, on dénombre un peu plus de 36 000 déclarations d'accidents du travail et 1 220 déclarations de maladies professionnelles. Des cotisations d'environ 160 M€ ont ainsi été recouvrées (l'assiette et les modalités de recouvrement sont analogues à celles des autres branches). Les prestations versées ont atteint 85 M€ environ. En ajoutant à ces dernières les dépenses de gestion et les dotations destinées à un fonds de réserve des rentes et à un fonds de prévention, les charges s'élèvent au total à un peu plus de 150 M€

Deux ans après l'entrée en vigueur de cette nouvelle branche, les COREC ont procédé à un premier bilan de sa mise en œuvre. Celui-ci est fondé sur les investigations menées en 2005 d'une part à la caisse centrale de mutualité sociale agricole mais aussi au niveau local dans 18 caisses de MSA et, d'autre part, dans diverses implantations d'APRIA RSA (siège, centres nationaux de gestion des prestations ou plates-formes mises en place à Landerneau et Aurillac et dans 11 bureaux du réseau APRIA- RSA).

Ces contrôles ont permis de constater que les nouveaux dispositifs prévus par la loi sont désormais en place. Mais un examen plus attentif révèle une insuffisante rigueur dans les procédures. Des correctifs doivent être rapidement apportés.

## **1 – Les missions nouvelles ont été assurées**

### *a) L'affiliation*

La mise en oeuvre de la nouvelle loi impliquait en premier lieu que tous les exploitants soient affiliés au nouveau régime. Les exploitants ont dû choisir leur opérateur et, à défaut de réponse, ont fait l'objet de mises en demeure prévues par la réglementation. Dans certains cas, rares selon les rapports, des rappels ont été nécessaires. Ils ont surtout concerné des exploitants agricoles exerçant cette fonction à titre secondaire et qui jusqu'ici se croyaient dispensés de cette obligation. La procédure prévue d'affiliation automatique par décision du SRITEPSA, n'a été que rarement utilisée et les contestations de cette obligation devant les tribunaux sont restées exceptionnelles

Dans quelques cas, en particulier dans les premiers mois, quelques cas de « démarchages » de la part de caisses de MSA ou d'assureurs privés, ressentis comme agressifs, ont été signalés aux auditeurs des COREC. Ils sont restés isolés. Le réseau APRIA-RSA assure désormais 70 % environ des exploitants contre 30 % pour la MSA.

### *b) Les missions pivot de classement des exploitations et de prévention*

Le classement des exploitations en catégories de risques vise à établir des niveaux différenciés de cotisations. Selon les rapports des COREC, cette tâche, confiée aux seules caisses de MSA, a été réalisée sans difficulté.

Les actions de prévention, déjà mises en oeuvre par les caisses de MSA en direction des seuls salariés agricoles, sont désormais développées également vers les exploitants agricoles. Progressivement, des thèmes spécifiques pour ceux-ci ont été intégrés dans les programmes pluriannuels de prévention. Même s'il n'est pas toujours aisé de distinguer les actions destinées de manière ciblée aux exploitants, on peut là aussi considérer qu'un autre objectif important de la loi est en cours de réalisation.

*c) Les missions de gestion*

Les gestionnaires du nouveau régime ont su faire face aux déclarations d'accidents ou de maladies professionnelles. La transition s'est bien effectuée car leur gestion s'inscrivait dans la continuité des gestions antérieures. Les caisses de MSA étaient déjà compétentes pour les accidents de travail des salariés agricoles et APRIA-RSA a pu bénéficier de l'expérience transmise par les assureurs privés qui géraient précédemment les contrats.

Les contrôles effectués par les auditeurs des COREC sur des dossiers sélectionnés par sondage n'ont pas révélé un taux d'erreur anormal. Les données disponibles en ce qui concerne la mesure de la satisfaction des assurés semblent indiquer que le régime a fonctionné sans heurts. Quant aux décisions prises pour la reconnaissance des maladies professionnelles ou les taux d'invalidité permanente, les COREC ont signalé que le contentieux engendré restait limité.

**2 – Des procédures défailtantes***a) Le recouvrement*

L'examen des taux de recouvrement témoigne en premier lieu d'une insuffisante rigueur, notamment dans le réseau APRIA-RSA. Le taux de recouvrement y était en 2004 inférieur de plus de six points à celui des cotisations maladie (82,5 % en ATEXA contre 88,8 % en maladie). Au moment du contrôle des COREC, aucune procédure de recouvrement contentieux n'avait encore été mise en œuvre dans le réseau.

Au-delà des difficultés normales de mise en route, on note l'absence, au sein d'APRIA-RSA, de toute incitation à une meilleure performance du recouvrement. Le système dit « de l'émission », qui impute aux dépenses administratives des organismes une partie des restes à recouvrer, n'est appliqué qu'au recouvrement des seules caisses de MSA. Pour le reste, la rémunération de la gestion est fondée sur des remises de gestion qui ne sont pas modulées, comme c'est le cas dans de nombreux autres régimes (par exemple pour le régime maladie des professions indépendantes -AMPI- lui aussi géré par APRIA-RSA), en fonction des performances constatées notamment pour le recouvrement des cotisations<sup>88</sup>.

---

88. Sur la notion de remise de gestion, voir le chapitre VIII, II, A, 2, p. 240.

*b) Le contrôle des justifications médicales et les modalités d'intervention du contrôle médical*

Les délais d'envoi par les assurés des déclarations d'accident de travail sont importants. Alors même que le délai prévu par la réglementation (huit jours<sup>89</sup>) est plus long que celui instauré pour la déclaration des accidents des salariés (un jour), 30 % à 40 % des déclarations arrivent hors délai à la MSA, avec des délais moyens allant de 9 à 25 jours. Pour la plate-forme de Landerneau, le délai relevé était de 21 jours à fin 2004.

De tels délais rendent délicat l'exercice du contrôle normalement prévu en cas de doute sur la matérialité de l'accident et sur la reconnaissance ou l'imputabilité des dépenses à un accident de travail. Les demandes d'explication ou les enquêtes administratives sont rares et les procédures peu formalisées. Il est par conséquent difficile d'établir des statistiques fiables. Les COREC ont noté à ce titre qu'en dépit de 275 déclarations d'accidents de travail dans les MSA du Doubs et de Loire Atlantique, ces deux caisses n'avaient diligenté aucune enquête.

Le contrôle médical (qui fait partie des missions pivot confiées aux caisses de MSA) est très hétérogène et le ciblage des interventions est très variable. Pour les assurés relevant des MSA, certains contrôles médicaux délèguent une large part du suivi des dossiers aux services administratifs, d'autres non. En revanche, toutes les déclarations d'accidents de travail traitées par APRIA-RSA doivent être soumises au contrôle médical de la MSA, ce qui conduit à un volume de dossiers important et non ciblé.

Les COREC ont noté enfin que les outils nationaux destinés à faciliter les contrôles et à homogénéiser les décisions, concernant la fixation des taux d'invalidité et de rentes, n'étaient utilisés que dans moins de la moitié des dossiers.

---

89. Le délai est de 15 jours pour la déclaration des maladies professionnelles. Il n'est pas non plus respecté et les sanctions prévues, ne sont pas ni pour les accidents du travail ni pour les maladies professionnelles. Certes, le constat de retards dans les déclarations n'est pas propre au régime ATEXA, comme l'a montré le rapport public particulier de la Cour sur la gestion du risque accidents de travail et maladies professionnelles. En l'occurrence, cependant, l'importance du retard est telle qu'elle peut priver d'effectivité les contrôles prévus.

*c) Le contrôle interne*

Le contrôle interne est faiblement déployé dans ce nouveau régime. Au sein des caisses de MSA, la démarche de contrôle interne est encore très récente et ne concerne qu'exceptionnellement le nouveau régime ATEXA. Il en va de même en ce qui concerne la comptabilité analytique, encore embryonnaire.

Pour le réseau APRIA-RSA, les contrôles internes effectifs ne portent que très rarement sur ce régime et la démarche qualité, mise en œuvre pour la gestion ATEXA, ne peut en tenir lieu car elle n'implique pas une analyse préalable systématique des risques.

*d) Un risque important de mauvaise imputation*

Au total, ces diverses faiblesses peuvent aggraver le risque que des dépenses (incluant des indemnités journalières) soient, dans certains cas, imputés en ATEXA, alors même que l'accident ou la maladie professionnelle est insuffisamment attesté. Dans d'autres cas, beaucoup plus fréquents, des dépenses peuvent être imputées sur le risque maladie alors qu'elles sont la conséquence d'accidents de travail ou de maladie professionnelle, déclarées tardivement ou pas du tout.

Cette question de la sous-déclaration n'est pas propre aux régimes agricoles. Dans le régime général, une procédure particulière de compensation forfaitaire a été instituée depuis 1998 par une disposition législative (article L. 176-1 du code de la sécurité sociale). Les montants (330 M€ en 2004) en sont fixés tous les trois ans, sur avis d'une commission associant les partenaires sociaux.

Bien que ce phénomène de sous-déclaration paraisse très marqué, une procédure de compensation forfaitaire n'existe pas pour les régimes agricoles. Les auditeurs COREC ont ainsi mis en évidence que, dans la MSA du Doubs, 14 dossiers d'accidents de travail sur les 20 examinés faisaient apparaître des premières dépenses imputées sur le risque maladie (AMEXA). Les chiffres correspondants sont de 13 sur 20 pour la MSA de la Côte d'Or. Une enquête plus systématique de la caisse centrale de la MSA, portant sur les années 2002 et 2003, indiquait de même que près de 60 % des dossiers liquidés présentaient des factures imputées à tort sur le risque maladie et que le montant moyen de l'indu par dossier s'élevait à 235 €. Une extrapolation de ces montants à l'ensemble des dossiers liquidés conduisait à un report injustifié de 5 M€ sur le régime maladie pour l'année 2003.

Encore ce chiffre ne prend-il pas en compte les accidents qui n'ont pas donné lieu à déclaration et qui font donc l'objet de dépenses

exclusivement imputées sur le régime maladie. L'ampleur de ce phénomène est plus difficile à appréhender. Du fait d'un délai de carence de sept jours pour le versement d'indemnités journalières aux exploitants agricoles en cas d'accident de travail, la pratique de non déclaration des accidents de gravité faible et moyenne est assez répandue. L'avantage spécifique dans l'indemnisation en AT/MP, par rapport à une indemnisation dans le cadre du régime maladie, est en effet assez faible, alors même que les procédures sont contraignantes. Il est donc probable que certains accidents ne soient déclarés qu'au bout d'une période destinée à apprécier l'évolution de l'affection (compte tenu du manque de rigueur observé dans les délais), voire pas déclarés du tout si les conséquences se révèlent peu importantes.

### **3 – Des mesures correctrices indispensables**

#### *a) Des évolutions immédiates*

Des progrès immédiats pourraient résulter de modifications limitées dans la réglementation ou les procédures. Ainsi la mise en place d'une téléprocédure pour la déclaration d'accident de travail pourrait permettre d'appliquer la réglementation prévue sur les délais de déclaration des accidents.

Une simplification des circuits entre APRIA-RSA et les services du contrôle médical des MSA (déjà expérimentée au demeurant) est également possible. Cela permettrait de cibler l'examen du contrôle médical sur les dossiers qui le justifient.

Enfin, il paraît indispensable de créer des mécanismes incitatifs visant à améliorer le recouvrement des cotisations par APRIA-RSA. La détermination d'un objectif en matière de recouvrement pourrait être assortie d'une modulation (à la hausse ou à la baisse) du montant de remises de gestion, selon les performances constatées.

#### *b) Les orientations à privilégier*

La mutualité sociale agricole a engagé une démarche de contrôle interne et de mise en œuvre d'une comptabilité analytique, encore très insuffisante selon les constats des COREC pour le risque ATEXA. Cette double démarche devrait être mise en valeur dans la prochaine COG de la MSA.

Pour limiter les conséquences de la sous-déclaration, la mise en œuvre de modalités identiques à celles existant dans le régime général conduirait à ce que le conseil supérieur de la protection sociale agricole

fixe au profit de la branche maladie une compensation forfaitaire à partir d'expertises préalables. Sans attendre la définition d'une procédure négociée et fondée sur une expertise complète, la régularisation de la situation constatée pour les années 2002 à 2004 dans de nombreux départements entraînerait un versement forfaitaire compensatoire fondé sur les évaluations de la caisse centrale de MSA.

Un tel mécanisme de compensation augmenterait les charges du régime ATEXA au moment où l'on s'attend à une diminution de ses excédents. Cela doit conduire à renforcer la responsabilité de présentation et d'équilibre des comptes, confiée à la caisse centrale de la mutualité sociale agricole, sous le contrôle de la tutelle.

Au-delà de ces mesures, la Cour constate que la dualité des opérateurs qui est le principe fondateur de la réforme de 2002 est source de dysfonctionnements multiples et de lourdeurs de gestion. Elle considère que cette dualité n'est plus justifiée. Un constat identique peut être fait pour l'assurance maladie des exploitants agricoles (cf. infra chapitre VIII).

---

**RECOMMANDATION**

---

*11. Améliorer le fonctionnement du dispositif actuel notamment en modulant les remises de gestion.*

---

## **D – Le contrôle interne dans les centres informatiques des branches famille et maladie du régime général**

Au cours des dernières années, les COREC ont successivement examiné le contrôle interne dans les CPAM, les CAF, les CRAM et enfin dans les URSSAF. Dans son rapport précédent, la Cour soulignait la nécessité d'une démarche conçue et impulsée au niveau national avant sa mise en œuvre sur le plan local.

Les COREC ont examiné en 2005 le contrôle interne dans les centres informatiques de deux branches du régime général. Les investigations ont porté sur cinq centres de traitement informatique (CTI) pour la branche maladie et cinq centres régionaux de traitement

informatique (CERTI) pour la branche famille<sup>90</sup>. Les auditeurs ont mis en évidence de nombreuses défaillances ponctuelles, signes d'une rigueur insuffisante et d'une implication trop tardive et encore incomplète des organismes têtes de réseau (CNAMTS et CNAF).

### 1 – Des pratiques hétérogènes dans les centres

Dans les deux branches considérées, le niveau des moyens mobilisés et la rigueur des procédures observées sont hétérogènes. Le contrôle interne dans les CTI et dans une moindre mesure dans les CERTI, continuait à reposer en 2005 sur les efforts dispersés et inégaux des équipes en place<sup>91</sup>.

#### a) *L'absence de véritable plan de contrôle interne*

Alors même que l'obligation de définir un plan de contrôle interne (PCI) s'impose à tous les organismes depuis le décret du 10 août 1993 et que les enjeux liés à la définition de sécurités, notamment contre le risque d'intrusions physiques ou logiques, paraissent majeurs, les auditeurs COREC ont mis en évidence l'absence de véritables plans de contrôle interne dans les centres examinés.

Pour la branche maladie, la CNAMTS avait certes diffusé en juin 1998 une circulaire prévoyant l'établissement d'un plan de contrôle interne mais n'en a pas assuré le suivi. Ainsi en Ile-de-France, le CESTIF avait établi un premier plan de contrôle en 1997, l'a révisé et maintenu jusqu'en 2000. Mais ce n'est qu'en 2004 que ce CTI a décidé de relancer et d'actualiser son dispositif. Selon le rapport COREC, ce nouveau plan a été bâti principalement à partir des actions mises en place, sans analyse préalable des risques et sans plan d'ensemble destiné à apporter une réponse globale.

Pour la branche famille, une démarche plus rigoureuse avait été engagée mais n'a pas été menée à son terme. Sur l'impulsion de la

---

90. Ont été examinés les organismes suivants, signalés par leur sigle avec la mention de leur aire géographique de compétence :

- pour la branche maladie, cinq CTI sur les neuf centres existants : le CTIGE (Grand Est), le CESTIF (Ile-de-France), le CTI Sud (Sud Ouest), le CTI PACAC (Sud-Est) et le CTIRAA (Rhône-Alpes-Auvergne) ;

- pour la branche famille cinq CERTI sur les huit existants : le CERTIA (Sud Ouest), le CREATIF (Ile-de-France), le CERTI Nord, le CERTIAM (Sud Est) et le CERTIRAA (Rhône-Alpes-Auvergne).

91. Voir, sur ce point, le rapport préparatoire à la certification des comptes de la sécurité sociale, septembre 2006, p. 29.

CNAF, un descriptif des procédures a été engagé en 2000 et une méthodologie visant à cerner les risques de gestion devait être formalisée dans les différents CERTI au moyen du logiciel TACITE. Mais cette démarche n'a cependant pas été jusqu'ici consolidée au plan national et chaque centre s'en est inspiré avec une rigueur variable.

En 2003, la CNAF a proposé une démarche différente, fondée sur la définition et la diffusion de « bonnes pratiques ». Mais les pratiques recommandées ne couvrent pas la totalité des activités d'un CERTI. Au total, et même si la branche famille paraît plus avancée que la branche maladie, on ne peut pas non plus conclure à l'existence de vrais plans de contrôle interne.

#### *b) Des disparités dans la rigueur des procédures*

Dans les deux branches, on constate un suivi hétérogène des habilitations autorisant l'accès aux données ou aux traitements. Ainsi pour la branche famille, au CERTIRAA, les journaux des tentatives d'accès non autorisés ne sont pas exploités. Le CERTI Nord et le CERTIA ne semblaient pas préoccupés par cette problématique de vigilance sur les accès.

Dans la branche maladie, le rapport COREC a relevé en particulier de multiples insuffisances dans les procédures de contrôle des accès physiques et logiques au CTIGE.

#### *c) Le suivi des incidents*

La connaissance exhaustive de l'ensemble des dysfonctionnements constatés dans les applications nationales constitue un élément important de prévention et de contrôle interne. Or, dans les deux réseaux, on constate une même absence de rigueur dans les procédures observées localement.

Dans la branche maladie, les incidents sur les applications nationales relèvent en principe du centre de support national de Bordeaux et sont suivis par un logiciel unique SIEBEL. Mais les enregistrements dans cet outil ne sont automatiques que pour 50 % des incidents et déclaratives pour l'autre moitié ce qui fragilise la procédure mise en place. Une partie des incidents est traitée localement. Pourtant, il n'existe pas de typologie unifiée pour tous les centres.

Pour la branche famille, de même, les incidents constatés dans les CAF sont déclarés auprès de chaque CERTI mais font l'objet d'un suivi hétérogène dans la mesure où le logiciel national prévu à cet effet est peu utilisé et où les centres ont développé des outils locaux différents.

Au-delà de la diversité des applications, c'est la logique même de traitement de ces incidents qui diffère suivant les centres. Alors qu'au CERTIAM, tout incident est référencé et comporte un numéro unique, au CERTIRAA, si l'incident est résolu au niveau local, il n'est pas retracé au niveau central. Au CERTI Nord, l'outil national ne paraît pas du tout utilisé et les incidents locaux ou nationaux sont seulement archivés dans une base « Notes ». Plusieurs rapports relèvent en outre que des incidents peuvent être signalés directement aux équipes spécialisées par projets et non à la structure nationale dédiée.

Toutefois, consciente des inconvénients de cette situation, la CNAF prépare une nouvelle version du logiciel national (« Bugs 2 ») qui devrait permettre un suivi automatique et exhaustif des incidents et de leur résolution.

*d) Le suivi des versions applicatives distribuées aux organismes*

Les COREC ont noté également une surprenante disparité dans les outils qui permettent aux centres de superviser le déploiement des mises à jour applicatives dans les caisses adhérentes, alors même que l'utilisation simultanée de différentes versions constitue une source reconnue d'incidents et d'erreurs<sup>92</sup>.

Les différents CTI de la branche maladie ont ainsi développé leurs propres outils : le CTI Sud dispose d'un outil de suivi local (MEP), le CESTIF archive les télé-distributions dans la messagerie, le CTI PACAC met lui aussi en œuvre un outil local.

Il en va de même pour la branche famille. Le suivi des applications utilisées dans les CAF est assuré par un outil national (TDS), mais l'observation détaillée des procédures montre que des outils locaux sont utilisés en complément pour pallier certaines limites de l'outil national.

D'une manière plus générale, la possibilité pour les centres de traitement, mais également pour les organismes de base, de recourir à des applications locales, plutôt qu'aux outils nationaux, complique la mise en œuvre des applications et rend plus difficile une appréhension exhaustive des risques applicatifs. Or le maintien dans les centres de traitement (comme d'ailleurs dans les caisses locales) d'équipes de développement spécialisées incite à pérenniser cette activité de développement. Une telle situation ne permet pas de garantir la fiabilité des systèmes

---

92. Du moins pour les applications qui ne fonctionnent pas sous UNIX, ce qui est encore le cas de la plupart des applications.

informatiques<sup>93</sup>. Elle va aussi à l'encontre d'une gestion économe des ressources humaines en informatique.

Dans la branche maladie, 400 applications locales ont ainsi pu être recensées dans l'ensemble des CTI avec des variations très surprenantes entre les centres (1 pour le CTI Sud, mais jusqu'à 116 pour le CTI Nord Pas de Calais-Normandie-Picardie). Toutefois, au cours de l'année 2005, ces applications ont été soit abandonnées, soit reprises pour certaines au niveau national.

De telles applications locales existent également dans les CERTI, même si un recensement analogue n'a pas été effectué.

#### *e) L'absence d'exercices systématiques de secours*

Les COREC ont cherché à vérifier l'effectivité des contrôles et des procédures, ce qui les a conduits à élargir leurs investigations aux questions tenant à la sécurité. L'absence de procédure homogène de définition et de mise en oeuvre de plans de secours ou de plans de continuité des traitements a ainsi été relevée dans les CTI de la branche maladie.

Cette observation traduit cependant un choix national de la CNAMTS de miser sur la migration des applications vers un environnement UNIX (l'unicité du matériel permet alors d'apporter des solutions de secours aisées). Cependant cette migration n'était encore que très partielle en mars 2006 alors que les centres ne disposaient plus de solution de secours depuis fin 2004. Pour autant, aucun bilan n'était disponible pour consolider les efforts effectués par les différents CTI en vue d'établir d'éventuels plans de continuité.

## **2 – La nécessité d'un cadrage par les caisses nationales**

La longue énumération de dysfonctionnements constatés par les COREC montre que l'exigence en matière de procédures (et le contrôle de leur application effective) ne peut rester de la seule responsabilité des centres de traitement informatique. La démarche de contrôle interne doit être impulsée au niveau national, d'autant qu'elle interfère avec des questions de plus en plus sensibles liées à la prévention des fraudes et des intrusions ou à la définition de mesures de sécurité des traitements.

---

93. L'audit des systèmes et des principales applications, nécessaire en vue de la certification des comptes par la Cour, devrait s'en trouver notablement compliqué.

Dans la branche maladie, et dans une moindre mesure, dans la branche famille, cette prise de conscience commence à exister mais elle est encore incomplète.

*a) Une démarche tardive*

S'agissant de la CNAMTS, des premiers travaux exploratoires, engagés en 2004, visaient à définir une démarche pilote sur un site. Ces travaux n'ont pas abouti et ont laissé la place, plus récemment, à une démarche nationale de recensement et de cotation des risques spécifiques aux CTI, destinée à préparer pour fin 2006 le déploiement d'un « plan de maîtrise socle » pour le risque informatique.

Un premier travail de repérage des risques principaux a été engagé en 2003 pour la branche famille. Tous les CERTI ont été invités à évaluer leur exposition aux risques puis à définir les meilleures pratiques et à les mettre en œuvre dans les centres. Toutefois, ce n'est que très récemment, à partir de l'automne 2005, que ces deux démarches ont été associées. En outre, les moyens disponibles pour impulser une démarche de contrôle interne (et a fortiori pour en contrôler à l'avenir l'effectivité et la rigueur) restent très réduits dans les deux caisses nationales alors même que les effectifs informatiques sont conséquents dans les deux branches.

Certes, les travaux récemment engagés attestent d'une prise de conscience progressive des enjeux liés aux risques informatiques, dont témoignent également les nouvelles instructions adressées aux CAF et aux CPAM appelant l'attention des organismes sur les risques liés aux usages de l'informatique. Mais aucune nouvelle instruction spécifique relative au contrôle interne dans les centres informatiques n'a été diffusée.

La double démarche, indispensable sur le plan national, de définition d'une stratégie en matière de sécurité et de déclinaison de cette démarche par l'établissement de standards de contrôle interne, est restée partielle. Elle s'est trouvée conditionnée à des progrès préalables dans l'architecture applicative et institutionnelle, dont la réalisation est lente et qui sont encore en cours dans l'une et l'autre branche.

*b) Une approbation tacite des applications au plan local*

Devant la persistance des applications locales, une attitude plus volontaire des caisses nationales sur cette question sensible était attendue. Force est de constater qu'elles ont toutes deux adopté en la matière, malgré des contextes différents, une position frileuse voire résignée, tant en ce qui concerne l'utilisation des applications locales existantes qu'en

matière de nouveaux développements locaux dans les caisses locales et a fortiori dans les CERTI ou les CTI.

Ainsi, au sein de la branche maladie, l'instruction de juillet 2005 sur le contrôle interne des CPAM autorise encore l'élaboration d'applications locales. Elle indique seulement que « la collaboration du directeur et de l'agent comptable de la CPAM est requise pour l'étude préalable à la mise en oeuvre de nouveaux logiciels répondant à des besoins spécifiques des organismes locaux ».

Le schéma directeur des systèmes d'information établi par la branche famille pour la période 2006-2009 va encore plus loin. Il souligne en effet « que proclamer qu'il n'y a plus de développement en dehors des applications et services nationaux serait un mauvais principe. La création de valeurs ajoutées au plan local est à cultiver ».

La Cour recommande donc que les informaticiens chargés de missions de développement, en fonction dans les CPAM (plus de 200), les CAF, ou dans les CTI et les CERTI (près de 280 répartis entre les divers échelons hors CAF) soient rattachés aux directions centrales des systèmes d'information. Ceci permettrait de constituer des équipes bénéficiant d'une plus grande taille critique et favoriserait sans doute des économies significatives dans le fonctionnement

### *c) Une restructuration insuffisante du réseau des centres*

Cette attitude tolérante s'est également traduite par une restructuration insuffisante des réseaux de centres informatiques dont la structure demeure fragmentée et complexe. Dans les deux branches une apparente rationalisation a été opérée à la fin des années 1990. A la CNAMTS, la restructuration des CTI a certes abouti à une diminution de leur nombre (9 au lieu de 14) mais elle a aussi conduit à augmenter le nombre de centres nationaux de cinq unités. Le nombre de sites informatiques n'a donc pas varié sur la période considérée. Au total, les services informatiques de la branche maladie sont implantés sur 18 sites différents.

Le même phénomène a été constaté dans la branche famille où l'on décompte sept centres nationaux et huit CERTI.

Les deux branches semblent maintenant s'orienter vers une réorganisation de leurs réseaux respectifs. Mais si le maintien des activités dans l'ensemble des sites est posé en préalable, il est à craindre, au vu des expériences passées, que l'effet d'une restructuration de la production en soit amoindri.

### 3 – Une situation voisine pour la branche du recouvrement

La Cour a réalisé en 2005 un contrôle qui a porté sur l'informatique de la branche du recouvrement<sup>94</sup>. Plusieurs des constats faits à l'issue de ce contrôle recourent ceux établis pour les branches maladie et famille par les COREC :

- la réorganisation du réseau des CERTI n'est pas suffisante, notamment parce que les missions spécialisées qu'il conviendrait de confier à chacun d'entre eux n'ont pas été redéfinies ;
- les développements d'applications, réalisés au niveau des URSSAF ou des CERTI, n'aboutissent pas toujours ou lorsqu'ils aboutissent, peuvent concurrencer de manière dommageable l'utilisation des logiciels nationaux ;
- l'absence d'un plan de secours pour l'ensemble des centres informatiques a été également relevée.

La Cour a aussi constaté de manière plus générale des insuffisances graves en matière de pilotage de la fonction informatique. En premier lieu, la trop grande autonomie laissée par l'ACOSS aux CERTI de la branche pour les missions nationales qui leur ont été confiées a conduit à mettre en œuvre un système d'information dont tous les éléments qui le composent ne sont pas cohérents entre eux. De plus, les priorités relatives aux évolutions des programmes existants et des nouveaux développements résultent plus de la répartition figée des compétences entre les centres que d'une analyse objective des besoins.

Plusieurs outils permettant le pilotage ne sont plus adaptés ou n'ont pas été remplacés. Les CERTI ne disposent plus d'une comptabilité analytique. Les comités réunissant leurs directeurs, sous la présidence du directeur de l'informatique de l'établissement public, ne se sont pas tenus entre 2003 et 2005. Les règles pour piloter les investissements informatiques dans les CERTI et les URSSAF sont insuffisantes et peuvent être contournées. De plus les modalités de contractualisation entre l'ACOSS et les CERTI sont inadaptées, qu'il s'agisse des contrats pluriannuels de gestion ou des contrats établis pour les missions nationales qui leur sont confiées.

Enfin il n'existe pas de réelle maîtrise d'ouvrage pour le système d'information principal des URSSAF (le système national de production -SNP-) : faute de moyens et de positionnement correct, le comité national de gestion du SNP, théoriquement en charge de cette mission, n'assure,

---

94. Sur les huit centres informatiques de la branche du recouvrement, la situation des CERTI de Caen, Lille et Toulouse a été examinée lors du contrôle.

qu'un rôle d'animation sans possibilité d'arbitrage entre les différentes priorités.

---

**SYNTHESE**

---

*L'analyse des dispositifs de contrôle interne dans les centres informatiques des deux branches maladie et famille comme celle de l'organisation du pilotage de la fonction informatique de la branche recouvrement conduisent donc à des conclusions proches : la nécessité de poursuivre la restructuration des différents réseaux des centres informatiques, le besoin d'une plus grande rigueur dans la démarche d'analyse des risques y compris dans sa déclinaison locale, enfin, et de manière plus générale, la nécessité d'un cadrage national plus rigoureux.*

---

---

**RECOMMANDATIONS**

---

12. *Etablir un plan national de contrôle interne et de prévention des risques applicable à l'ensemble des centres informatiques.*

13. *Interdire le développement d'applications locales concurrentes des outils nationaux.*

14. *Rattacher les informaticiens développeurs à la direction nationale informatique de chaque branche.*

---

## **II - Les contrôles effectués sur l'Etat employeur**

---

**PRESENTATION**

---

*L'article 74 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 prévoit que la Cour contrôle le paiement des contributions sociales dont sont redevables les administrations centrales de l'Etat ; il dispose par ailleurs que les URSSAF et les CGSS contrôlent les services déconcentrés. La Cour rend compte de l'ensemble de ces contrôles dans son rapport annuel.*

---

Dans les rapports des années 2004<sup>95</sup> et 2005<sup>96</sup>, la Cour avait présenté les résultats du contrôle qu'elle avait réalisé sur l'assiette des cotisations de l'Etat employeur et sur les cotisations dues par l'Etat pour les agents pluri-actifs ou occasionnels. Elle avait également rendu compte

---

95. Voir le rapport de la Cour sur la sécurité sociale de septembre 2004, p. 71 à 75.

96. Voir le rapport de la Cour sur la sécurité sociale de septembre 2005, p. 103 à 105.

des contrôles effectués par les URSSAF dans deux rectorats, une DRASS et une DDASS<sup>97</sup>. Elle avait formulé trois recommandations :

- aligner l'assiette des cotisations des employeurs publics sur le droit commun du régime général ;
- déterminer avec une plus grande rigueur l'assiette des cotisations sociales des agents publics occasionnels ou pluri-actifs ;
- enfin, renforcer les contrôles des versements des cotisations sociales de ces personnels, notamment à partir d'une meilleure coordination entre les services ordonnateurs, le trésor public et les URSSAF.

Ces recommandations n'ont été, à ce jour, que partiellement mises en oeuvre.

### **A – Les versements de l'Etat employeur**

Sur la base de la législation actuellement appliquée, les montants des cotisations sociales maladie versées au titre des agents titulaires et des ouvriers de l'Etat se sont élevés en 2005 à 4,30 Md€ contre 4,24 Md€ en 2004, soit une progression de 1,39 %. Au titre de ses agents non titulaires, les cotisations maladie se sont élevées à 163,9 M€ et les cotisations retraite à 86,6 M€ en baisse très légère, respectivement de 1,63 % et de 0,37 % par rapport à 2003.

Lors du transfert aux CAF du versement des prestations familiales dues aux fonctionnaires, le taux de la cotisation employeur a été aligné sur le droit commun (5,4 %). En revanche, il reste différent en maladie et les indemnités n'ont toujours pas été intégrées dans l'assiette. Lors d'un précédent contrôle (2003)<sup>98</sup>, la Cour avait estimé à 3 Md€ la perte de recettes pour le régime général pour l'ensemble des trois fonctions publiques, dont 2 Md€ au seul titre de l'Etat. Cette recommandation demeure.

---

97. Les URSSAF, à la suite des contrôles réalisés sous forme de tests en 2004-2005, ont entamé en 2006 le contrôle du rectorat de Nice, des directions régionales du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle d'Aquitaine et du Limousin, des directions départementales de Gironde et de Haute-Vienne, de la direction régionale de la jeunesse, des sports et de la vie associative de Champagne-Ardenne, de la direction départementale de la Marne et du centre d'éducation physique et sportive de Châlon-en-Champagne. Ce programme de contrôle sera poursuivi au cours du second semestre par le contrôle d'une préfecture et celui de services déconcentrés du ministère de l'économie, des finances et de l'industrie. Il en sera rendu compte dans le prochain rapport annuel de la Cour.

98. Voir le rapport de la Cour sur la sécurité sociale de septembre 2004, p.71-72

## **B – Le contrôle du ministère de la justice**

Les contrôles effectués auprès du ministère de la justice sur le respect de ses obligations sociales ainsi que la prise en compte par certains ministères, pour le calcul de la CSG et de la CRDS, des avantages en nature octroyés à leurs agents ont permis à la Cour de revenir sur ses recommandations précédentes. Seuls sont présentées ici les observations relatives aux obligations sociales du ministère de la justice.

Le contrôle du paiement des contributions sociales par l'administration centrale du ministère de la Justice appelle quatre observations, dont les deux premières ne se limitent pas d'ailleurs à ce seul ministère.

En premier lieu, la complexité de la réglementation relative aux contributions dues par l'administration centrale au titre du régime général explique qu'elle n'est pas toujours suffisamment maîtrisée par les services qui la mettent en œuvre. Une meilleure information des administrations sur les obligations de l'Etat employeur simplifierait leur tâche.

En deuxième lieu, l'organisation de la paie des agents de l'Etat ne permet pas à l'URSSAF de Paris de procéder à une quelconque vérification du montant des cotisations dues par le ministère de la Justice et versées mensuellement.

Les contributions pour les 1 200 agents titulaires de l'administration centrale du ministère de la justice sont payées globalement avec celles relatives aux 150 000 agents titulaires des autres services de l'Etat pour lesquels la paierie générale du Trésor (PGT) assure la liquidation et le paiement des rémunérations. La seule pièce justificative est un avis récapitulatif, pour chaque type de contribution<sup>99</sup>, l'assiette et le taux appliqué, sans que les différentes administrations concernées soient mentionnées. L'URSSAF de Paris est donc dans l'incapacité de déterminer les montants payés au titre des agents titulaires du ministère de la Justice et a fortiori d'effectuer une vérification sur ces montants.

Pour les agents contractuels du ministère de la Justice dont la gestion est assurée par l'administration centrale, des bordereaux récapitulatifs (BRC) sont transmis à l'URSSAF pour chacune des entités administratives où travaillent ces agents. Il s'agit notamment des

---

99. En 2005, la cotisation assurance maladie, la contribution solidarité autonomie, la CSG et la CRDS.

médecins de prévention, des conseillers techniques de service social et des assistants de service social en poste dans les cours d'appel et les tribunaux de grande instance. Mais les bordereaux, établis par la PGT sur la base des informations transmises par le ministère de la Justice, ne rendent pas compte de la répartition géographique réelle des agents : seule une trentaine de bordereaux sont établis alors que ces agents travaillent sur une centaine de sites. Ainsi seule une vérification globale, ignorant la répartition géographique des agents, peut être effectuée.

Cette organisation conduit la branche du recouvrement à n'avoir qu'un rôle d'encaissement et la prive de la possibilité d'effectuer de réelles vérifications sur les versements mensuels.

Des évolutions du dispositif sont cependant prévues et devraient être mises en œuvre en 2007, permettant aux URSSAF d'avoir communication des informations nécessaires pour réaliser, à leur niveau, la vérification des versements mensuels.

En troisième lieu, s'agissant des dépenses de personnel payées sans ordonnancement préalable (PSOP) par le ministère de la justice<sup>100</sup>, qui représentent la plus grande part des dépenses de personnel :

- jusqu'à fin 2005, la cotisation employeur au fonds national d'aide au logement (FNAL), au taux de 0,1 %, n'était pas payée sur les rappels de rémunération ;
- il n'a pas été tenu compte non plus des avantages en nature, qui représentent, comme les indemnités versées en complément du traitement indiciaire, une rémunération et devraient donner lieu à ce titre au paiement de la CSG et de la CRDS. Ces avantages en nature sont en général constitués par les logements, qu'ils soient attribués par nécessité absolue de service ou par simple utilité de service : les premiers constituent un avantage en nature dont le montant est équivalent à la valeur locative du logement ; pour les seconds, le

---

100. Les dépenses PSOP représentent la plus grande part des dépenses de personnel.

montant de l'avantage en nature est égal à la différence entre la redevance payée par l'agent et la valeur locative.

En quatrième lieu, s'agissant des dépenses de personnel payées en dehors de la procédure PSOP, les deux constats suivants ont été faits :

- plusieurs prestations sont payées comme si elles étaient réalisées par des travailleurs indépendants, alors que rien dans les pièces justificatives des paiements n'apportait d'information sur le statut réel des prestataires. En l'absence de ces informations, les rémunérations versées auraient dû donner lieu au paiement de cotisations. Les sommes en jeu sont cependant peu élevées ;
- le second constat porte sur des montants beaucoup plus importants. L'article L. 311-3-21 du code de la sécurité sociale, résultant de l'article 15 de la LFSS pour 1999 dispose que sont affiliées au régime général les personnes qui exercent une activité à titre occasionnel pour le compte de l'Etat, dont la rémunération est fixée par des dispositions législatives ou réglementaires ou par des décisions de justice et dont la liste est fixée par décret. Cette liste<sup>101</sup> comprend essentiellement des personnes rémunérées sur frais de justice. Le contrôle a confirmé qu'aucune cotisation n'est versée depuis l'année 2000 sur les rémunérations payées sur frais de justice. Le redressement potentiel a été chiffré, pour l'année 2005 et sur des bases réglementaires légèrement différentes de celles actuellement en vigueur, à environ 34,3 M€ La raison de la non-application de la réglementation avancée par le ministère de la Justice, pourtant consulté lors de l'élaboration des textes, est que la procédure qui devrait être mise en œuvre est incompatible avec les modalités de gestion des rémunérations payées sur frais de justice. Les discussions entamées en 2001 avec la direction de la sécurité sociale n'ont toujours pas abouti. La Cour insiste pour qu'elles se concluent à bref délai.

---

#### **RECOMMANDATIONS**

---

15. *Aligner l'assiette des cotisations maladie et famille des employeurs publics sur le droit commun du régime général.*

16. *Transmettre, dans une forme équivalente au secteur privé, les pièces justificatives des paiements des cotisations sociales afin que les URSSAF soient en mesure de vérifier mensuellement les cotisations versées par l'Etat.*

17. *Verser les cotisations sociales pour les rémunérations payées sur frais de justice.*

---

---

101. Décret n°2000-35 du 17 janvier 2000.