

## **QUATRIEME PARTIE**

### **L'ACTIVITE DES COMITES REGIONAUX ET DEPARTEMENTAUX D'EXAMEN DES COMPTES DES ORGANISMES DE SECURITE SOCIALE**

## **Chapitre XII**

### **L'activité des COREC et CODEC**

---

**PRESENTATION**

---

*Les comités régionaux et départementaux d'examen des comptes des organismes de sécurité sociale (COREC et CODEC) sont présidés par le trésorier-payeur général de la région ou du département. Y participent le directeur régional des affaires sanitaires et sociales ainsi que le chef du SRITEPSA<sup>211</sup>. Sous leur égide, les vérificateurs des administrations déconcentrées de l'État (Trésor Public pour les finances, DRASS pour les affaires sociales, SRITEPSA pour l'agriculture) ont contrôlé en 2000 les comptes de 1999 de 660 organismes de sécurité sociale (soit environ 61 % des organismes existants). Un tiers de ces contrôles ont été des contrôles approfondis, pour lesquels sont simultanément examinés, en détail, les comptes et la gestion. Les tutelles s'appuient sur les observations formulées et les avis émis par les comités pour approuver les comptes.*

*Lors des contrôles approfondis, les comités d'examen des comptes ont également étudié quatre thèmes de vérification. Ils portaient sur la mise en œuvre par les URSSAF et les CGSS de la répartition à la source des données déclaratives du cotisant grâce à RACINE, sur l'action sanitaire et sociale des caisses de mutualité sociale agricole, sur la passation des marchés dans les organismes de base et sur le fonctionnement des caisses régionales d'assurance maladie. Par ailleurs, deux points particuliers (les accidents du travail et les maladies professionnelles dans la mutualité sociale agricole et le contrôle des organismes de base du régime d'assurance maladie des professions indépendantes non agricoles) ont fait l'objet d'une étude approfondie par les comités, à la demande de la Cour.*

*Les résultats de ces enquêtes figurent supra dans les chapitres VIII (mise en œuvre de RACINE), IX (action sanitaire et sociale dans la MSA), X (assurance maladie dans le régime des professions indépendantes non agricoles), XI (passation des marchés, fonctionnement des CRAM).*

*Quant aux observations sur les accidents du travail et les maladies professionnelles dans la MSA, elles feront l'objet d'une publication ultérieure.*

---

---

211. Service régional de l'inspection du travail de l'emploi et de la protection sociale en agriculture.

## I – L'activité des comités en 2000

Pour l'exercice 1999, le nombre d'organismes relevant de la compétence des comités était de 1 085 (tableau ci-après). En 1999 ont été mises en place les unions pour la gestion des établissements de santé et médico-sociaux des caisses d'assurance maladie (UGECAM) relevant du régime général. Elles ont pour objet d'assurer, dans leur circonscription, la gestion des établissements sanitaires et médico-sociaux de l'assurance maladie dans le cadre des dispositifs de planification sanitaire et médico-sociale et des priorités fixées par les agences régionales de l'hospitalisation. Elles ont également pris en charge le patrimoine des établissements dont la gestion était confiée soit à une caisse d'assurance maladie, soit à une fédération de caisses.

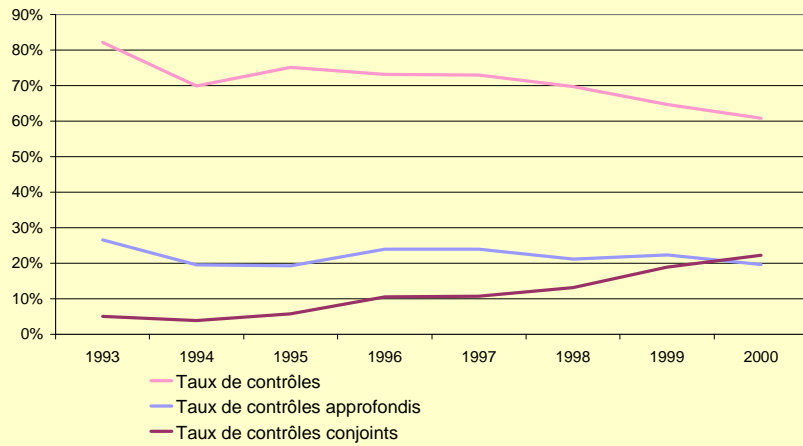
Les contrôles des comités ont été aussi étendus aux unions d'économie sociale, aux groupements d'intérêts économiques et sociétés civiles immobilières pour lesquelles la participation des caisses de MSA atteint 50 % des parts en capital, ainsi qu'aux comptes des associations lorsque la participation de ces caisses atteint la moitié de leurs moyens de fonctionnement.

### Liste des organismes relevant de la compétence des COREC et des CODEC

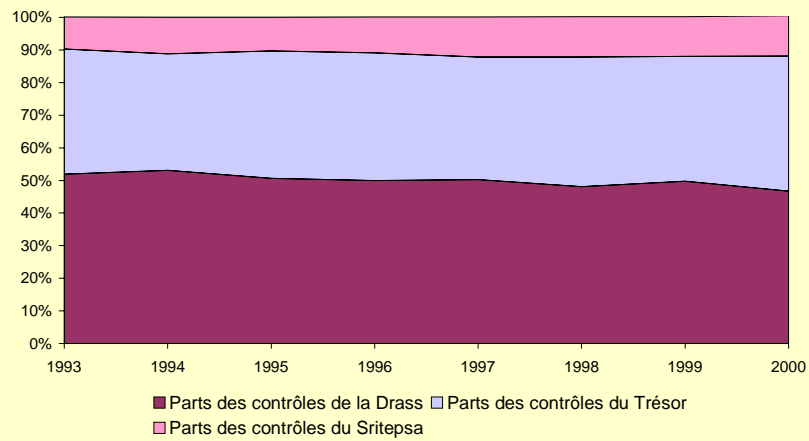
	1998	1999
Union des caisses nationales de sécurité sociale	1	1
Caisses régionales d'assurance maladie	17	17
Caisses primaires d'assurance maladie	129	129
Caisses d'allocations familiales	125	125
Unions pour le recouvrement des cotisations	105	106*
Unions et fédérations d'organismes	115	125
Caisses générales de sécurité sociale et caisses de prévoyance sociale de St-Pierre et Miquelon et de Mayotte	6	6
<b>Total du régime général</b>	<b>498</b>	<b>509</b>
Unions régionales des caisses d'assurance maladie (URCAM)	22	22
Régime agricole	140	140
Régime minier	23	23
Régimes des non salariés non agricoles	264	261
Régimes spéciaux et particuliers	19	19
Régime du personnel des industries électriques et gazières	111	111
<b>Total général</b>	<b>1 077</b>	<b>1 085</b>

\* L'URSSAF de la Lozère a été créée par arrêté du 22 novembre 1999.

## Evolution des taux de contrôle de 1993 à 2000



## Répartition des contrôles entre les différents corps de contrôle



Les années sont celles où les contrôles ont été pratiqués .

## A – Les contrôles réalisés

Le nombre d'organismes contrôlés par les comités en 2000 a diminué par rapport à 1999 (respectivement 660 et 697). Le taux de contrôle est ainsi de 61 %, contre 65 % sur les comptes 1998 et 70 % sur les comptes de 1997 (graphique ci-avant). Toutefois, le taux de contrôle approfondi a moins diminué que le taux de contrôle global, même si le nombre de contrôles approfondis a, de ce fait, lui aussi décré (213 contre 240 en 1999).

48 % des contrôles ont porté sur des caisses du régime général et 22 % sur des caisses des régimes des travailleurs non salariés des professions non agricoles. Plus de la moitié des vingt-deux URCAM ont également fait l'objet d'un contrôle.

### Répartition par type de contrôle\*

	1996	1999	2000
Contrôles approfondis des comptes et de la gestion	253 33 %	240 34 %	213 32 %
Contrôles de conformité comptable	211 27 %	163 24 %	182 28 %
Contrôles de suivi des observations portées lors du dernier contrôle approfondi	306 40 %	294 42 %	265 40 %
<b>Total des organismes contrôlés</b>	<b>770</b>	<b>697</b>	<b>660</b>

\* L'année est l'année des contrôles ; ces contrôles portent sur les comptes de l'année n-1.

Anticipant l'entrée en application de la réforme des contrôles, les comités d'examen ont de plus en plus fréquemment réalisé de manière concomitante des contrôles qui précédemment étaient réalisés sur des exercices distincts.

La répartition des contrôles entre les trois corps montre une stabilité de l'activité des SRITEPSA, une légère progression pour les inspecteurs du Trésor alors que la proportion des contrôles assurés par les DRASS baisse légèrement sur cette dernière campagne (47 % en 2000 contre 50 % en 1999).

A l'avenir, l'instruction interministérielle relative à l'organisation du travail des comités instaurera une remontée d'informations systématique sur la force de travail mobilisée par chacun des corps de contrôle.

Le nombre des contrôles réalisés conjointement par des vérificateurs de deux ou trois corps de contrôle est en nette progression : 22 % des contrôles effectués en 2000, contre 19 % en 1999, 13 % en

1998, 11 % en 1997 et seulement 4 % en 1994. L'essentiel des contrôles conjoints est le fait des inspecteurs du Trésor et de ceux des DRASS : ils ont conduit ensemble 115 contrôles, contre 108 en 1999, dans l'ensemble des régimes de sécurité sociale hormis le régime agricole.

Sept contrôles ont été réalisés par les trois corps contre trois pour 1998.

#### Répartition des contrôles faits en 2000 par corps de contrôle

	Régime général	Régime agricole	Régime des Mines	Régime des non salariés non agricoles	Autres régimes spéciaux	URCAM	Régime EDF-GDF	Total
Trésor	97	3	3	51	3	1	44	202 31 %
DRASS	130	0	9	64	7	9	26	245 37 %
SRITEPSA	1	63	0	1	0	0	1	66 10 %
TRESOR+DRASS	80	0	4	25	0	3	3	115 17 %
Autres contrôles conjoints	6	22	1	2	0	0	1	32 5 %
<b>Total</b>	<b>314</b>	<b>88</b>	<b>17</b>	<b>143</b>	<b>10</b>	<b>13</b>	<b>75</b>	<b>660</b>

#### Nombre de contrôles conjoints effectués en 1999 et 2000 par corps de contrôle

	TRESOR + DRASS	TRESOR + SRITEPSA	DRASS + SRITEPSA	TRESOR + DRASS + SRITEPSA	TOTAL DES CONTRÔLES CONJOINTS
En 1999	108 81,8%	17 12,9 %	4 3,0 %	3 2,3 %	132 100 %
En 2000	115 78,2 %	21 14,3 %	4 2,7 %	7 4,8 %	147 100 %

Comme on l'a souligné dans le rapport précédent<sup>212</sup>, l'évolution dans le mode d'organisation et la conduite des contrôles privilégie la complémentarité des compétences. Elle représente une grande avancée dans l'enrichissement des méthodes, l'amélioration de la qualité et de la portée des vérifications. Le comité de pilotage s'attachera à continuer à favoriser la poursuite de cette évolution.

212. Cf. le rapport de la Cour sur la loi de financement de la sécurité sociale de septembre 2000.

## B – Les avis émis

Au cours de la campagne 2000, les comités ont formulé 342 avis favorables (359 en 1999), 185 avis favorables assortis de recommandations (229 en 1999), 47 avis favorables avec réserves (33 en 1999) et 83 avis défavorables contre 74 pendant la campagne 1999.

Près de la moitié des avis rendus par les comités (48 %) ont comporté des recommandations ou des réserves ou bien étaient défavorables. Cela confirme le développement du caractère critique des appréciations des comités puisque ce taux n'atteignait que 36 % en 1994.

	1996		1999		2000	
<b>Contrôles approfondis</b>	<b>253</b>		<b>240</b>		<b>213</b>	
Avis favorables	98	38,7%	84	35,0%	76	35,7%
Avis favorables avec recommandations	107	42,3%	117	48,8%	83	38,9%
Avis favorables avec réserves	26	10,3%	15	6,2%	23	10,8%
Avis défavorables	22	8,7%	24	10,0%	31	14,6%
Sursis à statuer	0		0		0	
<b>Contrôles de conformité comptable</b>	<b>211</b>		<b>163</b>		<b>182</b>	
Avis favorables	153	72,5%	116	71,2%	111	61,0%
Avis favorables avec recommandations	35	16,6%	24	14,7%	41	22,5%
Avis favorables avec réserves	5	2,4%	4	2,5%	12	6,6%
Avis défavorables	17	8,0%	17	10,4%	16	8,8%
Sursis à statuer et sans avis	1	0,5%	2	1,2%	2	1,1%
<b>Contrôles de suivi</b>	<b>306</b>		<b>294</b>		<b>265</b>	
Avis favorables	201	65,7%	159	54,1%	155	58,5%
Avis favorables avec recommandations	72	23,5%	88	29,9%	61	23,0%
Avis favorables avec réserves	5	1,7%	14	4,8%	12	4,5%
Avis défavorables	27	8,8%	33	11,2%	36	13,6%
Sursis à statuer et sans avis	1	0,3%	0		1	0,4%
Non contrôlés	283		380		425	
<b>Total</b>	<b>1 053</b>		<b>1 077</b>		<b>1 085</b>	

*L'année est l'année des contrôles ; ces contrôles portent sur les comptes de l'année n-1.*

L'appréciation du nombre d'avis défavorables et de son évolution doit être relativisée en raison de la situation particulière des caisses mutuelles complémentaires et d'action sociale (CMCAS) du régime social du personnel des industries électriques et gazières. Elle conduit, depuis plusieurs années, les comités à émettre des avis défavorables à la suite des contrôles qu'ils effectuent dans ces caisses. Sur les 83 avis défavorables formulés, 70 ont en effet été adressés à des CMCAS.

Ces 70 avis défavorables portent plus particulièrement sur le remboursement des forfaits hospitaliers et des suppléments pour chambre individuelle pris en charge indûment par le régime complémentaire obligatoire des salariés relevant de ce régime. Cette situation pourrait trouver une issue favorable lorsque sera intervenu le dispositif réglementaire indispensable à la mise en œuvre du plan de redressement quinquennal du régime conclu en janvier 2001 par les employeurs, les organisations syndicales et les caisses.

Certains comités ont également rendu des avis défavorables pour des CMCAS dont la gestion est apparue discutable ou pour lesquelles des observations, formulées lors de précédents contrôles, n'avaient pas été suivies de mesures de redressement.

Hormis les CMCAS, treize caisses appartenant aux différents régimes ont fait l'objet d'avis défavorables. Deux de ces caisses relèvent du régime général, quatre de la mutualité sociale agricole, deux du régime minier et quatre des régimes des non salariés des professions non agricoles et une caisse relevait des régimes spéciaux.

Il faut distinguer deux types de caisses : celles à l'égard desquelles les comités ont renouvelé sans succès des critiques et celles à l'égard desquelles les comités ont formulé un premier avis défavorable.

### **1 – Certains organismes n'ont pas tenu compte des avis défavorables renouvelés à leur rencontre par les comités**

L'union départementale des mutuelles de la Guadeloupe (UDMG) et la mutuelle des travailleurs indépendants de Martinique (MUTIM) font l'objet depuis plusieurs exercices d'avis défavorables récurrents, en raison de la situation très dégradée de leur gestion comptable et budgétaire et de l'exercice déficient de leurs missions de recouvrement des cotisations et de paiement des prestations.

A l'occasion de l'examen des comptes de l'exercice 1999, le COREC a pu noter que les efforts de redressement menés par l'UDMG commençaient à porter leurs fruits en matière de réduction des délais de règlement des prestations. En revanche, la persistance de situations comptables irrégulières, le non-respect des budgets dû à un recouvrement difficile l'ont conduit à émettre un nouvel avis défavorable.

S'agissant de la MUTIM, il a été constaté que le délai moyen de liquidation des prestations s'élevait, en 1999, à 83 jours. Cette situation, même si elle tendait à s'améliorer en fin d'exercice, n'était pas compatible avec la mission de service public de l'organisme. Les opérations de liquidation se caractérisaient de plus par leur médiocre

qualité et un taux d'anomalies élevé. La politique de recouvrement encourageait les mêmes critiques que par le passé. Le recouvrement amiable restait improductif, le recouvrement contentieux en grande partie inefficace et les mesures conservatoires étaient négligées. L'avis défavorable émis par le COREC faisait également état de carences majeures dans la tenue de la comptabilité et dans la gestion de la trésorerie.

Un avis défavorable a également été rendu sur les comptes de 1998 et de 1999 de la **Mutuelle interprofessionnelle de la Réunion**. Cet organisme a été déconventionné par la caisse mutuelle régionale, préalablement au contrôle, en mars 2000 et mis en redressement judiciaire depuis.

Ainsi qu'il a été déjà indiqué, les caisses mutuelles complémentaires et d'action sociale (CMCAS) du personnel des industries électrique et gazière ont fait l'objet de nombreux avis défavorables. La prise en charge irrégulière du forfait journalier et du supplément pour chambre individuelle dans les comptes du régime complémentaire obligatoire en a été la cause principale. Il sera mis fin d'autant plus vite à cette situation anormale que seront publiés les textes réglementaires de mise en œuvre de la « plate-forme commune » signés le 19 janvier 2001 entre les directions générales des deux établissements, les organisations syndicales et les organismes eux-mêmes.

D'autres aspects de la gestion de certains CMCAS ont été critiqués par les comités.

La **CMCAS du Calvados** a fait l'objet d'avis défavorables depuis plusieurs années en raison, notamment, de la dégradation de sa situation financière. Cette critique s'applique, de façon générale, à l'ensemble des CMCAS qui font appel à un fonds de compensation lorsque leurs ressources légales et facultatives sont épuisées. Les cotisations étant inférieures au montant des prestations versées par les CAS, ce fonds attribue à chaque caisse des avances de trésorerie transformées en fin d'exercice en subventions d'équilibre.

Le contrôle de conformité qui devait être effectué sur les comptes 1999/2000 de la **CMCAS de la Réunion** n'a pu être réalisé, les opérations de clôture de l'exercice s'achevant au 31 mars 2000 n'étant pas terminées au 14 novembre 2000, date du contrôle. Un avis défavorable a été rendu sur les comptes de l'année précédente. Il s'appuyait sur des observations devenues récurrentes relatives, pour l'essentiel, à l'insuffisance du suivi des comptes de tiers, à l'absence de régularisations d'avances accordées aux adhérents depuis plusieurs

années et à la non-conformité des procédures d'apurement des créances irrécouvrables.

A la suite du contrôle approfondi effectué sur les comptes de l'exercice 1999/2000 de la **CMCAS de la Martinique**, un nouvel avis défavorable a été rendu. Le comité d'examen a considéré que les recommandations formulées dans le passé n'avaient pas toutes été suivies d'effet, malgré des engagements de régularisation des imputations des prestations de forfait hospitalier, d'allocation décès et de prime de naissance et de suppression de la prise en charge du supplément pour chambre individuelle. Enfin, aucune amélioration n'a été constatée quant au délai de paiement des prestations qui s'élevait à deux mois pour l'exercice 1999/2000.

## **2 – D'autres organismes sont appelés à prendre les mesures appropriées à la suite d'un premier avis défavorable**

Dans le régime général, le contrôle approfondi d'une caisse régionale d'assurance maladie a abouti à un avis défavorable pour des motifs liés à la fois à l'examen des comptes et à la gestion. Le CODEC a jugé que la comptabilité générale de l'organisme manquait de lisibilité et de transparence et que les nombreuses déficiences relevées pouvaient faire douter de la fiabilité des documents de synthèse. En matière de gestion, le comité a noté que certaines dispositions de l'arrêté du 9 mai 1995 relatifs aux marchés publics, n'avaient pas été respectées. En outre, une fraude commise par un agent de la caisse a été découverte en avril 1999. Une somme d'environ 5 700 000 F aurait été détournée sur une période courant de 1991 à 1999 par le biais de dossiers fictifs d'allocation veuvage. Des poursuites pénales ont été engagées contre cet agent. Le CODEC a considéré que cette fraude n'avait pu perdurer sur une si longue période qu'en raison des multiples défaillances des procédures de contrôle, ni la séparation des tâches, ni la supervision, principes de base du contrôle interne n'étant mises en œuvre.

A l'occasion d'un contrôle de suivi et de conformité du COREC, un centre de traitement informatique (CTI) n'a pas été en mesure de produire les documents comptables permettant l'exercice de ce contrôle, ce qui a conduit le COREC à en différer l'examen d'une année.

Quatre avis défavorables ont été émis pour des organismes du régime agricole. Trois de ces avis concernaient des caisses de mutualité sociale agricole et le dernier une association de création récente.

Malgré les observations formulées depuis quatre ans, le défaut de justification des soldes ou d'ajustement de certains comptes, ainsi que la

présence d'anomalies comptables persistaient dans une caisse de MSA. Le COREC a dénoncé ce comportement en adoptant un avis défavorable. Une réserve récurrente portait sur la nécessité d'améliorer les procédures comptables de manière à ce que les soldes des comptes de tiers puissent être justifiés (en octobre 2000, les soldes au 31 décembre 1999 n'étaient pas justifiés pour plus de 40 comptes).

Dans une autre caisse de MSA, l'avis défavorable est intervenu en raison de la mise en évidence, à l'occasion du contrôle, de détournements de fonds portant sur l'exercice 2000. Ces faits étaient susceptibles d'avoir été commis au profit d'une quinzaine de salariés de la caisse. L'enquête diligentée sur le service de vérification de l'organisme faisait apparaître la faible qualité des contrôles effectués par ce service et notamment les insuffisances au regard des délais de mise en œuvre (d'où des prescriptions biennales sur les indus constatés et non recouverts), un manque de suivi des dossiers présentant des anomalies ou manquants, une insuffisance des contrôles portant sur les nouveaux paiements.

Enfin, pour une dernière caisse de MSA, l'avis défavorable a sanctionné l'accumulation de dysfonctionnements. Pas moins de 29 recommandations ont été émises dans le rapport de vérification. Elles concernaient l'ensemble de la gestion de la caisse et notamment : les sécurités en matière informatique, en matière de fonds détenus et d'assurances souscrites ; la mise en œuvre et le contrôle du financement de l'aide ménagère ; l'exactitude comptable des documents produits ; le recouvrement des cotisations ; le paiement des prestations ; les modalités d'attribution des subventions d'action sanitaire et sociale, la gestion de la trésorerie et du parc immobilier.

Dans une autre région, les caisses de MSA ont mis en commun leurs moyens dans le cadre d'une organisation complexe incluant une fédération de caisses et une association exerçant une partie des attributions des caisses dans des domaines qui n'étaient pas prévus explicitement par ses statuts. La régularité des conventions de mise à disposition de l'association de personnels gérés par la fédération de caisses a fait l'objet d'une controverse entre le comité et les organismes contrôlés. Le contrôle des comptes de cette association pour les deux exercices 1998-1999 a conduit le COREC à rendre un avis défavorable. Le comité a relevé que les principes généraux de la comptabilité ont été méconnus, notamment en matière de permanence des méthodes, d'annualité et de mise en œuvre des droits constatés.

Deux caisses de secours minier ont fait l'objet d'un avis défavorable.

Dans le premier cas, c'est la mise en évidence de nombreuses anomalies et carences, aggravées par des dysfonctionnements répétés entre le conseil d'administration et la direction de l'organisme, qui ont conduit à rendre un avis défavorable. Les contrôles antérieurs avaient déjà abouti à un même résultat en 1997 et à un avis favorable avec réserves en 1998. Lors de l'examen des comptes de 1999, le COREC a critiqué les faiblesses du dispositif de contrôle de l'agent comptable, jugeant le plan de contrôle trop succinct et les contrôles peu efficaces. Le paiement des prestations n'était pas exempt de critiques puisque le défaut de polyvalence des agents, l'absence de tableau de bord permettant de suivre la situation de la liquidation, la persistance de remboursements en espèces jusqu'en juillet 2000 s'étaient répercutés sur les délais de liquidation des dossiers et donc sur la qualité du service rendu. Les œuvres de la caisse appelaient de très nombreuses observations. Elles ont porté plus particulièrement sur un hôpital et sur un cabinet d'optique pour lesquels de graves anomalies ont été relevées dans le suivi et le contrôle des inventaires, la gestion des fournisseurs de l'hôpital, des achats et du stock du cabinet d'optique ainsi qu'un non-respect, quasi-systématique, au sein de ce cabinet des prescriptions médicales et des règles de facturation.

Dans le second cas, l'avis défavorable était fondé sur le constat de graves dysfonctionnements dans la passation des marchés. Des irrégularités dans le déroulement des procédures entraînaient un traitement inégal des candidats. Les prestations réalisées par de nombreux fournisseurs dépassaient le seuil des 300 000 F sans qu'aucun marché soit passé. Les raisons invoquées par l'organisme pour s'affranchir des dispositions de l'arrêté du 9 mai 1995 telles que la nécessité de recourir à certains fournisseurs ou la difficulté à chiffrer les volumes en début d'exercice ne constituent pas des justifications recevables. La gestion des nombreuses œuvres de la caisse a également été critiquée par le CODEC. Des anomalies ont été notées en matière de signature de feuilles de soins par les assurés, de cotations, d'adéquation entre la prescription et l'acte exécuté. Des prescriptions médicales irrégulières ont été découvertes dans l'un des sites de liquidation de l'organisme et un service de gestion de matériel médical s'est affranchi quasi systématiquement des marchés passés par la caisse nationale.

Le contrôle d'un organisme conventionné d'outre-mer a conduit le COREC à émettre un avis défavorable aux motifs que la comptabilité n'était ni régulière (pas d'enregistrement de certaines charges pendant six mois) ni fidèle (montants comptabilisés supérieurs à la dépense réelle) et qu'elle présentait, en matière de cotisations, des discordances significatives avec celle de la CMR. En outre, l'organisme conventionné pâtissait de l'absence de relation conventionnelle avec sa banque. Le

fonctionnement et la tarification des services bancaires obéissaient donc au droit commun et étaient particulièrement défavorables à l'OC qui au demeurant ne procédait à aucun contrôle des frais qui lui étaient facturés. La politique de recouvrement encourageait les mêmes critiques que celles émises à l'encontre des deux autres organismes mentionnés ci-dessus : le recouvrement amiable restait embryonnaire et le recouvrement contentieux largement inefficace.

En ce qui concerne les CMCAS, il convient de souligner l'accroissement du nombre des organismes présentant un fonctionnement globalement défaillant.

Ainsi plusieurs caisses ont fait l'objet d'un procès verbal de carence accompagné d'un avis défavorable motivé par l'absence des documents de synthèse comptables annuels qui devaient être transmis à la Trésorerie générale et à la DRASS avant le 1er juillet qui suit la fin de l'exercice. La Cour est intervenue auprès du comité de coordination des CMCAS pour critiquer ces pratiques non conformes aux règles de la comptabilité. Dans une autre caisse, le comité a relevé que des paiements avaient été effectués au vu de factures *pro forma* et que la présence d'opérations non justifiées sur l'état de rapprochement bancaire montrait que de nombreuses écritures comptables n'avaient pas été passées. Ailleurs, c'est le principe de séparation de l'ordonnateur et du comptable qui était mal appliqué ou encore les règles comptables concernant les amortissements et le mouvementement des comptes.

Enfin, le service de gestion du risque accidents du travail (AT) d'une entreprise a été sanctionné par un avis défavorable. Le décret n° 60-462 du 12 mai 1960 qui définit les obligations comptables des entreprises qui assurent cette gestion prescrit notamment qu'elle "doit être assurée par un ou plusieurs services spécialisés et faire l'objet d'une comptabilité séparée". Le comité a relevé que la gestion comptable était totalement confondue avec celle de l'entreprise. Les relations financières entre l'entreprise et son service de gestion des AT étaient uniquement retracées dans deux comptes de tiers qui distinguaient les prestations de sécurité sociale et les frais divers. Les opérations propres au service ne faisaient ainsi l'objet d'aucune comptabilisation au sens du plan comptable général, les comptes prévus à la nomenclature n'étant pas ouverts. Le CODEC a également constaté que l'entreprise ne provisionnait pas les créances douteuses, et ne respectait pas dès lors le principe de prudence prévu par les instructions comptables relatives au régime des AT. Enfin, il est apparu que les coûts de la gestion

administrative du risque accidents du travail n'étaient pas retracés en comptabilité, mais faisaient l'objet d'une simple évaluation forfaitaire en fonction de la masse salariale de l'entreprise.

REPONSES DES ADMINISTRATIONS ET ORGANISMES PAGE 626

## II – L'animation du réseau

L'animation du réseau des COREC est assurée par un comité de pilotage qui réunit, outre le président de la chambre de la Cour des comptes chargée de la sécurité sociale, le directeur général de la comptabilité publique, le directeur de la sécurité sociale, le directeur des exploitations, de la politique sociale et de l'emploi au ministère de l'agriculture.

L'essentiel des travaux de l'année 2000 a été consacré à la rédaction de la nouvelle instruction interministérielle devant régir les travaux des Comités d'examen des comptes. Ce texte a été adopté au mois d'avril 2001. Il accompagne et explicite la réforme réglementaire intervenue en 1999 et codifiée en 2000 dans le code des juridictions financières. Sa mise en œuvre à compter de la campagne 2002, sur les comptes de l'exercice 2001, constituera la dernière étape de l'entreprise de profonde rénovation des anciens CODEC devenus avec la réforme les COREC.

La procédure d'élaboration de cette instruction a associé l'ensemble des participants aux contrôles des organismes de sécurité sociale, c'est à dire les trois ministères, leurs services déconcentrés et la Cour des comptes.

Cette instruction couvre un champ plus large que sa devancière de 1993. Un document unique embrassera désormais tout le champ de l'organisation et des procédures de contrôle des organismes de sécurité sociale. Sont décrits successivement les objectifs poursuivis ainsi que l'articulation des contrôles des COREC avec les procédures d'évaluation instituées par les ordonnances de 1996, les structures nationales de pilotage, comité de pilotage et groupe de travail, les structures métropolitaines locales, les comités à proprement parler, la programmation de leurs travaux, les différents types de vérifications, les procédures de vérifications et d'examen des rapports devant les comités, les suites données aux contrôles tant à l'échelon local que, le cas échéant, devant la Cour des comptes.

Ce travail est un aboutissement. Il n'épuise pas pour autant ce qui doit être fait par les administrations centrales et la Cour pour faciliter le travail des comités et contribuer à l'amélioration du service rendu. Tout d'abord, il conviendra sans doute très régulièrement de mettre à jour ce texte au vu de l'évolution de la réglementation tant en ce qui concerne le droit applicable que le champ des organismes devant être contrôlés. Une attention particulière devra également être portée aux retours du « terrain » sur les procédures ainsi décrites et les éventuelles difficultés d'application rencontrées. L'association de vérificateurs aux travaux d'élaboration de l'instruction a permis à de nombreuses reprises d'améliorer la rédaction du texte.

Le travail d'animation s'est poursuivi avec la préparation des outils d'aide au contrôle pour la campagne 2001, la mise en chantier de la refonte du manuel général de vérification ainsi que par l'organisation de sessions de formation à vocation générale, le nouveau plan comptable, et spécifique, les politiques régionales de gestion du risque, afin d'aider les vérificateurs dans la préparation d'un contrôle dont les résultats devraient figurer au rapport public 2002.

CETTE SECTION N'A PAS APPELE DE REPONSE
---

## CONCLUSION

Plusieurs conclusions peuvent être tirées au terme de ce rapport. Certaines rejoignent, en les renforçant ou les complétant, les observations que la Cour a formulées les années précédentes, d'autres sont nouvelles, issues des sujets particulièrement étudiés cette année.

### Les comptes

La première conclusion a encore trait aux **comptes**. La réforme visant à obtenir, plus rapidement, des comptes plus fiables et en droits constatés, est bien engagée mais doit être menée à son terme dans les plus brefs délais. La loi de financement de la sécurité sociale et la présentation des comptes consolidés doivent faire apparaître clairement l'intégralité des contributions publiques et des impôts et taxes affectés à la prise en charge de prestations et d'exonérations de cotisations dans une nomenclature identique à celle utilisée dans le document sur les relations entre l'Etat et la sécurité sociale annexé à la loi de finances initiale. La Cour recommande la production d'une annexe commune aux deux lois.

C'est la première priorité, sur laquelle la Cour attire à nouveau l'attention avec la plus grande vigueur. Dans la situation actuelle, il n'est encore pas possible d'asseoir un diagnostic certain sur l'état des comptes. Il faut donc que l'application des recommandations de la MIRCOSS soit considérée par les différentes parties prenantes, les organismes de base, les caisses nationales, les pouvoirs publics, comme une priorité de très haut rang. Il est nécessaire en particulier que les comptes de 2001 soient bien établis, comme prévu, en droits constatés en **portant une attention toute particulière à l'estimation des provisions**.

L'imprécision des comptes ne modifie toutefois pas le constat selon lequel après avoir été équilibré l'an dernier, le régime général est **excédentaire en encaissement-décaissement** pour la première fois depuis onze ans. Cette amélioration tient pour l'essentiel à la bonne situation de l'emploi.

Cela étant, l'évaluation du résultat reste affectée d'une grande incertitude. Les difficultés liées au FOREC (qui regroupe et finance diverses exonérations de charges sociales, notamment celles liées à la réduction de la durée du travail), et surtout le fait que l'établissement

chargé de sa gestion n'ait pas encore été créé, ont obscurci la signification des comptes pour 2000. Compte tenu de la décision du gouvernement de ne pas faire couvrir par l'Etat le déficit du FOREC, contrairement aux choix initiaux, celui-ci doit être considéré comme définitivement à la charge des régimes sociaux. Cette décision n'affecte pas le résultat en encaissement-décaissement puisque ne sont comptabilisées que les ressources effectivement reçues par les organismes de sécurité sociale. En revanche, l'excédent en droits constatés qui figure dans le rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale de juin 2001 n'est obtenu que parce que cette insuffisance de ressources est traitée dans les comptes comme une créance à recevoir de l'Etat. Si l'on considère qu'elle restera en fait à la charge de la sécurité sociale, le résultat du régime général en **droits constatés** devient **légèrement déficitaire** en 2000 : selon les corrections de la Cour, il s'établit à -0,9 MdF (-0,1 Md€).

Depuis le dernier apurement des déficits des années 1996 et 1997, les résultats des exercices 1998-1999-2000 font apparaître, malgré l'amélioration de 1999 et de 2000, un déficit cumulé de 10,3 MdF (1,6 Md€) en encaissement-décaissement et de 12,0 MdF (1,8 Md€) en droits constatés, dès lors que le déficit 2000 du FOREC reste à la charge du régime général. Ces résultats ont été réalisés alors que la croissance économique de ces trois années a été excellente et que la progression des charges de retraite a été, notamment pour des raisons démographiques, faible. Cela montre bien que l'équilibre des comptes reste à conforter.

La production d'un bilan du régime général et d'un état des variations de sa trésorerie contribuerait utilement à clarifier le débat sur l'évaluation des résultats.

Cette clarification doit aussi permettre de mieux comprendre les diverses approches légitimes qui permettent d'appréhender le déficit ou l'excédent de la sécurité sociale : celle des comptes de la sécurité sociale, celle des comptes de la Nation, celle du compte de la protection sociale. La Cour recommande l'établissement et la publication de tableaux de passage entre les trois soldes dégagés dans chacune de ces comptabilités.

### **Le financement**

Depuis vingt ans, le financement de la sécurité sociale s'est profondément diversifié. Le double mouvement de montée en puissance des contributions (notamment de la CSG) et de baisse des cotisations a constitué une évolution positive. Mais les changements dans les sources de financement et leur affectation, changements incessants dont la justification n'est pas évidente, rendent le financement complexe, opaque

et peu compréhensible. Il est donc essentiel de **simplifier en les restructurant les relations financières entre Etat et sécurité sociale** et, une fois cette simplification faite, de ne plus les modifier tous les ans au gré des besoins de financement.

La création de **fonds** isolant soit des dépenses soit des recettes peut contribuer à cette transparence, mais à condition que leur champ soit bien défini et que leur financement soit adapté à leur mission, stable dans le temps, et assure leur équilibre. Les fonds actuels ne remplissent pas, pour la plupart, ces conditions et sont donc, au contraire, un élément supplémentaire de complexité. D'ailleurs, ils sont trop nombreux et disparates : il faudrait réserver le nom et la technique aux seules entités dotées de la personnalité morale et de l'autonomie financière.

Par ailleurs, la Cour insiste sur la nécessité de favoriser la réalisation du plan de marche prévu du **fonds de réserve des retraites** de façon à le mettre en mesure, le moment venu, de jouer son rôle. Il conviendrait d'une part de préciser et stabiliser le financement du fonds (il doit passer de 20 MdF (3,1 Md€) actuellement à 1 000 MdF (152,5 Md€) en 2020) et d'autre part de préciser sa politique de placement financier.

Enfin, l'absence de logique qui préside aux modes de rémunération des services réciproques que se rendent, dans le domaine social, l'Etat et la sécurité sociale, notamment la branche famille, est frappante. Quand ils le sont, ces services sont facturés de façon très variable, sans réel fondement. Une réorganisation, fondée sur **des principes homogènes et de vraies comptabilités analytiques**, s'impose.

### **Le recouvrement**

Les organismes chargés du recouvrement doivent développer les **contrôles d'assiette**, aussi bien le régime général, c'est-à-dire l'ACOSS et les URSSAF, que les régimes complémentaires et de professions indépendantes. Dans un esprit voisin, la connaissance et la gestion des exonérations de cotisations sociales doivent être plus précises, ne serait-ce que pour connaître avec exactitude la dette de l'Etat et du FOREC au titre du remboursement de ces exonérations. Le dispositif d'exonérations est d'ailleurs très complexe et il faut sans doute s'efforcer de le simplifier. D'une façon générale, l'assiette des cotisations sociales – son périmètre et son évolution dans le temps – est trop peu connue et étudiée. Aussi la Cour reviendra-t-elle sur cette question ultérieurement.

Le **rôle de l'ACOSS**, pour centraliser et agréger les comptes, et pour que soient produites les informations nécessaires à la connaissance et au pilotage du recouvrement, doit profondément évoluer. L'autonomie des URSSAF ne s'oppose pas à la nécessité d'améliorer, grâce à ces évolutions, les comptes et la politique du recouvrement. Il faut renforcer le rôle de tête de réseau de l'agence centrale. Cela suppose de prendre les dispositions et textes nécessaires, et d'accroître les compétences techniques des agents de l'ACOSS.

### **Les « dépenses fiscales » dans le domaine social**

L'analyse conduite dans le rapport sur les « **dépenses fiscales** », c'est-à-dire les exonérations et allègements fiscaux, dans le domaine social conduit à plusieurs observations. Leur raison d'être, leur estimation, leur impact, direct et indirect, sont trop peu connus, trop peu étudiés. Il en résulte un réel biais dans l'appréciation de notre politique sociale : elle est, si l'on agrège exonérations fiscales diverses et prestations, très différente dans son ampleur et dans ses effets (sur les divers groupes de bénéficiaires) de ce qu'on croit communément en ignorant les dépenses fiscales. Il conviendrait de consacrer des moyens accrus à l'étude et à la diffusion d'analyses permettant, dans un premier temps une meilleure compréhension et une clarification de la situation, dans un second une réorganisation, au moins par « blocs », de l'aide publique dans le domaine social, pour qu'elle soit à la fois plus efficace et plus équitable.

### **La maîtrise des dépenses d'assurance maladie**

L'évolution des dépenses d'assurance maladie en 2000 et les conditions d'application de la loi de financement de la sécurité sociale illustrent la difficulté persistante que rencontre la maîtrise des dépenses de santé.

La recherche d'une meilleure maîtrise pourrait être facilitée à moyen terme par l'engagement de programmes d'actions venant compléter le dispositif existant :

- un **programme d'études et de recherches** destiné à mieux connaître et faire connaître les déterminants du système de santé et son articulation avec l'état sanitaire général ;

- un effort pour **placer la loi de financement dans le cadre d'objectifs plus larges**, et à caractère pluriannuel, de santé publique, qui relie mieux les dépenses de soins aux actions en matière d'hygiène et de comportements alimentaires d'un côté, aux politiques de prévention de l'autre ; cela suppose de donner un contenu plus précis et plus efficace à l'article 1 de la loi, au prix d'une sélectivité et d'une stabilité plus grandes dans le choix et la conduite des programmes prioritaires.

Se dégageant, en outre, des analyses conduites par la Cour cette année, deux conclusions précises.

D'abord, le **nouveau mode de régulation** instauré par la loi de financement pour 2000 n'a pas fait ses preuves : d'une part, la délégation à la CNAMTS de la gestion d'un objectif de dépenses de ville, avec trois rapports d'équilibre en cours d'année, n'a pas donné les résultats escomptés et pose des problèmes de fond ; d'autre part, les autres mesures de régulation n'ont pas été mises en œuvre, ou trop peu. Cette insuffisance des outils destinés à assurer le respect de l'objectif fixé par la loi – et cela vaut aussi pour les dépenses de médicament – est devenue patente dès lors que l'irréalisme de cet objectif a conduit les pouvoirs publics à retenir la dépense probable de 2000 comme base de l'objectif 2001 figurant dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001.

Ensuite, **la politique du médicament** doit être profondément modifiée. La réactivité du dispositif devrait être accrue : en particulier le service rendu par chaque médicament, son prix, son efficacité devraient être réexaminés beaucoup plus fréquemment. Par ailleurs, il est regrettable que les institutions publiques en charge d'analyser les propriétés thérapeutiques des médicaments, de mesurer le service médical qu'ils rendent et d'autoriser leur mise sur le marché ne puissent fournir au corps médical l'ensemble des informations objectives qu'elles rassemblent à l'occasion de l'exercice de leurs missions. De ce fait, l'information des prescripteurs est quasiment abandonnée à la seule industrie pharmaceutique. L'Etat, en liaison avec les universités et l'assurance maladie, devrait développer une expertise médicocientifique autonome. Enfin, une amélioration des conditions dans lesquelles fonctionne la commission de la transparence est indispensable car les évaluations et réévaluations faites à ce stade déterminent largement les décisions prises en aval et l'évolution des dépenses de remboursement.

Mettre en œuvre ces trois priorités – réactivité, diffusion d'informations indépendantes, amélioration du fonctionnement au stade de l'évaluation du service médical rendu et de son amélioration par les nouveaux produits – permettrait au marché du médicament de ne plus

être, comme actuellement, un marché où l'offre influence trop fortement la demande.

Ces remarques sont d'autant plus importantes que l'accélération de la croissance des dépenses de médicaments fait de la maîtrise de cette évolution un élément déterminant pour la régulation d'ensemble des dépenses d'assurance maladie.

Si l'on y ajoute le constat, toujours actuel, que la Cour avait dressé dans son précédent rapport, de la nécessité d'une réforme de la politique conventionnelle entre l'assurance maladie et les professions de santé, et celui fait dans le présent rapport des limites qu'a rencontrées en 2000 l'encadrement des dépenses d'hospitalisation, il apparaît que c'est une réflexion sur les modes de régulation de chacun des principaux postes des dépenses d'assurance maladie qui est aujourd'hui indispensable.