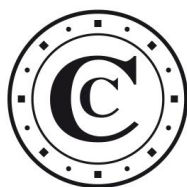


Cour des comptes



LA LUTTE CONTRE LES FRAUDES AUX PRESTATIONS SOCIALES

Des progrès trop lents, un changement
d'échelle indispensable

Communication à la commission des affaires sociales du Sénat

Septembre 2020

Sommaire

PROCÉDURES ET MÉTHODES.....	5
SYNTHÈSE	7
RÉCAPITULATIF DES RECOMMANDATIONS	19
INTRODUCTION.....	23
CHAPITRE I UNE PROGRESSION DES RÉSULTATS DE LA LUTTE CONTRE LES FRAUDES QUI TRADUIT SA PROFESSIONNALISATION CROISSANTE	27
I - UNE FORTE DYNAMIQUE DE FRAUDES DÉTECTÉES ET SANCTIONNÉES.....	27
A - Une croissance généralisée des montants de préjudices détectés.....	27
B - Des fraudes concentrées sur certains acteurs, prestations et situations	31
C - Un nombre croissant mais incomplet de fraudes sanctionnées	35
II - DES CONTRÔLES BÉNÉFICIAIRE DE RESSOURCES NOTABLES, DE PROGRÈS DANS LEUR SÉLECTION ET DE MOYENS D'INVESTIGATION QUI S'ÉTENDENT.....	42
A - Des effectifs stables ou en hausse	43
B - Une place croissante de l'analyse des données internes dans la sélection des contrôles.....	46
C - Des moyens d'investigation étendus, mais incomplets	51
CHAPITRE II DES RÉSULTATS MOINS FAVORABLES QU'IL N'Y PARAÎT.....	63
I - UN IMPACT NON DÉMONTRÉ DE L'AUGMENTATION DES PRÉJUDICES DÉTECTÉS DANS LE CADRE DE LA LUTTE CONTRE LES FRAUDES SUR L'ÉVOLUTION DES FRAUDES ET DES AUTRES IRRÉGULARITÉS	63
A - Faute d'estimation de la fraude, une action des branches maladie et vieillesse dont la portée ne peut être appréciée	63
B - Des estimations utiles de la fraude par la Cnaf et par Pôle emploi, qui font apparaître la détection d'une part réduite des fraudes	65
C - Une hausse des fraudes détectées qui n'empêche pas celle des erreurs définitivement non détectées, frauduleuses ou pas, au détriment des finances publiques	68
II - UN NIVEAU DE CONTRÔLE TRÈS EN DEÇÀ DES RISQUES DE FRAUDE	71
A - Un nombre réduit de contrôles sur les assurés	71
B - Des contrôles limités sur les professionnels et établissements de santé	74
C - Une répartition des contrôles parfois décalée par rapport aux enjeux	76
III - DES MARGES D'EFFICIENCE INCOMPLÈTEMENT MOBILISÉES.....	79
A - Des objectifs de détection de préjudices inégalement ambitieux.....	79
B - Des objectifs quantitatifs de contrôles et de productivité inégalement contraignants et réalisés	82
C - Une récupération variable des créances liées à des fraudes	84
CHAPITRE III TARIR LES POSSIBILITÉS SYSTÉMIQUES DE FRAUDE	89
I - CIRCONSCRIRE LES USURPATIONS D'IDENTITÉ ET LEURS EFFETS	89
A - Empêcher le versement de prestations sur des comptes bancaires n'appartenant pas à leurs bénéficiaires	90
B - Croiser les données des aides au logement et des biens immobiliers.....	92
C - Continuer à réduire la portée de détournements de la carte Vitale.....	94
D - Poursuivre la fiabilisation des identités des assurés nés à l'étranger	98

II - FIABILISER LES SALAIRES, LES RESSOURCES ET LES SITUATIONS PROFESSIONNELLES	101
A - Assurer la cohérence des salaires déclarés au titre des cotisations avec ceux pris en compte pour les prestations	101
B - Faire reposer le plus possible les données de ressources et de reprise d'activité sur des déclarations de tiers aux bénéficiaires des prestations	104
III - GÉRER DE MANIÈRE PLUS RIGOUREUSE LES DROITS ET LES FACTURATIONS DE FRAIS DE SANTÉ À L'ASSURANCE MALADIE.....	107
A - Résorber l'excès de droits ouverts à l'assurance maladie	107
B - Mettre fin aux écarts injustifiés des facturations des professionnels de santé par rapport aux prescriptions et ententes préalables	115
C - Bloquer <i>a priori</i> les factures irrégulières des professionnels et des établissements de santé	120
D - Assurer la transparence des facturations	123
CHAPITRE IV INTENSIFIER LA LUTTE CONTRE LES FRAUDES ET MIEUX LES SANCTIONNER	129
I - RENFORCER L'EFFORT DE DÉTECTION DES FRAUDES DIFFICILES À APPRÉHENDER	129
A - Les facturations de frais de santé	130
B - La composition et les ressources des foyers d'assurés et d'allocataires	131
C - La stabilité de la résidence en France.....	132
D - L'existence des titulaires de prestations résidant à l'étranger	133
E - Les fraudes sophistiquées ou en bande organisée	136
II - SANCTIONNER PLUS EFFICACEMENT LES FRAUDES	138
A - Mettre en recouvrement l'ensemble des préjudices non prescrits.....	138
B - Moduler plus fortement la sanction des irrégularités constatées	141
ANNEXES	147

Procédures et méthodes

Les rapports de la Cour des comptes sont réalisés par l'une des six chambres que comprend la Cour ou par une formation associant plusieurs chambres et/ou plusieurs chambres régionales ou territoriales des comptes.

Trois principes fondamentaux gouvernent l'organisation et l'activité de la Cour, ainsi que des chambres régionales et territoriales des comptes, tant dans l'exécution de leurs contrôles et enquêtes que dans l'élaboration des rapports publics : l'indépendance, la contradiction et la collégialité.

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

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

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

Tout contrôle ou enquête est confié à un ou plusieurs rapporteurs. Leur rapport d'instruction, comme leurs projets ultérieurs d'observations et de recommandations, provisoires et définitives, sont examinés et délibérés de façon collégiale, par une chambre ou une autre formation comprenant au moins trois magistrats. L'un des magistrats assure le rôle de contre-rapporteur et veille à la qualité des contrôles. Il en va de même pour les projets de rapports publics.

**

À la suite du rapport remis au Premier ministre, à sa demande, par Mmes Goulet, sénatrice, et Grandjean, députée, *Lutter contre les fraudes aux prestations sociales, un levier de justice sociale pour une juste prestation* (4 octobre 2019), la Cour des comptes a été saisie par le président de la commission des affaires sociales du Sénat, par une lettre du 9 octobre 2019, en application de l'article LO. 132-3-1 du code des juridictions financières, d'une demande d'enquête portant sur « *la fraude aux prestations sociales* ».

Dans une lettre du 15 novembre 2019, le Premier président a accepté cette demande et s'est engagé à remettre ce rapport, confié à la sixième chambre, d'ici la fin du premier semestre 2020 (voir annexe n° 1). La crise sanitaire a conduit à différer cette transmission début septembre 2020.

**

Pour réaliser cette enquête, la sixième chambre s'est en premier lieu appuyée sur les observations définitives qu'elle a établies sur la lutte contre les fraudes aux prestations de retraite versées par le régime général et les régimes alignés (juin 2019), les prestations d'assurance maladie (septembre 2019) et les prestations versées par la branche famille (novembre 2019).

Elle a par ailleurs pris en compte les réserves sur les comptes des branches du régime général de sécurité sociale relatifs à l'exercice 2019 et les constats d'audit qui les motivent, figurant dans le rapport de certification des comptes du régime général pour ce même exercice, établi par la Cour en application de l'article LO. 132-2-1 du code des juridictions financières.

En outre, les rapporteurs ont effectué des entretiens, accompagnés du recueil d'éléments documentaires, avec les interlocuteurs compétents de la Cnaf, de la Cnam, de la Cnav, de Pôle emploi, du GIE Agirc-Arrco, de la direction de la sécurité sociale et de la DGFIP.

Enfin, des déplacements, accompagnés du recueil d'éléments documentaires, ont été effectués dans une caisse d'allocations familiales (Seine-et-Marne), une caisse d'assurance retraite et de santé au travail (Nord-Picardie), une caisse primaire d'assurance maladie (Bouches-du-Rhône), deux directions régionales de Pôle emploi (Île-de-France et Bourgogne-Franche Comté), ainsi qu'au service administratif national d'identification des assurés de la Cnav (Sandia), qui immatricule à la sécurité sociale les assurés nés à l'étranger et dans les territoires d'outre-mer par délégation de l'Insee.

Après avoir été délibéré par la sixième chambre, un relevé d'observations provisoires a été adressé, le 19 juin 2020, au directeur général de la caisse nationale des allocations familiales (Cnaf), au directeur général de la caisse nationale de l'assurance maladie (Cnam), au directeur de la caisse nationale d'assurance vieillesse (Cnav), au directeur général de Pôle emploi, au directeur général du groupement d'intérêt économique Agirc-Arrco, au directeur général de l'agence centrale des organismes de sécurité sociale (Acoss), à la directrice de la sécurité sociale, à la directrice générale de l'offre de soins, à la directrice du budget, au directeur général des finances publiques, au directeur de l'habitat, de l'urbanisme et des paysages (DHUP) et au directeur général de l'Insee. Des réponses ont été obtenues de l'ensemble de ces destinataires, à l'exception du DHUP.

Le rapport définitif a été délibéré le 23 juillet 2020, par la sixième chambre présidée par M. Morin, et en formation délibérante composée de Mme Carrère Gée, conseillère maître, qui présidait cette formation, Mme Latare, conseillère maître, M. Appia, conseiller maître, Mme Hamayon, conseillère maître, MM. Feltesse et Houdebine, conseillers maîtres, M. Yves Guégano, conseiller maître en service extraordinaire, ainsi que, en tant que contre-rapporteur, M. Briet, conseiller maître, président de chambre maintenu et, en tant que rapporteurs, MM. Viola, conseiller maître, Gallée, conseiller référendaire et Dorliac, auditeur.

Il a ensuite été examiné et approuvé le 1^{er} septembre 2020 par le comité du rapport public et des programmes de la Cour des comptes, composé de M. Moscovici, Premier président, Mme Moati, M. Morin, Mme Pappalardo, rapporteure générale du comité, MM. Andréani, Terrien, Charpy, Mme Podeur, président(e)s de chambre, et Mme Hirsch de Kersauson, procureure générale, entendue en ses avis.

Synthèse

La fraude sociale, qu'elle concerne les recettes ou les dépenses, porte atteinte au principe de solidarité et au pacte républicain qui fondent depuis 1945 la sécurité sociale. Lutter contre celle-ci est un impératif d'efficacité économique et de justice sociale et le Conseil constitutionnel a reconnu à la « *lutte contre la fraude* » le caractère d'une exigence constitutionnelle¹.

En novembre 2019, dans une communication au Premier ministre consacrée à la fraude aux prélèvements obligatoires², la Cour a fait état d'une estimation par l'agence centrale des organismes de sécurité sociale (Acos), à partir de contrôles aléatoires des Urssaf sur les cotisants, d'une fraude aux prélèvements sociaux qui serait comprise, pour 2018, entre 6,8 Md€ et 8,4 Md€. Elle a cependant indiqué que cette évaluation était sous-estimée.

À la demande de la commission des affaires sociales du Sénat, la Cour a réalisé la présente enquête sur la fraude aux prestations sociales, les actions engagées pour lutter contre ce phénomène et les résultats obtenus à ce titre.

L'enquête de la Cour couvre les branches du régime général de sécurité sociale (maladie et accidents du travail-maladies professionnelles, famille et vieillesse) et, sur plusieurs points déterminants d'appréciation, Pôle emploi et les retraites complémentaires des salariés Agirc-Arrco, soit 521,4 Md€ de prestations légales et conventionnelles représentant 21,5 % du PIB. Pour sa réalisation, la Cour a mobilisé l'ensemble des sources d'information disponibles et a sollicité des informations supplémentaires. Ces travaux lui ont permis d'établir, en toute indépendance, des constats principalement inédits, appelés à contribuer au débat public.

Les fraudes constituent une partie des irrégularités de tous ordres qui affectent l'attribution, le calcul ou le versement des prestations dans le sens d'un excès de versement des prestations qui se traduit par des indus à détecter, à interrompre et à récupérer pour ceux versés. Si ces irrégularités ont un caractère volontaire, il s'agit de fraudes. Dans le cas contraire, il s'agit de simples erreurs. En pratique, cette distinction peut être difficile à opérer.

Une estimation de la fraude limitée aux seules prestations versées par les Caf

La Cour a pour mission d'apporter des informations et des analyses objectives, et c'est ce à quoi elle s'est attachée dans le cadre de cette enquête. Elle ne présente donc pas d'estimation globale du montant de la fraude aux prestations, les données disponibles ne permettant pas de parvenir à un chiffre suffisamment fiable.

En effet, seule la branche famille procède à une estimation de la fraude aux prestations. Depuis 2010, elle effectue à cette fin des contrôles approfondis sur la situation d'un échantillon représentatif de foyers d'allocataires. L'évaluation annuelle qu'établit la Cnaf fournit une

¹ Décision n° 2010-622 DC du 28 décembre 2010. Le considérant concerné porte sur les dépenses.

² Cour des comptes, *La fraude aux prélèvements obligatoires*, communication au Premier ministre, novembre 2019, disponible sur www.ccomptes.fr.

mesure de plus en plus pertinente de l'ampleur de ce phénomène, sans encore le retracer en totalité. Au titre des prestations versées en 2018, la Cnaf estime la fraude, détectée ou non, à 2,3 Md€, soit 3,2 % du montant des prestations versées. Cette fraude se concentre sur le RSA, la prime d'activité et les aides au logement, les prestations familiales étant moins touchées.

Pour sa part, l'assurance maladie n'évalue pas la fraude aux prestations, alors qu'elle pourrait y procéder, en redressant au plan statistique les résultats des programmes nationaux de contrôle définis par la Cnam et d'application obligatoire pour les CPAM et le service médical, qui ciblent des dossiers présentant des caractéristiques prédéterminées. La branche vieillesse pourrait elle aussi procéder à une estimation en partant des résultats redressés des contrôles sélectionnés par son outil de *datamining*. Pôle emploi a procédé en 2015 à une estimation de la fraude sur un champ partiel, mais ne l'a pas reconduite. À l'issue de l'enquête de la Cour, il s'est engagé à y procéder, selon une périodicité à définir, sur un champ élargi d'anomalies.

L'absence d'estimation du montant de la fraude pour la plupart des prestations prive l'action des pouvoirs publics et des organismes sociaux d'un indispensable instrument d'orientation des actions à mener pour mieux la prévenir, la détecter et la sanctionner. L'estimation du montant de la fraude n'est pas le seul domaine dans lequel la branche famille se distingue des autres branches du régime général et de Pôle emploi (voir *infra*).

Une progression des résultats de la lutte contre les fraudes qui traduit sa professionnalisation croissante

Une forte dynamique de fraudes et de fautes détectées et sanctionnées

En 2019, les principaux organismes sociaux ont détecté 1 Md€ de préjudices subis et évités dans le cadre de la lutte contre les fraudes. Ce montant connaît une augmentation continue, quoiqu'inégale entre organismes et dans le temps. La branche famille a identifié 324 M€ de préjudices subis au titre de fraudes, soit 3,6 fois plus qu'en 2010 ; l'assurance maladie 287 M€ de préjudices subis et évités au titre de fraudes et de fautes, soit 1,8 fois plus qu'en 2010 ; la branche vieillesse 160 M€ de préjudices subis et évités au titre de fraudes et de fautes, soit 2,2 fois plus qu'en 2013 ; Pôle emploi 212 M€ de préjudices subis et évités au titre de fraudes, soit 4,6 fois plus qu'en 2010.

Les fraudes détectées se concentrent, en montant, sur certains types de prestations, d'auteurs ou de situations :

- pour la branche famille, ce sont principalement le RSA, la prime d'activité et les aides au logement qui font l'objet de fraudes. À lui seul, le RSA a représenté 46 % des fraudes qualifiées en 2019. L'omission et les fausses déclarations de ressources constituent le premier mode opératoire de fraudes et de fautes détectées (69 % en 2019) ;

- pour l'assurance maladie, ce sont les professionnels et les établissements de santé et médico-sociaux qui concentrent une part prépondérante des montants de préjudices subis et évités, soit près de 80 % du total en 2019. Ceux-ci concernent des facturations d'actes médicaux et paramédicaux, de séjours en établissement de santé, de prestations et de biens de santé fictifs, ainsi que des surfacturations ;

- pour la branche vieillesse, les prestations du minimum vieillesse, soumises à des conditions de ressources et de résidence stable en France, ont été à l'origine de près de trois fraudes sur quatre détectées en 2019 ;

- pour Pôle emploi, les reprises d'activité non déclarées représentent chaque année, depuis 2015, plus de 70 % du nombre d'affaires frauduleuses.

Le nombre de fraudes et de fautes sanctionnées a lui aussi beaucoup augmenté, grâce aux sanctions administratives (avertissements et pénalités financières décidées par les directeurs des organismes sociaux), qui suppléent pour partie les réponses pénales et ordinaires. Toutefois, au-delà de la mise en recouvrement des sommes indûment versées, qui revêt un caractère systématique, seules les Caf sanctionnent en pratique toutes les fraudes, au moins par un avertissement (qui pourra être suivi d'une pénalité financière majorée en cas de récidive).

Des contrôles bénéficiant de ressources notables et de progrès dans leur sélection

Au vu des données disponibles, près de 4 000 agents en équivalent temps plein étaient directement affectés à la lutte contre les fraudes en 2019, principalement dans les Caf et les CPAM et le service médical de l'assurance maladie. Du fait de certaines imprécisions, il s'agit là d'un ordre de grandeur. Ce dernier ne prend par ailleurs pas en compte les effectifs relevant des fonctions supports (informatique, contentieux et comptabilité).

Si cette activité a plutôt été préservée de la diminution globale des effectifs des organismes sociaux, les équipes locales ont souvent une taille réduite, en raison notamment de l'organisation du régime général de sécurité sociale en un grand nombre de caisses locales, le plus souvent à maille départementale.

Les actions de contrôle susceptibles de déboucher sur le constat de fraudes ont plusieurs origines : signalements internes aux services ou par des partenaires administratifs ; analyses de la cohérence des données, qui s'accompagnent de manière croissante d'une représentation statistique prédictive du risque d'irrégularité (le *datamining*).

Les contrôles mis en œuvre par les organismes sociaux les conduisent souvent à détecter des indus, dont une part variable a un caractère frauduleux ou fautif. En 2019, ont débouché sur le constat d'indus, en moyenne, 78 % des contrôles effectués par les CPAM à leur initiative et environ 75 % de ceux qu'elles ont réalisés sur décision de la Cnam (hors contrôle des séjours en établissement de santé), 74 % des signalements internes ou externes traités par Pôle emploi et 55 % des contrôles sur place effectués par les Caf, les plus poussés. La fréquence de détection d'indus par les caisses de retraite est plus faible, à 41 % en moyenne, mais augmente. En revanche, la fréquence moyenne des irrégularités de facturation détectées par séjour contrôlé en établissement de santé connaît une baisse continue (de 49 % pour 2008 à 35 % pour 2017).

Des moyens d'investigation qui s'étendent, mais restent incomplets

Pour réaliser des contrôles, les agents des organismes sociaux peuvent consulter un grand nombre d'informations détenues par leurs homologues, par des administrations de l'État ou par d'autres tiers, notamment les établissements bancaires.

Compte tenu notamment du retard pris par le développement du référentiel national commun de la protection sociale (RNCPS), la mutualisation entre organismes sociaux des données qu'ils détiennent pour contrôler les prestations laisse subsister des lacunes. Selon les

organismes concernés, elles amoindrissent les possibilités de contrôle de la composition et des ressources du foyer, de la résidence en France ou de l'existence des retraités à l'étranger.

Par ailleurs, les organismes sociaux n'ont pas accès ou n'exploitent pas certaines données détenues par des administrations de l'État pour contrôler la stabilité de la résidence en France (registre des Français établis à l'étranger, bases élèves) ou le caractère irrégulier du séjour (visas de court séjour pour le contrôle de l'aide médicale de l'État, dont l'attribution est conditionnée par ce caractère irrégulier).

Contrairement aux organismes de sécurité sociale, Pôle emploi n'est pas habilité à obtenir des informations relatives à la situation des bénéficiaires des prestations en interrogeant des tiers de confiance. Faute de bénéficier de ce droit de communication auprès de tiers, il ne peut appréhender des ressources ou une vie courante à l'étranger non déclarées en consultant les relevés bancaires, ce qui réduit ses possibilités de détection de reprises d'activité non déclarées et de départs de France. Cette disparité de traitement de Pôle emploi n'a pas de justification.

Pour sa part, l'Agirc-Arrco ne peut vérifier que les prestations sont effectivement versées sur un compte bancaire appartenant à leur bénéficiaire, en consultant le fichier des comptes bancaires ouverts en France (Ficoba).

Des résultats moins favorables qu'il n'y paraît

Un impact non démontré sur l'évolution des fraudes et des autres irrégularités

En l'absence d'estimation de son montant, il n'est pas possible d'apprécier dans quelle mesure l'assurance maladie, la branche vieillesse et Pôle emploi parviennent à réduire la fraude.

S'agissant de la branche famille, les actions de contrôle mises en œuvre conduisent à mettre en recouvrement des indus qualifiés de frauduleux qui représentent une part minoritaire du montant estimé de la fraude (13 % s'agissant des prestations versées en 2018).

Que le montant de la fraude soit estimé ou non, l'augmentation des montants détectés de préjudices subis ou évités au titre de fraudes et de fautes ne s'accompagne pas d'une réduction des pertes financières que subissent les organismes sociaux du fait de la prise en compte de données déclaratives erronées, frauduleuses ou non, pour attribuer et calculer les prestations.

Ainsi, si la branche famille qualifie de frauduleux des montants croissants d'indus qu'elle détecte, les indus, frauduleux ou non, qu'elle ne détecte pas augmentent. S'agissant des prestations versées en 2018, la Cnaf estime que 3,3 Md€ d'indus, frauduleux ou non (et accessoirement de rappels) n'ont définitivement pas été détectés, soit 4,9 % de leur montant.

En matière de prise en charge de frais de santé, l'assurance maladie connaît elle aussi des pertes élevées du fait d'erreurs non corrigées affectant les facturations des professionnels et des établissements de santé. La Cnam en évalue le montant à 1 Md€ pour 2019. Mais cette estimation ne couvre pas les séjours dans les établissements publics et privés non lucratifs. Sur le champ partiel qui est le sien, elle est nettement inférieure à la réalité, les contrôles sur des échantillons de facturations qui servent à l'établir ne détectant qu'une partie des irrégularités.

Un niveau de contrôle très en-deçà des risques de fraude

Les vérifications sur pièces de la stabilité de la résidence en France de bénéficiaires de droits à une prise de leurs frais de santé par l'assurance maladie portent sur une fraction réduite de ceux pour lesquels il existe un doute sur l'effectivité de cette résidence ; les vérifications approfondies de situation sont quant à elles presque inexistantes.

Un nombre significatif de professionnels libéraux de santé ont une activité anormalement élevée facturée à l'assurance maladie. S'agissant des infirmiers, profession pour laquelle les montants de fraude détectés sont les plus élevés, 4 % au plus sont contrôlés chaque année, de manière plus ou moins approfondie, à comparer à 8,5 % des infirmiers ayant perçu au moins 150 000 € d'honoraires en 2018, avec de fortes disparités territoriales. Dans les Bouches-du-Rhône, qui comptent 3 % de la population française, mais 7,2 % du total des honoraires facturés, moins de 1 % des infirmiers sont contrôlés chaque année.

L'assurance maladie contrôle au plus 0,7 % des séjours qui lui sont facturés par les établissements de santé publics ou privés.

Les contrôles sur place des Caf, les plus poussés (visite des contrôleurs au domicile des allocataires ou convocation physique de ces derniers à la caisse), sur la situation des allocataires du RSA, prestation la plus fraudée, ont porté en 2019 uniquement sur un allocataire sur 20.

Dans la branche vieillesse, les contrôles *a posteriori* sur des dossiers de retraités en cours de paiement sont très rares (en moyenne, un sur 1 900).

Des progrès trop lents, un changement d'échelle indispensable

La lutte contre les fraudes aux prestations sociales a une faiblesse fondamentale : elle s'épuise à rechercher, essentiellement *a posteriori*, des irrégularités qui auraient dû être empêchées *a priori* dans le cadre même des processus informatisés de gestion des droits et des prestations. Le nombre considérable de prestations versées par les organismes sociaux limite nécessairement l'étendue possible des vérifications *a posteriori*.

Il importe donc d'engager une action globale de sécurisation du versement des prestations sociales, visant à en assurer le paiement à bon droit, c'est-à-dire à la personne qui en remplit les conditions et pour un montant exact.

Tarir les possibilités systémiques de fraude

Il convient de resserrer un système déclaratif trop ouvert, en passant de consultations ponctuelles de données à une industrialisation des rapprochements de données avec celles détenues par les autres organismes sociaux et les administrations de l'État, en remplaçant les données déclarées par les bénéficiaires des prestations par des données émanant de tiers de confiance chaque fois que cela est possible, en renforçant très significativement les contrôles automatisés qui visent à vérifier la conformité des données aux règles de droit applicables et, de manière générale, en exploitant pleinement les possibilités suscitées par la numérisation des données.

Premier chantier : circonscrire les usurpations d'identité

Même si les fraudes liées à des détournements de prestations ne semblent pas les plus fréquentes, une sécurisation élémentaire doit consister à rapprocher systématiquement les coordonnées bancaires des bénéficiaires avec le fichier des comptes bancaires ouverts en France (Ficoba) tenu par l'administration fiscale. À ce jour, les rapprochements effectués portent sur des périmètres partiels, parfois très étroits (Pôle emploi). Il importe de faire aboutir à court terme les évolutions informatiques nécessaires au rapprochement des coordonnées bancaires des bénéficiaires de prestations avec celles du Ficoba, débutées il y a déjà cinq ans. Ces travaux sont essentiels pour prévenir des fraudes externes, mais aussi internes aux organismes.

En outre, la branche famille et la DGFIP devraient croiser leurs informations respectives afin d'apporter deux garanties élémentaires : que les logements support des aides au logement existent effectivement et sont dûment occupés par les bénéficiaires de ces prestations ; que les bailleurs privés déclarent au fisc des revenus fonciers au moins égaux au montant des aides.

Il importe aussi de réduire les possibilités et la durée des détournements de l'utilisation des cartes Vitale par des tiers à leurs détenteurs normaux en dématérialisant la carte, en la transformant d'un support des droits à l'assurance maladie en un outil d'acquisition par le logiciel du professionnel de santé de l'information relative aux droits dans le système d'information de l'assurance maladie – afin que les clôtures de droits aient un effet immédiat – et en attribuant une e-carte d'assurance maladie pour chaque assuré, quel que soit son âge – afin d'empêcher les facturations injustifiées d'actes en série au titre du parent et des enfants figurant sur sa carte Vitale. Dans l'attente, il convient d'éteindre l'excédent de cartes valides (un peu moins de 153 000 fin juin 2020) par rapport au nombre d'assurés ayant des droits ouverts à l'assurance maladie, la détention de plusieurs cartes par un même ou au nom d'un même assuré suscitant un risque particulier de remise à un tiers.

Enfin, au-delà du progrès majeur intervenu en 2012 (production par le demandeur non plus d'une seule, mais de deux pièces justificatives de son identité), la fiabilisation des immatriculations à la sécurité sociale des assurés nés dans des pays étrangers conserve certaines marges de progrès. En particulier, il conviendrait que les Caf et CPAM convoquent plus fréquemment les demandeurs sur l'identité desquels subsiste un doute.

Deuxième chantier : fiabiliser les salaires, les ressources et les situations professionnelles

Sauf exception, les Urssaf ne rapprochent pas les données individuelles de salaires prises en compte pour ouvrir les droits des salariés aux retraites de base, aux indemnités journalières, aux allocations chômage, aux pensions d'invalidité et aux rentes d'accidents du travail – maladies professionnelles avec les données agrégées de salaires, non détaillées par salarié, qui constituent l'assiette des cotisations sociales. Pourtant, les employeurs déclarent ces données individuelles et ces données agrégées dans leurs déclarations sociales nominatives (DSN).

Cette déconnexion des droits à des prestations contributives ou assurantielles par rapport aux cotisations se traduit principalement par une insuffisance de cotisations pour certains employeurs. Il convient que le réseau des Urssaf y mette fin en rapprochant systématiquement les données individuelles et les données agrégées de salaires. Les appels de cotisations supplémentaires effectués par l'Agirc-Arrco à l'appui des salaires pris en compte pour les retraites complémentaires (1,2 Md€ pour 2018) attestent l'importance financière de cet enjeu.

Les montants de cotisations des employeurs privés de salariés affectées aux branches du régime général de sécurité sociale représentent un peu plus du double de celles à l'Agirc-Arrco.

Les déclarations des bénéficiaires des prestations comportant de fréquentes erreurs, volontaires ou non, il convient de faire reposer le plus possible sur des tiers de confiance l'acquisition des données relatives aux ressources, aux situations et aux revenus professionnels. Au-delà de son objet immédiat (le calcul des aides au logement en fonction des revenus contemporains à compter du 1^{er} janvier 2021), la mise en place par la Cnaf du dispositif ressources mutualisé (DRM), qui regroupe l'ensemble des données relatives aux ressources (revenus d'activité, prestations sociales, revenus du capital), en fournit la possibilité.

Pour la branche famille, il s'agit de rien de moins que de substituer au mode actuel de production des prestations, fondé sur leur mise en paiement suivie de la vérification ultérieure d'une partie des données, la prise en compte *a priori* des données de salaires et de revenus de remplacement déclarées par les employeurs et les organismes sociaux et rassemblées dans le DRM. Ce projet, qui doit permettre de surmonter le dilemme entre rapidité de la mise en paiement et fiabilité des prestations, est engagé pour la prime d'activité et sera ensuite étendu au RSA et aux autres prestations. Son calendrier de réalisation est toutefois incertain.

Pour sa part, l'assurance maladie indique entendre utiliser les données du DRM pour attribuer la complémentaire santé solidaire à partir de 2021 et pour servir les pensions d'invalidité à partir de 2022, afin d'assurer une application plus efficace des règles de cumul de ces dernières avec les revenus professionnels. Elle aurait également vocation à le faire pour sécuriser le calcul des rentes d'accidents du travail-maladies professionnelles.

À l'instar de la Cnaf, la Cnam, la Cnav et Pôle emploi devraient engager ou mener à bien les travaux nécessaires pour que les données du DRM soient prises en compte pour sécuriser le versement des minima sociaux relevant de leur responsabilité : minimum vieillesse, allocation de solidarité spécifique pour les chômeurs en fin de droits et allocation de solidarité invalidité.

Enfin, la Cnam et Pôle emploi devraient utiliser les données du DRM afin de détecter plus vite et complètement les reprises d'activité faisant suite à un arrêt de travail ou à une période de chômage, en vue d'interrompre le versement ou de réviser le montant des indemnités journalières et des allocations chômage. La Cnaf prévoit cette utilisation pour recalculer le montant des prestations familiales et de solidarité (compte tenu des règles d'abattement ou de neutralisation des revenus d'activité en cas de chômage).

Troisième chantier : gérer de manière plus rigoureuse les droits et les facturations de frais de santé à l'assurance maladie

L'enjeu est double :

- les prises en charge de frais de santé par l'assurance maladie doivent bénéficier uniquement à des assurés qui en remplissent les conditions ;
- les montants pris en charge sur facturation des professionnels et des établissements de santé doivent être conformes à la réglementation applicable, aux ententes préalables du service médical et aux ordonnances médicales.

- Sur le premier point, la direction de la sécurité sociale a reconnu devant la commission d'enquête de l'Assemblée nationale relative à la lutte contre les fraudes aux prestations sociales l'existence d'un surnombre de bénéficiaires de droits ouverts à une prise en charge de leurs frais de santé par l'assurance maladie. Selon elle, 2,4 millions de personnes ne rempliraient pas ou plus les conditions d'activité ou résidence stable en France (6 mois continus ou discontinus sur une année). Le surnombre effectif dépasse vraisemblablement 3 millions d'assurés.

Cette situation résulte du maintien de droits ouverts à tort au titre d'assurés qui ont quitté la France pour un autre pays ou ne vivent qu'épisodiquement en France. Les personnes concernées sont conscientes ou pas qu'elles ont conservé des droits et qu'elles n'en remplissent plus les conditions légales. Une part indéterminée d'entre elles bénéficie de soins en France pris en charge par l'assurance maladie. Le nombre annuel de fermetures de droits par l'assurance maladie étant moins élevé que celui des départs de France estimé par l'Insee, le surnombre de titulaires de droits à l'assurance maladie augmente. L'enjeu financier pourrait être significatif.

Le ministère des solidarités et de la santé et la CNAM doivent désormais mener à bien, dans un calendrier resserré, un processus de travail ayant un triple objectif : cerner étroitement l'ampleur du phénomène, en quantifier les facteurs explicatifs et le résorber, en mettant à niveau le dispositif de contrôle par l'assurance maladie de la validité des droits sociaux (croisements de données avec d'autres organismes sociaux et administrations et contrôles sur pièces sur une partie des assurés sans trace récente d'une activité ou d'une résidence en France).

- Sur le second point, les contrôles *a posteriori* effectués par l'assurance maladie sur des nombres réduits de factures ne lui permettent de récupérer qu'une faible part des préjudices qu'elle subit du fait de factures non conformes aux référentiels réglementaires de tarification³, qui fixent les conditions, plafonds de cumul et interdictions d'association des actes, aux décisions d'entente préalable de son service médical et aux prescriptions médicales.

Pour réduire les pertes qu'elle subit du fait de règlements irréguliers aux professionnels et aux établissements de santé, il convient que l'assurance maladie implante des contrôles automatisés de la conformité des facturations à la réglementation applicable dans la chaîne informatisée de règlement des frais de santé, alors qu'elle a en grande partie démantelé les contrôles existants, déjà insuffisants, lorsqu'une garantie de paiement sous sept jours a été accordée en 2016 aux professionnels pratiquant le tiers payant. L'assurance maladie devrait aussi mettre en place une vérification automatisée de la conformité des facturations aux ententes préalables du service médical, aujourd'hui inexistante.

Par ailleurs, il convient de donner une forte impulsion au développement de la prescription médicale électronique, en établissement de santé comme en ville, en consacrant les moyens nécessaires au développement rapide de solutions de dématérialisation par l'assurance maladie pour l'ensemble des professions faisant l'objet de prescriptions médicales et en rendant obligatoire, le moment venu, l'utilisation de ces solutions. À ce jour, l'assurance maladie propose une solution de e-prescription seulement pour les transports sanitaires (en ambulance ou véhicule sanitaire léger) ; cette solution est de surcroît peu utilisée par les médecins de ville et l'est encore moins par les établissements de santé, à l'origine de la plupart des prescriptions.

³ Classification commune des actes médicaux (CCAM), nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) et nomenclature des actes de biologie médicale (NABM).

Un dernier enjeu concerne la transparence des facturations. Il convient que l'assurance maladie soit dûment informée des remplacements de professionnels de santé, qu'elle continue à être destinataire de factures individuelles de ces derniers lorsqu'ils sont salariés permanents d'autres professionnels et qu'elle puisse consulter les informations, quand elles figurent dans les logiciels des professionnels, relatives au moment des prescriptions, des actes et des prestations, afin de dissuader et de détecter les facturations frauduleuses « en série » de patients.

Renforcer l'effort de détection des fraudes difficiles à appréhender

Même en asséchant à la source une grande partie des risques de fraude, les caractéristiques mêmes des prestations continueront à rendre nécessaire un renforcement des contrôles sur place destinés à détecter des irrégularités difficiles à appréhender. Il s'agit notamment de la nature, de la quantité et de la cotation d'actes de soins, de prestations et de biens de santé ; des ressources procurées par le travail dissimulé ; de la réalité de l'absence de conjoint ; de la réalité de la stabilité de la résidence en France.

Si des marges d'efficience des activités de contrôle subsistent, elles ne doivent pas être surestimées. Les investigations requièrent un temps significatif, d'autant plus élevé quand des témoignages de tiers à l'auteur présumé d'une fraude (assurés et membres de leur famille pour les professionnels de santé) doivent être recueillis, le contenu de la prise en charge sanitaire être analysé (par le service médical de l'assurance maladie) ou des relevés bancaires être examinés.

Détecter plus souvent des irrégularités coûteuses pour les finances publiques apparaît ainsi inenvisageable sans augmenter la fréquence des contrôles, grâce à un renforcement des moyens humains qui leur sont consacrés. Ces contrôles accrus devraient intervenir à l'égard des assurés et des allocataires, mais aussi, en cohérence, des établissements et des professionnels de santé. Les contrôles de ces derniers sont en effet trop épars au regard d'indices concordants d'irrégularités qui ne peuvent être expliquées par des situations de précarité sociale, mais sont motivées par un dessein d'enrichissement par rapport à la réalité de leur activité.

Une autre limite aux dispositifs de lutte contre les fraudes mis en œuvre par les organismes sociaux tient au fait qu'ils visent pour l'essentiel des fraudes individuelles comportant des modes opératoires simples. En dehors des médicaments et des dispositifs médicaux, les fraudes sophistiquées ou en bande organisée sont peu recherchées. Les organismes sociaux sont toutefois vulnérables à des fraudes par des individus coalisés, commises dans plusieurs organismes. Les trafics et procédés de fraudes sur internet représentent un enjeu croissant. Une unité spéciale, commune à l'ensemble des organismes et composée d'agents spécialisés dans la lutte contre la criminalité organisée et la cybercriminalité, devrait recevoir pour mission de concevoir et de tester des modes opératoires de fraude, avec un regard neuf, et de débusquer sur internet les propositions de fraude aux prestations.

Sanctionner plus efficacement les fraudes

La sanction financière la plus sensible pour les fraudeurs est la constatation d'indus au titre des préjudices subis. Or les indus frauduleux ne sont qu'en partie mis en recouvrement.

Ainsi, alors que la prescription d'ordre public de cinq années est applicable aux indus frauduleux, les CPAM et les Caf, faute d'adaptation de leur système d'information, ne constatent des indus liés à des fraudes qu'avec une profondeur de deux ans, comme pour les indus non frauduleux, juridiquement prescrits au bout de deux ans ; dans certains cas, cette limite est portée à trois années pour les Caf.

En outre, lorsqu'elle contrôle des échantillons de factures, l'assurance maladie ne peut, sous réserve de certaines jurisprudences qui lui sont favorables, constater des indus qu'au titre de ces seules factures, alors même qu'elles ne représentent souvent qu'une part limitée des facturations irrégulières « en série » (comme la surcotation systématique de certains actes). Afin que l'assurance maladie rentre dans ses fonds, il importe que les dispositions législatives⁴ qui prévoient depuis 2010 l'extrapolation des indus détectés sur des échantillons représentatifs de facturations au titre de certains types de frais (pharmacie, fourniture de dispositifs médicaux, transport, biologie) fassent enfin l'objet de mesures réglementaires d'application et que le champ légal de l'extrapolation des indus couvre également les actes médicaux et paramédicaux, ainsi que les séjours en établissement de santé.

Enfin, lorsqu'elle est constatée, la fraude doit être effectivement interrompue. Or, il n'est pas rare que des professionnels de santé financent le remboursement d'indus et le règlement d'amendes pénales ou de pénalités administratives en continuant à surfacturer à l'assurance maladie. Ils le peuvent tant que leur ordre professionnel ne leur interdit pas de donner des soins à des assurés sociaux ou que l'assurance maladie continue à les conventionner.

Alors que les conventions de l'assurance maladie avec les professions de santé prévoient rarement les procédures à même de faciliter des déconventionnements rendus indispensables par la persistance de pratiques irrégulières de facturation, les dispositions législatives⁵ qui donnent aux CPAM, depuis 2007, la faculté de déconventionner d'urgence des professionnels de santé, doivent enfin, elles aussi, recevoir des mesures réglementaires d'application.

Il importe également que le code de la sécurité sociale prévoit que lorsqu'un professionnel de santé a été sanctionné à deux reprises pour fraude par la voie pénale ou administrative et a épuisé toute voie de recours, il est déconventionné d'office pour une durée incompressible. Les surfacturations répétées à l'assurance maladie doivent être effectivement interrompues.

**

Au total, la Cour formule **15 recommandations opérationnelles** afin de lutter plus efficacement contre la fraude et les irrégularités liées aux données prises en compte pour les droits et les prestations, qui font subir des pertes à notre système de protection sociale :

- estimer le montant de la fraude aux prestations, non seulement pour la branche famille, mais aussi pour l'assurance maladie, la branche vieillesse et Pôle emploi ;
- sécuriser en amont le versement des prestations, en menant à bien trois chantiers : la réduction des risques d'usurpation d'identité ; la fiabilisation des salaires, des ressources et des situations professionnelles ; une gestion plus rigoureuse des droits et des facturations de frais de santé à l'assurance maladie ;

⁴ Article L. 162-1-14-2 du code de la sécurité sociale.

⁵ Article L. 162-15-1 du code de la sécurité sociale.

- renforcer en aval les contrôles sur les irrégularités les moins visibles, difficiles à déceler et permettre aux organismes sociaux de récupérer le plus largement possible les préjudices financiers subis du fait de fraudes détectées.

Afin d'assurer la réalisation de ces objectifs, les budgets informatiques des organismes sociaux devraient être augmentés. De fait, l'allongement des délais, pour les projets visant à sécuriser le versement des prestations déjà engagés, dénote l'insuffisance de ces budgets, alors que le retour sur investissement des évolutions informatiques à effectuer, serait, lui, très rapide, sous la forme de moindres dépenses injustifiées de prestations. Par ailleurs, le renforcement préconisé des contrôles en aval appelle la mobilisation de moyens humains supplémentaires.

Récapitulatif des recommandations⁶

Mesurer l'ampleur de la fraude aux prestations

2. Procéder régulièrement à une estimation chiffrée de la fraude aux prestations couvrant le champ le plus étendu, mettant en œuvre une organisation rigoureuse et reposant sur des méthodes statistiques robustes (*ministères chargés de la sécurité sociale et du travail et de l'emploi, Cnam, Cnav, Pôle emploi*).

Tarir les possibilités systémiques de fraude

3. Prévenir les détournements de versement de prestations en mettant en œuvre un rapprochement automatisé des coordonnées bancaires communiquées par les assurés, allocataires, professionnels de santé et autres tiers (bailleurs) avec le fichier Ficoba des comptes bancaires ouverts en France, y compris sur le stock d'identités bancaires antérieures à la mise en œuvre de ce rapprochement (*ministères chargés de la sécurité sociale, du travail et de l'emploi et de l'économie, ensemble des organismes nationaux de protection sociale*).
4. Réduire les fraudes et les autres irrégularités liées aux actes et prestations facturés à l'assurance maladie :
 - en rendant obligatoire la dématérialisation de l'ensemble des prescriptions médicales, y compris en établissement de santé ;
 - en individualisant chaque acte et prestation dans les nomenclatures tarifaires ;
 - en mettant en place des contrôles automatisés de l'application des règles de compatibilité et de cumul des actes et prestations facturés, ainsi que de conformité aux décisions du service médical ;
 - en prévoyant une obligation d'intégration de ces contrôles aux logiciels de facturation des professionnels et établissements de santé ;
 - en maintenant une facturation individualisée par professionnel de ville, même salarié ;
 - en permettant aux caisses d'assurance maladie de consulter les données d'horodatage dans les logiciels de facturation des professionnels de santé ;
 - en assurant l'information des caisses sur les remplaçants des professionnels de santé via leurs ordres professionnels ;

⁶ Les recommandations sont numérotées dans l'ordre de leur mention dans le rapport.

- en autorisant les caisses d'assurance maladie à déroger à la garantie de paiement sous sept jours pour les professionnels sanctionnés pour fraude ou pour faute (*ministère chargé de la sécurité sociale, Cnam*).

5. Réduire les fraudes et les autres irrégularités liées à l'activité préalable et aux salaires pour les allocations chômage et les indemnités journalières, à la carrière pour les retraites, ainsi qu'aux prélèvements sociaux en mettant en œuvre un rapprochement automatisé permanent entre les assiettes de prélèvements sociaux déclarées de manière globale par les employeurs de salariés aux Urssaf d'une part et les salaires, quotités horaires et périodes travaillées déclarés de manière individualisée par salarié par ces mêmes employeurs d'autre part (*ministères chargés de la sécurité sociale et du travail et de l'emploi, Acoff, Cnav, Cnam, Pôle emploi*).
6. Exploiter en masse les données du dispositif ressources mutualisé afin de réduire les fraudes et les autres irrégularités portant sur l'attribution et le versement des prestations familiales, des minima sociaux, de la complémentaire santé solidaire, des indemnités journalières, des pensions d'invalidité et des allocations chômage et imputables à l'absence ou à la sous-déclaration de ressources, de revenus professionnels et de reprises du travail faisant suite à un arrêt de travail ou à une inactivité forcée (*ministères chargés de la sécurité sociale et du travail et de l'emploi, ensemble des organismes nationaux de protection sociale*).
7. Déterminer dans un calendrier rapproché l'ampleur exacte du surnombre de droits ouverts à une prise en charge des frais de santé par l'assurance maladie dans le cadre de la protection universelle maladie (PUMa), la nature et l'importance relative des facteurs explicatifs de ce surnombre et les évolutions à apporter au périmètre et aux modalités des contrôles de l'application de la PUMa afin de le résorber (*ministère chargé de la sécurité sociale, Cnam*).
8. Réduire les fraudes sociales et fiscales aux aides au logement :
 - en introduisant les références des logements concernés parmi les données devant être déclarées par les bailleurs privés en tiers payant et les locataires qui perçoivent les aides (sur communication de leurs bailleurs) et en rapprochant ces mêmes données des données sur les logements détenues par la DGFIP (nouveau répertoire national des locaux et, ultérieurement, fichier des propriétaires de locaux affectés à l'habitation) ;
 - en assurant l'information de l'administration fiscale sur les aides versées afin de lui permettre de fiabiliser les revenus fonciers déclarés (*ministères chargés de la sécurité sociale, du logement et du budget, Cnaf, DGFIP*).
9. En ce qui concerne les cartes Vitale :
 - mettre en place une carte dématérialisée et individualisée par assuré, y compris au titre de l'ensemble des enfants, permettant aux professionnels et aux établissements de santé de facturer à l'assurance maladie à partir de la situation à jour des droits des assurés sociaux dans le système d'information de cette dernière ;
 - dans l'immédiat, éteindre le stock de cartes Vitale excédentaires par rapport aux assurés habilités à en détenir et rappeler aux assurés le caractère strictement personnel de la détention de la carte, exclusif de toute remise à un tiers, quel qu'il soit (*ministère chargé de la sécurité sociale, Cnam, autres régimes d'assurance maladie que le régime général*).

10. Continuer à améliorer les procédures d'immatriculation des assurés nés à l'étranger, en généralisant les numéros identifiants d'attente (NIA), en mutualisant l'information sur les tentatives déjouées de fraude et en développant les convocations physiques des demandeurs en cas de doute sur les justificatifs produits (*ministère chargé de la sécurité sociale, Cnav, autres organismes sociaux*).

Mieux prévenir, intensifier et faciliter la recherche de fraudes

11. Prévoir dans la prochaine génération de conventions d'objectifs et de gestion avec l'État une hausse significative des budgets informatiques, afin de réaliser les chantiers nécessaires à la sécurisation *a priori* des droits et des prestations, ainsi que des effectifs affectés à la lutte contre les fraudes, afin de développer les contrôles sur place et les investigations qui leur sont liées (*ministères chargés de la sécurité sociale et du budget, Cnaf, Cnam et Cnav*).
12. Créer une unité spécialisée transversale à l'ensemble des organismes sociaux, de lutte contre les fraudes externes et internes en bande organisée, faisant intervenir des schémas sophistiqués ou opérant sur internet, composée d'agents spécialisés dans la répression des agissements criminels et la cybercriminalité (*ministères chargés de la sécurité sociale, de l'économie et du travail et de l'emploi, ensemble des organismes nationaux de protection sociale*).
1. Pour l'exercice de leurs missions de lutte contre les fraudes, accorder aux organismes sociaux la possibilité de consulter et d'analyser les données pertinentes du registre national des Français établis à l'étranger, celles des bases élèves et, dans le respect du secret médical, celles de l'assurance maladie portant sur les soins réalisés à l'étranger et sur les prises en charge de dépenses de santé d'assurés dépassant un certain âge ; s'agissant spécifiquement de Pôle emploi, lui permettre de consulter la base des travailleurs détachés en France et, comme les organismes de sécurité sociale, d'exercer le droit de communication auprès de tiers et de consulter le fichier Ficovie (*ministères chargés de la sécurité sociale, du travail et de l'emploi, du budget, de l'économie, de l'éducation nationale et des affaires étrangères*).

Sanctionner plus efficacement les fraudes sur le plan financier

13. Constater les indus liés à des fraudes sur la totalité de la période de cinq années précédant leur prescription d'ordre public, et non plus uniquement sur une partie de celle-ci (*ministère chargé de la sécurité sociale, Cnaf et Cnam*).
14. Prendre les textes réglementaires d'application de l'article L. 162-15-1 du code de la sécurité sociale (déconventionnement en urgence d'un professionnel de santé) et de l'article L. 162-1-14-2 du code de la sécurité sociale (extrapolation des indus mis en recouvrement à partir des résultats de contrôles opérés sur des échantillons) et étendre le champ d'application de ce dernier aux actes médicaux et paramédicaux et aux séjours tarifés par les établissements de santé (*ministère chargé de la sécurité sociale*).
15. Instaurer un déconventionnement d'office, d'une durée variable en fonction de la gravité des faits, des professionnels de santé sanctionnés à deux reprises par la voie pénale ou administrative au titre de fraudes qualifiées et ayant épuisé leurs voies de recours (*ministère chargé de la sécurité sociale*).

Introduction

À la demande de la commission des affaires sociales du Sénat, la Cour a enquêté sur la fraude aux prestations sociales. Le champ de son enquête a porté sur 521,4 Md€ de prestations versées en 2019 par les principaux organismes sociaux, soit l'équivalent de 21,5 % du produit intérieur brut (PIB) : 194,5 Md€ de prestations légales versées par les branches maladie et accidents du travail - maladies professionnelles du régime général de sécurité sociale, 129,3 Md€ de retraites de base versées par la branche vieillesse de ce même régime, 78,9 Md€ de prestations familiales et de solidarité versés par la branche famille⁷, 81,2 Md€ de retraites complémentaires versées à d'anciens salariés par l'Agirc-Arrco et 37,2 Md€ d'allocations chômage versées par Pôle emploi.

La fraude aux prestations sociales constitue une partie des irrégularités de tous ordres qui affectent l'attribution, le calcul et le versement des prestations sociales. Elle se distingue de simples erreurs par son caractère intentionnel, lequel peut être difficile à prouver.

La détection de fraudes a des conséquences financières en grande partie identiques à celles de la détection d'erreurs involontaires ou dont l'intentionnalité ne peut être démontrée. Dans les deux cas, des indus sont constatés. Des différences existent cependant sur quatre points : les indus frauduleux peuvent être mis en recouvrement dans le délai de prescription d'ordre public de cinq ans, au lieu de deux ans pour les autres indus ; les indus liés à des fraudes ne peuvent être remis ; le montant à recouvrer peut comprendre non seulement des indus, mais aussi des pénalités administratives ; le recouvrement peut obéir à un échéancier particulier.

La fraude crée des dommages financiers préjudiciables à la collectivité nationale et porte atteinte au pacte républicain qui fonde, depuis 1945, la sécurité sociale. La lutte contre la fraude aux prestations sociales est ainsi un impératif de cohésion sociale et d'efficacité économique. En 2010, le Conseil constitutionnel l'a consacrée au rang d'exigence constitutionnelle⁸.

En 2010, dans une communication à la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale et dans son rapport annuel sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale⁹, la Cour avait constaté que la lutte contre la fraude aux prestations sociales était une

⁷ Les prestations versées par les caisses d'allocations familiales (Caf) le sont majoritairement pour le compte de l'État (36,6 Md€ au total au titre des aides au logement, de l'allocation pour adulte handicapé et de la prime d'activité) et des départements (11 Md€ au titre du revenu de solidarité active).

⁸ Décision n° 2010-422 DC du 28 décembre 2010 : « *Le législateur a adopté des mesures propres à assurer une conciliation qui n'est pas disproportionnée entre les exigences constitutionnelles, d'une part, de bon emploi des deniers publics et de lutte contre la fraude et, d'autre part, du droit à la protection de la santé* ». Le considérant concerné porte plus spécifiquement sur les dépenses.

⁹ Cour des comptes, *La lutte contre les fraudes aux prestations dans les branches prestataires du régime général*, communication à la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, avril 2010, et « La lutte contre la fraude aux prestations sociales dans le régime général », in *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, septembre 2010*, p. 183-206, La Documentation française, disponibles sur www.ccomptes.fr.

priorité récente des pouvoirs publics, affirmée à partir de 2006, qu'elle devait être conciliée avec d'autres objectifs (simplicité des procédures, délais de versement des prestations) et que la détection et la récupération des indus frauduleux ainsi que la sanction des fraudes constatées comportaient d'importantes marges de progrès.

Dans le cadre de sa mission de certification des comptes annuels des branches du régime général de sécurité sociale, la Cour examine, conformément aux normes internationales d'audit, la portée des dispositifs mis en œuvre afin de réduire les risques de fraude externe et interne qui affectent les opérations qu'elles effectuent et comptabilisent au regard des règles de droit applicables. À ce titre, elle constate que ces dispositifs présentent des limites significatives¹⁰.

Au-delà des travaux propres à l'audit des comptes, la Cour a procédé à un examen d'ensemble des actions déployées par les branches du régime général de sécurité sociale et par le ministère des solidarités et de la santé, qui en exerce la tutelle, par Pôle emploi et par le ministère du travail, de l'emploi et de l'insertion, qui en a la tutelle, ainsi que par l'Agirc-Arrco afin de prévenir les fraudes, détecter celles qui ont eu lieu, réprimer les fraudes constatées et recouvrer les indus liés à ces versements irréguliers.

Cet examen a pris en compte la diversité des risques de fraude (voir encadré *infra*), qui reflète non seulement celle des prestations et de leurs bénéficiaires, mais aussi les règles d'attribution, de calcul et, pour les prises en charge de frais de santé par l'assurance maladie, de facturation de ces prestations par les professionnels et les établissements de santé.

Il comporte quatre enseignements principaux.

La lutte contre les fraudes aux prestations sociales enregistre des résultats croissants sur les plans financier comme répressif, sous l'effet d'une professionnalisation accrue de cette mission, qui bénéficie de ressources humaines notables et d'instruments juridiques et techniques de plus en plus performants (chapitre I).

Toutefois, il n'est pas démontré que les résultats croissants de la lutte contre les fraudes réduisent l'ampleur des pertes financières que subissent les organismes sociaux du fait de fraudes ou, plus généralement, d'irrégularités à leur détriment. De fait, le nombre réduit d'actions de contrôle est sans commune mesure avec l'ampleur des risques de fraude. À intensité constante des actions de contrôle, des marges notables de progrès subsistent de surcroît dans l'emploi des ressources affectées à la lutte contre les fraudes (chapitre II).

De fait, les actions qui visent à détecter des fraudes s'épuisent à rechercher et à traiter *a posteriori* des irrégularités dont la conjonction d'une réglementation très complexe et d'un système déclaratif trop ouvert favorise le foisonnement. Pour faire reculer effectivement le préjudice social et financier lié aux fraudes, il est impératif de tarir les risques d'irrégularités et d'exposer les auteurs de fraudes à des risques accrus de découverte (chapitre III).

Si elle constitue un enjeu prioritaire, la prévention accrue des risques de fraude n'éliminera qu'une partie de leurs modes opératoires. Des contrôles *a posteriori* resteront indispensables pour détecter certains types de fraude. Il convient de renforcer ces contrôles et de sanctionner plus complètement les auteurs de fraudes sur le plan financier (chapitre IV).

¹⁰ Cour des comptes, *Rapport de certification des comptes du régime général de sécurité sociale, exercice 2019*, mai 2020, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

La diversité des mécanismes de fraude aux prestations

Huit types principaux de fraudes peuvent être distingués :

- la **facturation** par des établissements de santé, des professionnels de santé (médecins, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pharmaciens, laboratoires d'analyses biologiques, transporteurs sanitaires), des fournisseurs et des taxis conventionnés **d'actes, de séjours, de biens et de services fictifs ou plus nombreux ou plus coûteux que ceux qu'ils ont effectivement délivrés** ;
- la **sous-déclaration des ressources ou des revenus professionnels de l'assuré ou de son foyer** en vue d'obtenir l'attribution ou des montants majorés de prestations et d'aides sous condition de ressources (ensemble des minima sociaux : RSA, prime d'activité, allocation aux adultes handicapés, allocation de solidarité spécifique versée aux chômeurs en fin de droits et allocation de solidarité invalidité ; aides au logement ; pensions de réversion ; complémentaire santé solidaire) ou modulées en fonction des ressources (prestations familiales) ou des revenus professionnels (pensions d'invalidité) ; cette sous-déclaration peut notamment provenir du travail non déclaré ;
- l'**absence de déclaration de la reprise du travail d'assurés indemnisés**, au bénéfice de ces derniers (allocations chômage, indemnités journalières) ou de leurs employeurs (si le versement des indemnités journalières est subrogé par l'employeur). Par ailleurs, l'absence de déclaration d'une reprise d'activité peut entraîner le maintien ou la majoration à tort de prestations (RSA, aides au logement) pour lesquelles le montant des revenus d'activité (et d'éventuelles indemnités journalières) a été abattu (chômage indemnisé) ou neutralisé (chômage non indemnisé) ;
- la **déclaration d'une activité salariée en tout ou partie fictive** ou de **salaires surévalués** par des employeurs ou par des salariés (production de bulletins de salaires) en vue d'ouvrir des droits injustifiés ou majorés (prestations de retraite, allocations chômage, indemnités journalières) ;
- l'**absence de déclaration de la présence d'un conjoint ou du départ de personnes à charge** qui peut entraîner l'attribution injustifiée (allocation de soutien familial), majorer le montant des prestations versées (prestations familiales, aides au logement, RSA) ou maintenir à tort des prestations (pensions de réversion dans certains régimes, quand le remariage n'a pas été signalé) ;
- l'**absence de séjour régulier ou de résidence stable en France** (6 mois continus ou discontinus par an en général, 9 mois pour le RSA) par des bénéficiaires de prestations et d'aides conditionnées par la satisfaction de ces critères (prise en charge des frais de santé par l'assurance maladie, prestations familiales et de solidarité, ensemble des minima sociaux, allocations chômage) ou, à l'inverse, la **fausse déclaration d'un séjour irrégulier et d'une résidence stable en France** (pour bénéficiaire de l'aide médicale de l'État, qui n'est attribuée qu'aux étrangers en situation irrégulière) ;
- le **détournement des prestations par usurpation de l'identité de leur bénéficiaire** : versement des prestations sur des comptes bancaires appartenant à tiers aux personnes auxquelles les organismes sociaux les ont attribuées ; absence de signalement par les proches du décès de bénéficiaires de prestations et utilisation des fonds correspondants par prélèvement sur leurs comptes bancaires (prestations de retraite et rentes d'accidents du travail – maladies professionnelles versées à des résidents à l'étranger) ; création d'identités fictives afin de bénéficier indûment de prestations, le cas échéant auprès de plusieurs organismes sociaux (toutes prestations) ;
- l'**absence de réalité ou de l'occupation du logement** au titre duquel un locataire ou un propriétaire perçoit une aide (aides au logement).

Chapitre I

Une progression des résultats de la lutte contre les fraudes qui traduit sa professionnalisation croissante

Année après année, les organismes sociaux affichent un bilan financier et répressif croissant au titre de la lutte contre les fraudes aux prestations sociales. Cette évolution traduit la professionnalisation croissante de cette mission, qui bénéficie de ressources humaines notables, de progrès dans la sélection des contrôles et de moyens d'investigation qui s'étendent, tout en restant incomplets.

I - Une forte dynamique de fraudes détectées et sanctionnées

Depuis le début des années 2010, les branches du régime général de sécurité sociale et Pôle emploi détectent et sanctionnent des nombres et des montants de plus en plus élevés de fraudes, ainsi que de fautes pour lesquelles l'intentionnalité de l'auteur de l'irrégularité n'est pas démontrée. Les fraudes et fautes détectées se concentrent sur des domaines particuliers. Si la détection de préjudices subis conduit dans tous les cas à mettre en recouvrement des indus, toutes les fraudes constatées ne sont pas systématiquement sanctionnées.

A - Une croissance généralisée des montants de préjudices détectés

Comme le montre le graphique ci-après, les montants de préjudices détectés dans le cadre de la lutte contre les fraudes ont fortement augmenté depuis le début de la décennie, quoique à un rythme non linéaire et parfois ralenti au cours des dernières années. Au total, les actions de contrôle visant à lutter contre les fraudes aux prestations ont permis aux principaux organismes sociaux de détecter 1 Md€ de préjudices subis ou évités en 2019.

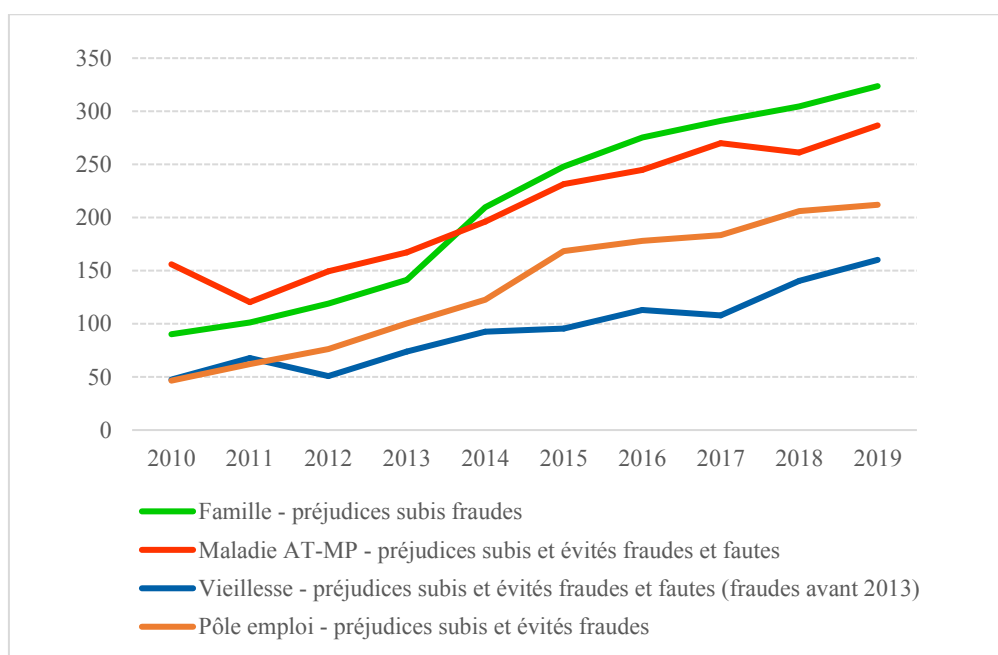
Des données imparfaitement comparables

À la différence de l'assurance maladie et de la branche vieillesse, la branche famille constate et sanctionne uniquement des fraudes dont l'intentionnalité est démontrée ; elle ne recourt pas à la qualification de faute pour sanctionner des situations dans lesquelles la fraude reste présumée, faute d'en démontrer l'intentionnalité. De plus, elle mesure les seuls préjudices subis, pour lesquels des indus sont constatés, tandis que l'assurance maladie et la branche vieillesse mesurent aussi les préjudices que la détection de fraudes, en les interrompant, permet d'éviter.

Pôle emploi mesure des préjudices subis et évités au titre de fraudes, la notion de faute n'étant pas prévue par le code du travail. Il en va de même pour l'Agirc-Arrco.

L'assurance maladie et la branche vieillesse suivent les préjudices subis et évités au titre de fraudes et de fautes. À la différence de la branche vieillesse, l'assurance maladie ne distingue pas les fraudes et les fautes dans son bilan annuel de la lutte contre les fraudes et les activités fautives ; au sens strict, les résultats de la lutte contre les fraudes ne peuvent ainsi être appréciés.

Graphique n° 1 : montants des fraudes et des fautes détectées par les branches du régime général de sécurité sociale et par Pôle emploi (2010-2019), en M€



Source : Cour des comptes, d'après les informations transmises par la Cnaf, la Cnam, la Cnav et Pôle emploi

1 - La branche famille : les résultats les plus élevés malgré la définition la plus étroite

Bien qu'elle soit la plus petite sur le plan financier, qu'elle ne recoure pas à la notion de faute et qu'elle ne chiffre pas les préjudices évités, la branche famille affiche les résultats financiers les plus élevés et les plus dynamiques sur moyenne période au sein du régime général. Ainsi, elle a détecté 323,7 M€ de préjudices subis au titre de fraudes en 2019, soit 3,6 fois plus qu'en 2010. La hausse des montants de fraudes qualifiées par la branche famille s'est d'abord accélérée puis, après un fort ressaut en 2014, connaît une évolution plus lente depuis 2015.

Après une vive croissance jusqu'en 2015, le nombre d'indus frauduleux détectés s'est ralenti en 2016 et 2017, puis s'est légèrement replié en 2018, avant de remonter en 2019 (48 754 fraudes). Le montant moyen des fraudes a quant à lui baissé jusqu'en 2015, puis est remonté, avant de se réduire à nouveau en 2019 (à 6 640 €). Plus les Caf détectent rapidement des indus frauduleux, moins leur montant est élevé.

2 - L'assurance maladie : une croissance continue malgré des à-coups

En 2019, le montant des préjudices subis et évités au titre de fraudes et de fautes détectées par l'assurance maladie a atteint 286,7 M€, soit 1,8 fois plus qu'en 2010. Les préjudices subis sont prépondérants (226,2 M€, soit 78,9 % du total, contre 60,6 M€ pour les préjudices évités). L'assurance maladie entend accroître la détection et le chiffrage de préjudices évités, pour lesquels l'impact financier de la lutte contre les fraudes n'est pas susceptible d'être amoindri par l'absence de récupération d'une partie des indus, à la différence des préjudices subis.

Les résultats de la lutte contre les fraudes ont baissé de manière ponctuelle en 2011¹¹ et en 2018¹² (voir graphique n° 1 *supra*), sous l'effet notamment¹³ de ceux des contrôles de l'application de la tarification à l'activité (T2A) par les établissements publics et privés de santé.

Malgré la reconduction du moratoire des contrôles sur les hospitalisations de jour, les résultats des contrôles des séjours tarifés par les établissements de santé au titre de la T2A sont remontés en 2019 (+10,7 M€), sous l'effet de l'augmentation du montant moyen des indus détectés. Compte tenu de la hausse des préjudices détectés au titre des autres secteurs de soins et prestations, les résultats 2019 ont augmenté encore plus fortement par rapport à 2018 (de 261,2 M€ à 286,7 M€, soit +25,6 M€).

Selon la Cnam, le nombre de fraudes et de fautes détectées s'est établi à 21 292 en 2019 (hors contrôle de l'application de la T2A), ce qui marque un recul, pour la deuxième année consécutive, par rapport au niveau, le plus élevé, atteint en 2017 (26 051 dossiers).

Des biais dans la valorisation des résultats de la lutte contre les fraudes par la Cnam et par les annexes aux projets de loi de financement de la sécurité sociale

Les préjudices évités décomptés par l'assurance maladie intègrent les refus d'entente préalable opposés par le service médical à des demandes de prise en charge d'opérations de chirurgie plastique n'ayant pas une finalité réparatrice, mais esthétique, non éligibles à une prise en charge par l'assurance maladie (soit 14,8 M€ de préjudices évités au titre du programme national de contrôle correspondant sur 60,6 M€ de préjudices évités au total en 2019). Cette prise en compte est injustifiée : les demandes d'entente préalable ne peuvent être assimilées à des tentatives de fraude.

¹¹ Suspension pendant quatre mois des contrôles de l'application de la T2A, sur décision ministérielle.

¹² Interruption des contrôles de la tarification des hospitalisations de jour en médecine, dans l'attente d'une clarification des règles de tarification de soins situés à la frontière des hospitalisations de jour et des actes et consultations externes, tarifés comme les soins de ville. Au global, le montant de préjudices subis détectés au titre des contrôles de la T2A a baissé de 17,1 M€ par rapport à 2017.

¹³ En 2018, les préjudices détectés au titre de règlements de frais de santé à des professionnels libéraux de santé, transporteurs sanitaires et taxis conventionnés et fournisseurs en tiers payant ont eux aussi baissé (-9,1 M€).

D'autres biais de moindre importance majorent également les montants de préjudices recensés par la Cnam (absence de correction du préjudice évité quand une rente AT-MP dont le versement est suspendu est remise en paiement ; valorisation du préjudice subi pour certains programmes nationaux de contrôle avant que les professionnels concernés aient fait valoir leurs observations).

Par ailleurs, des informations non pertinentes sur les économies permises par la lutte contre les fraudes à l'assurance maladie accompagnent les projets de loi de financement de la sécurité sociale.

L'annexe 7 aux PLFSS est consacrée à l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam), dont le montant prévisionnel est soumis à l'approbation du Parlement. Les annexes 7 aux PLFSS 2018, 2019 et 2020 ont chacune prévu la réalisation de 90 M€ d'économies par rapport à l'évolution tendancielle des dépenses relevant de l'Ondam, permises par la réalisation d'actions de contrôle et de lutte contre la fraude. Toutefois, les montants documentés par la Cnam à l'appui de leur réalisation correspondent à une partie des préjudices détectés chaque année, et non à leur augmentation, plus limitée. Une information adéquate devrait par ailleurs prendre en compte le fait qu'une partie des créances d'indus, de pénalités et de sanctions ne sera pas, *in fine*, recouvrée.

Depuis 2011, le programme de qualité et d'efficacité (PQE) de la branche maladie annexé aux PLFSS comporte un objectif d'économies annuelles liées aux fraudes et aux activités fautives détectées et stoppées, correspondant aux « *demandes de réparation du préjudice subi et aux prononcés de pénalités et de sanctions financières des dossiers de fraudes ou d'activités fautives traitées* ». Selon le PQE du PLFSS 2020, l'assurance maladie aurait réalisé 199,3 M€ d'économies en 2018, contre 150 M€ en 2011. Mais seuls 183,5 M€ de créances ont été enregistrés au titre des préjudices subis, des pénalités et des sanctions. L'objectif restant fixé depuis l'origine à 130 M€, il n'a aucun caractère incitatif.

3 - La branche vieillesse : une place prépondérante des préjudices évités

Le montant des préjudices subis et évités au titre de fraudes détectées a atteint 66,9 M€ en 2019, soit 1,4 fois plus qu'en 2010. En prenant également en compte les fautes, suivies au plan national depuis 2013, les préjudices subis et évités ont atteint 160,2 M€ en 2019, soit 2,2 fois plus qu'en 2013.

Les préjudices évités représentent l'essentiel de l'impact financier de la lutte contre les fraudes (137,2 M€, soit 85,6 % du total, contre 23 M€ de préjudices subis en 2019). Les fraudes sont majoritaires dans les préjudices subis (64,5 %), les fautes dans ceux évités (62,1 %).

Si le nombre de fraudes a légèrement décliné (920 en 2019 contre 951 en 2016), celui des fautes a en revanche été démultiplié (2 168 en 2019 contre 1 533 en 2016). Les montants moyens de préjudices subis et évités détectés au titre de fraudes (72 734 € en 2019) et de fautes (43 048 €) ont fortement augmenté (+26,5 % et +118,7 % respectivement par rapport à 2013). L'écart entre les deux montants précités traduit le fait que la qualification de fraude est réservée aux affaires les plus graves ; il est encore plus net pour les seuls préjudices subis (16 151 € pour une fraude contre 3 377 € pour une faute en 2019).

4 - Pôle emploi : la progression la plus dynamique, aujourd'hui ralentie

Pôle emploi affiche les résultats les plus dynamiques sur moyenne période. En 2019, le montant des préjudices subis et évités au titre de fraudes s'est élevé à 212 M€, soit 4,6 fois plus qu'en 2010. À titre principal, cette hausse est intervenue avant 2016 ; depuis lors, elle est plus lente (+2,8 % en 2019).

Les préjudices subis représentent une part majoritaire de l'impact financier de la lutte contre les fraudes (60,8 % du total). Les préjudices évités ont vu leur part diminuer, avant de remonter à 39,2 % en 2019, soit un niveau proche de l'objectif de 40 % que se fixe Pôle emploi.

En 2019, le nombre d'affaires frauduleuses détectées par Pôle emploi s'est élevé à 17 662 et le nombre de demandeurs d'emploi concernés à 18 368, soit 4,7 fois plus qu'en 2011. Dans le même temps, le montant moyen des fraudes détectées s'est réduit, à 12 042 € (-26,7 %).

B - Des fraudes concentrées sur certains acteurs, prestations et situations

Dans la plupart des cas, les allocataires ou les assurés, ou des membres de leurs familles, sont les bénéficiaires des fraudes aux prestations versées par les branches famille et vieillesse et par Pôle emploi ; le détournement des prestations par des tiers est moins fréquent. Dans l'assurance maladie en revanche, ce sont des tiers aux assurés, les professionnels et les établissements de santé, qui sont à l'origine des préjudices détectés les plus élevés. La concentration des fraudes sur certains acteurs, prestations et situations traduit non seulement leur prévalence, mais aussi l'orientation et l'intensité des contrôles qui les détectent.

1 - Branche famille : le RSA, les aides au logement et la prime d'activité

À lui seul, le RSA, versé pour le compte des départements, a représenté près d'une fraude qualifiée sur deux en 2019 (45,9 %). Viennent ensuite la prime d'activité (19 %) et les aides au logement (18 %), versées pour le compte de l'État. Depuis l'entrée en vigueur de la prime d'activité en 2017, la part du RSA dans le total des fraudes qualifiées (62 % en 2016) a baissé.

En 2019, le RSA a représenté 13,9 % des montants de prestations versées par la branche, mais 59 % des montants de fraudes détectées. À l'inverse, les aides au logement ont une place plus limitée dans le montant des fraudes détectées (soit 17,4 %) que dans celui des prestations versées (20,6 %). Il en va de même pour la prime d'activité (9,3 % du montant des fraudes détectées¹⁴ pour 11,9 % de celui des prestations). Tant en nombre qu'en montant, les prestations familiales (allocations familiales, prestation d'accueil du jeune enfant, complément familial et allocation de rentrée scolaire) représentent une part minoritaire des fraudes qualifiées.

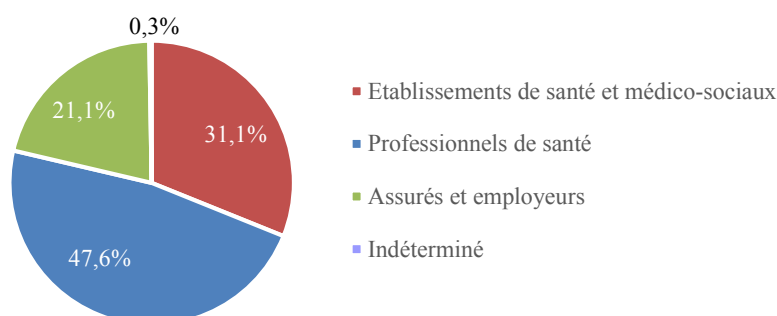
L'omission et les fausses déclarations de ressources constituent le premier mode opératoire de fraudes et de fautes détectées (69,1 % en 2019). Viennent ensuite les fraudes à l'isolement, c'est-à-dire l'absence de déclaration d'une vie commune (18,4 %) et, en dernier lieu, la production et l'usage de faux documents ainsi que les escroqueries (12,5 %).

¹⁴ À la différence des autres prestations versées par les Caf, la prime d'activité représente de surcroît une part plus réduite des montants que des nombres de préjudices détectés au titre de fraudes (9,3 % contre 19 %).

2 - Assurance maladie : les professionnels et les établissements de santé

Si les assurés sont à l'origine d'une majorité des cas de fraudes et de fautes détectées (50,6 % du total en 2019), ce sont les professionnels et les établissements de santé et médico-sociaux qui concentrent une part prépondérante des montants de préjudices subis et évités (soit 78,7 % du total en 2019).

Graphique n° 2 : répartition par domaines des montants de fraudes et de fautes détectées par l'assurance maladie (286,7 M€ en 2019)



Source : Cour des comptes, d'après le tableau de bord national établi par la Cnam

Les fraudes et fautes commises par les **assurés** et les **employeurs** (60,4 M€ de préjudices subis et évités détectés ; soit 21,1 % du total en 2019) portent sur trois domaines :

- les prestations en espèces (43,4 M€, dont 42,4 M€ pour les assurés¹⁵ et 1 M€ pour les employeurs¹⁶) ;
- les remboursements de frais de santé à des assurés (5,8 M€). Les fraudes détectées correspondent notamment à des détournements de médicaments (par falsification, contrefaçon ou duplication d'ordonnances médicales), en particulier des traitements de substitution aux opiacés ;

¹⁵ Indemnités journalières (falsification, contrefaçon ou utilisation de fausses pièces justificatives, exercice d'une activité pendant un arrêt de travail), rentes AT-MP et pensions d'invalidité (maintien du versement de prestations à des assurés résidant à l'étranger et en réalité décédés), pensions d'invalidité (non ou sous-déclaration de revenus professionnels qui auraient dû entraîner une réduction du montant ou une suspension du versement de la prestation) et allocation de solidarité invalidité (non ou sous-déclaration de ressources ayant les mêmes effets).

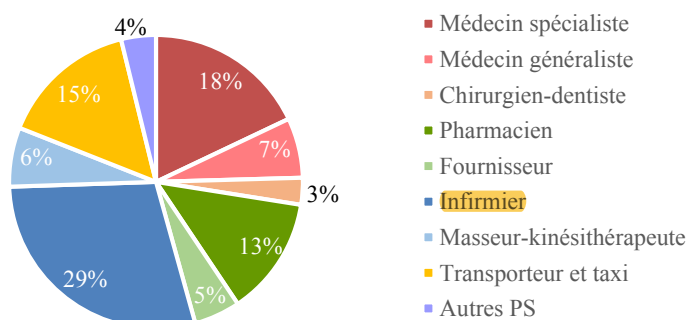
¹⁶ Absence de signalement de reprises anticipées du travail par des salariés, collusions avec des salariés afin de percevoir des indemnités injustifiées (ou des confusions pour les gérants salariés qui déclarent des arrêts de travail fictifs les concernant), déclarations d'arrêts de travail par des entreprises fictives, sans activité réelle (« coquilles vides »).

- l'obtention des droits à des prestations (11,1 M€). Compte tenu des contrôles mis en œuvre afin de détecter l'attribution injustifiée de la CMU-C, la place de ce dernier domaine s'accroît dans les résultats globaux de la lutte contre les fraudes, contrairement aux deux précédents. Pour une part, la fraude à la CMU-C, remplacée par la complémentaire santé solidaire depuis novembre 2019, est suscitée par les droits sociaux connexes à cette aide (réductions tarifaires pour les transports publics dans certaines agglomérations, comme en Île-de-France, et tarifs sociaux de l'électricité et du gaz avant leur remplacement par le « chèque énergie » depuis le 1^{er} janvier 2018).

Quant aux fraudes et fautes (facturations d'actes, de prestations et de biens fictifs et surfacturations) commises par les **professionnels** dont les dépenses sont imputées sur les soins de ville – professionnels libéraux de santé, transporteurs sanitaires (ambulances, véhicules sanitaires légers), taxis conventionnés et fournisseurs –, elles représentent au cours de la période récente près de la moitié du montant total des fraudes et des fautes détectées (136,4 M€ sur 286,7 M€, soit 47,6 % en 2019).

Les infirmiers libéraux (39,3 M€) sont à l'origine de près d'un septième du montant total des fraudes et des fautes détectées et de plus du quart de celui des soins de ville.

Graphique n° 3 : répartition par profession des montants de fraudes et de fautes détectées par l'assurance maladie au titre des soins de ville (2019 – 136,4 M€)



Source : Cour des comptes, d'après le tableau de bord national établi par la Cnam

Après avoir baissé jusqu'en 2014 compris, la part des **établissements** dans l'ensemble des résultats financiers de la lutte contre les fraudes s'est redressée pour en représenter un peu moins du tiers en 2019 (89,2 M€, soit 31,1 %).

Il faut distinguer deux types de préjudices : des irrégularités à l'application de la tarification à l'activité – T2A (51,8 M€, après 41,1 M€ en 2018 et 58,2 M€ en 2017) et d'autres irrégularités (37,4 M€). Fréquemment, ces dernières ne sont pas le fait d'établissements, mais résultent de la facturation par des professionnels libéraux de santé, en tant que soins en ville, d'actes déjà pris en compte dans les rémunérations forfaitaires versées aux établissements de santé et médico-sociaux (unités d'hospitalisation à domicile, établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes et services de soins infirmiers à domicile), qui rétribuent par ailleurs ces professionnels.

3 - Branche vieillesse : le minimum vieillesse

À la différence de l'assurance maladie et de la branche famille, les droits aux prestations de retraite ne sont pas immédiats, mais se constituent tout au long de la carrière des assurés. Les risques de fraude se manifestent généralement peu de temps avant l'attribution de la pension (production de bulletins de salaires falsifiés pour améliorer la carrière) et, plus encore, au cours de la période pendant laquelle la retraite est versée, par la non-déclaration de changements de situations (modification de la composition ou des ressources du foyer pour les prestations du minimum vieillesse et les pensions de réversion, décès à l'étranger non déclarés).

En 2019, les prestations du minimum vieillesse, soumises à des conditions de ressources et de résidence stable en France, ont été à l'origine de près de trois fraudes¹⁷ sur quatre détectées (73 % du nombre et 71 % du montant des préjudices subis au titre de fraudes détectées), bien qu'elles n'aient concerné que 3,5 % des retraités de droit propre et 2,1 % des montants de prestations. Ces parts ont augmenté. Loin derrière viennent les pensions de réversion, soumises à des conditions de ressources (12 % en nombre et 11 % en montant), et les pensions de droit propre (11 % en nombre et 17 % en montant).

Les motifs des cas de fraudes détectés dans le cas de la branche vieillesse recourent les caractéristiques des prestations. Ainsi, l'effectivité de la résidence en France et la composition et le niveau effectifs des ressources du foyer ont une place de plus en plus prépondérante (respectivement 45,2 % et 39,5 % du nombre et 44,1 % et 34,9 % du montant des préjudices subis au titre de fraudes détectées en 2019). Viennent ensuite les fraudes au stade du paiement des prestations¹⁸ (9,7 % en nombre, mais 18 % en montant). Les fraudes à la carrière ont une place de plus en plus réduite (3,5 % en nombre et 0,2 % en montant). Celle des fraudes à l'identité est très faible (1,4 % en nombre et 1,8 % en montant en 2019). Presque aucune fraude n'est détectée au titre de l'absence de régularité du séjour.

Des natures de fraudes distinctes pour les retraites complémentaires Agirc-Arrco

Contrairement aux retraites de base du régime général, les retraites complémentaires Agirc-Arrco ne comprennent pas de prestations versées sous conditions de résidence ou de ressources (en dehors de l'action sociale), ce qui écarte les deux principaux motifs de fraudes détectées par les caisses du régime général. Par ailleurs, le nombre de points attribués aux assurés est fonction du montant des salaires déclarés par les employeurs, ce qui réduit les risques de fraude à la carrière à des cas de collusion avec ces derniers. Contrairement au régime général, des fraudes peuvent résulter de l'absence de déclaration d'un remariage, les pensions de réversion étant versées sous la condition du maintien de l'isolement du veuf(ve) ; cette condition n'existe pas dans le régime général.

Depuis 2016, année où le GIE Agirc-Arrco a mis en place à son niveau un suivi commun à l'ensemble des groupements de protection sociale qui versent les retraites complémentaires, le montant des préjudices constatés oscille entre 1,5 M€ et 2,5 M€ annuels. En 2019, ont été constatés 1,2 M€ d'indus frauduleux au titre de 169 fraudes et 0,3 M€ de préjudices évités au titre de 39 fraudes.

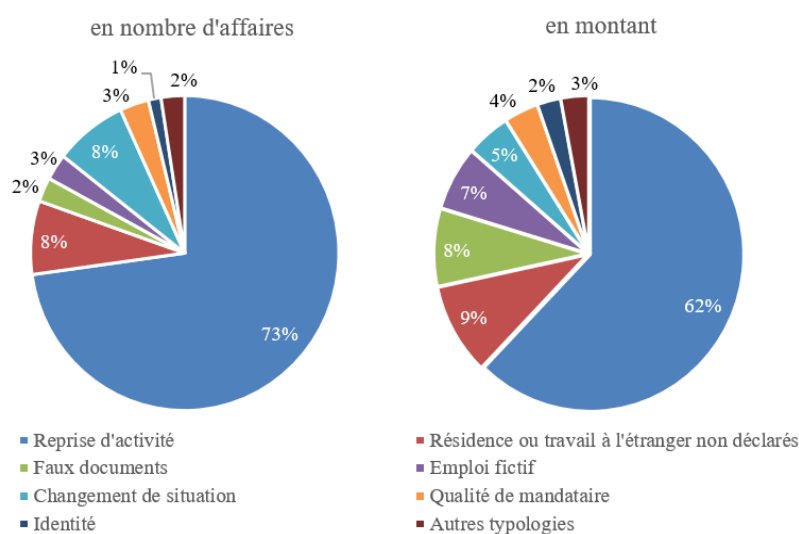
¹⁷ Les pourcentages ci-après correspondent uniquement aux préjudices subis au titre de fraudes. La typologie suivie par la Cnav ne couvre pas les fautes.

¹⁸ Comme la poursuite du versement de la pension à un assuré résidant à l'étranger, alors qu'il est en fait décédé.

4 - Pôle emploi : les reprises d'activité non déclarées

Adoptant un raisonnement par nature de fraude plutôt que par destination¹⁹, les bilans annuels de la lutte contre les fraudes établis par Pôle emploi font apparaître que l'absence de déclaration de la reprise d'activité représente chaque année, depuis 2015, plus de 70 % du nombre d'affaires frauduleuses (72,8 % en 2019) et plus de 60 % des montants de préjudices subis ou évités (62,2 %, soit 131,8 M€ en 2019).

Graphique n° 4 : origine des fraudes détectées par Pôle emploi (2019)



Source : Cour des comptes, d'après les bilans annuels établis par Pôle emploi

C - Un nombre croissant mais incomplet de fraudes sanctionnées

Les caisses de sécurité sociale et Pôle emploi disposent d'une large palette d'instruments pour réprimer les fraudes aux prestations : la saisine du juge pénal à l'encontre de délits, la mise en œuvre de sanctions propres aux relations de l'assurance maladie avec les professionnels libéraux de santé et les prestataires de services (saisine des ordres professionnels à l'encontre de fautes professionnelles et déconventionnement) et l'application de leur propre chef de sanctions administratives. Les caisses de sécurité sociale recourent de moins en moins au juge pénal pour réprimer les fraudes. L'assurance maladie utilise peu les procédures qui lui sont propres. De manière croissante, les organismes sociaux appliquent des sanctions administratives, mais toutes les fraudes détectées ne sont pas pour autant sanctionnées.

¹⁹ Pôle emploi distingue par ailleurs trois domaines de fraude par destination : l'inscription, visant à obtenir le statut de demandeur d'emploi pour bénéficier de certains avantages (tarifs préférentiels de transport en commun, téléphonie) ou permettre à un employeur d'obtenir indûment des aides ; l'indemnisation, visant à bénéficier indûment des allocations chômage et de solidarité ; le suivi et l'accompagnement, visant à bénéficier indûment de concours destinés à favoriser le retour à l'emploi (aides au déplacement ou à l'obtention du permis de conduire, rémunération pendant la formation, aides à la reprise ou à la création d'entreprise).

1 - Une place réduite de la sanction pénale dans la répression des fraudes

Les fraudes aux prestations sociales tombent sous le coup de plusieurs délits, visés à l'article L. 114-16-2 du code de la sécurité sociale et à l'article L. 5429-1 du code du travail : l'escroquerie ; le faux et l'usage de faux ; la délivrance indue, par un moyen frauduleux, d'un document destiné à constater un droit ; le fait de fournir sciemment une fausse déclaration ou une déclaration incomplète en vue d'obtenir ou de tenter d'obtenir, de faire obtenir ou de tenter de faire obtenir une allocation, une prestation, un paiement ou un avantage indu.

À partir d'un certain seuil de préjudice, les caisses de sécurité sociale ont l'obligation de saisir le Procureur de la République en se constituant partie civile. Depuis 2015²⁰, ce seuil est fixé à 8 plafonds mensuels de la sécurité sociale (PMSS) pour les CPAM et les Caf, soit actuellement 27 424 € (contre respectivement 3 et 4 plafonds auparavant). Pour les prestations de retraite, le seuil est resté fixé à 4 plafonds. En pratique, les parquets demandent souvent aux caisses de ne les saisir qu'à partir de seuils plus élevés que ceux fixés par les textes. Aucun seuil n'est prévu pour les allocations chômage. De manière générale, les organismes sociaux soulignent la qualité variable de leurs relations avec les Parquets.

Les caisses de sécurité sociale recourent de moins en moins à l'action pénale. Dans la branche famille, après avoir culminé en 2014, le nombre de plaintes a chuté de plus de moitié (1 744 plaintes en 2019 contre 4 104). Dans l'assurance maladie, le nombre de plaintes s'est contracté de près de moitié entre 2014 et 2018 (de 1 040 à 577), avant de remonter ponctuellement en 2019 (1 059 plaintes). Malgré la stabilité du seuil de saisine obligatoire du juge pénal, les plaintes au pénal dans la branche vieillesse ont chuté de plus de moitié après avoir atteint leur niveau le plus élevé en 2016 (59 plaintes en 2019 contre 108).

En 2018, selon des données non définitives du ministère de la justice, les Parquets ont traité 2 771 affaires de fraude aux prestations sociales dont ils ont été saisis cette même année ou au cours des années antérieures. Ils ont statué que 737 de ces affaires ne pouvaient être poursuivies (infraction insuffisamment caractérisée, absence d'infraction constatée, extinction de l'action publique). S'agissant des 2 034 affaires considérées comme pouvant l'être, ils ont engagé des poursuites ou arrêté des procédures alternatives²¹ aux poursuites pour 85,4 % d'entre elles (à hauteur respectivement de 44,1 % et de 55,9 %) et ont classé sans suite les 14,6 % d'affaires restantes.

Pour l'essentiel, les poursuites débouchent sur des peines au titre de la déclaration fautive ou incomplète et de l'escroquerie aggravée. Le nombre de peines d'emprisonnement s'inscrit à un niveau stable et élevé pour l'escroquerie (83 % des condamnations prononcées en 2018) et a fortement augmenté pour la fausse déclaration (52 % en 2018, contre 14 % en 2015).

²⁰ Décret n° 2015-20 du 12 janvier 2015.

²¹ Rappels à la loi, régularisations ou compositions pénales (amende de composition pénale, dessaisissement de la chose ayant servi ou destinée à commettre l'infraction, travail non rémunéré, stage, interdiction).

Tableau n° 1 : peines prononcées pour les infractions de déclaration fautive ou incomplète (1) et d’escroquerie (2) faites au préjudice d’un organisme de protection sociale pour l’obtention d’une allocation ou prestation induite (en nombre)

	2015		2016		2017		2018*	
	(1)	(2)	(1)	(2)	(1)	(2)	(1)	(2)
Condamnations (global)	446	30	703	90	668	142	555	178
Emprisonnement	63	24	198	63	307	109	288	148
<i>dont ferme (tout ou partie)</i>	2	7	15	17	25	24	24	40
<i>dont sursis total</i>	61	17	183	46	282	85	264	108
Quantum emprisonnement ferme (mois)	5	7,9	3,1	12,4	5,1	8,1	3,5	8,4
Amendes	371	5	504	27	341	44	243	44
<i>dont amendes fermes</i>	188	3	279	16	194	28	111	34
<i>Montant moyen des amendes fermes</i>	<i>1 078 €</i>	<i>7 667 €</i>	<i>1 309 €</i>	<i>6 828 €</i>	<i>1 122 €</i>	<i>4 407 €</i>	<i>924 €</i>	<i>8 081 €</i>

Source : ministère de la justice, SG-SDSE tables statistiques du Casier judiciaire national, traitement DACG-PEPP
* Données provisoires

Le juge pénal paraît montrer une plus grande fermeté pour les fraudes à l’assurance maladie. Ainsi, un nombre croissant de condamnations comporte des jours de prison ferme ou avec sursis (78 % en 2018, contre 62 % en 2011) ; la part des jours fermes a crû (61 % en 2018 contre 35 % en 2011). De même, le montant moyen des amendes a augmenté en tendance (plus de 19 000 € en 2018 contre moins de 4 000 € en 2011). Néanmoins, les condamnations financières (dommages et intérêts, frais irrépétibles) s’inscrivent très en deçà des demandes des CPAM (11 M€ par an en moyenne entre 2011 et 2018, contre 42 M€ demandés). Le montant moyen des demandes a lui-même augmenté (un peu plus de 93 000 € par dossier en 2018, contre 35 000 € en 2011).

Au total, les 733 condamnations prononcées en 2018 pour l’ensemble des organismes de protection sociale correspondent à moins de 1 % des fraudes détectées et qualifiées comme telles²².

²² Plus de 80 000 par an.

2 - Un recours exceptionnel de l'assurance maladie aux procédures spécifiques de sanction

a) Les sanctions ordinaires

Les ordres professionnels de santé (médecins, sages-femmes, chirurgiens-dentistes, pharmaciens, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes et pédicures-podologues) exercent chacun, dans le cadre des chambres disciplinaires de première instance qui leur sont rattachées, une activité juridictionnelle ayant pour objet de sanctionner les comportements des professionnels de santé contraires aux exigences de moralité, de probité, de déontologie et de devoirs professionnels. Les jugements de ces instances peuvent donner lieu à un appel devant la chambre disciplinaire nationale propre à chaque profession. Les décisions de cette dernière peuvent faire l'objet d'un pourvoi en cassation devant le Conseil d'État.

Les fraudes, fautes et abus ayant lésé l'assurance maladie relèvent de sections spécialisées au sein des chambres disciplinaires : les sections des assurances sociales. Elles peuvent prononcer un avertissement, un blâme (avec ou sans publication), une interdiction temporaire ou permanente du droit de donner des soins (ou, pour les pharmaciens, de servir des prestations) aux assurés sociaux ou une radiation du tableau de l'ordre. Le praticien peut être condamné à rembourser le trop-perçu à la caisse d'assurance maladie ou à l'assuré.

L'assurance maladie dépose de moins en moins de plaintes devant les sections des assurances sociales des conseils régionaux des ordres (157 en 2019 contre 346 en 2011).

Les décisions (214 au total en 2018, dont 129 par les conseils régionaux des ordres en première instance, 77 par les conseils nationaux en appel et 8 par le Conseil d'État en cassation) faisant suite à des saisines des caisses font apparaître trois constantes : la rareté des rejets et de l'absence de toute sanction (3 % et 6 % respectivement du total des décisions en 2018), qui témoigne de la qualité, mais aussi de la sélectivité des saisines (180 en 2018 contre un point haut de 255 en 2016) ; la rareté des simples avertissements ou blâmes (4 %) comme des interdictions définitives d'exercer (3 %) ; la prépondérance en revanche des interdictions provisoires de donner des soins aux assurés sociaux dans l'ensemble des décisions rendues (84 % du total des décisions en 2018), dont la durée conditionne l'impact financier pour les professionnels de santé concernés. En 2018, 13 % de ces interdictions avaient une durée inférieure à un mois, 56 % d'un à 6 mois, 19 % de 6 mois à un an et 11 % de plus d'un an.

b) Le déconventionnement

Les caisses d'assurance maladie peuvent placer les professionnels de santé, les fournisseurs, les transporteurs sanitaires (ambulances et véhicules sanitaires légers) et les taxis conventionnés en dehors de la convention pour violation des engagements qu'elle prévoit²³.

²³ Article L. 162-15-1 du code de la sécurité sociale.

Les griefs communs portent sur la facturation d'actes, de prestations ou de biens fictifs, le non-respect des tarifs opposables et, plus généralement, des dispositions des référentiels qui définissent les actes, biens et prestations pris en charge par l'assurance maladie²⁴. Néanmoins, les conventions ne fixant pas une liste limitative de manquements, l'assurance maladie peut engager une procédure de déconventionnement pour d'autres faits, dès lors qu'ils mettent en cause des dispositions conventionnelles ou violent une règle de droit.

Certaines sanctions ordinales et pénales (interdictions d'exercer ou de donner des soins à des assurés, peine d'emprisonnement) entraînent *ipso facto* le déconventionnement du professionnel concerné pendant la période au cours de laquelle elles s'appliquent. Hormis ce cas, l'assurance maladie recourt peu au déconventionnement.

Toutes causes confondues, 34 déconventionnements sont intervenus en 2019. La plupart concernaient des transporteurs sanitaires, des taxis conventionnés et des infirmiers.

Les éléments d'information rassemblés par la Cnam à la demande de la Cour font apparaître que les 9/10^{èmes} des 401 déconventionnements de transporteurs sanitaires et de taxis conventionnés intervenus entre 2010 et 2016 ont résulté de décisions des CPAM (non-respect des règles de facturation et de télétransmission, fraudes qualifiées, utilisation de véhicules ou de personnels non-inscrits au référentiel national des transporteurs ou de salariés non déclarés). En revanche, les décisions des CPAM tiennent une place minoritaire dans les déconventionnements de professionnels libéraux de santé : les 4/5^{èmes} des 317 déconventionnements de médecins et les 2/3 des 157 déconventionnements d'infirmiers et de masseurs-kinésithérapeutes et des 22 déconventionnements de pharmaciens intervenus entre 2010 et 2016 ont résulté de décisions judiciaires ou ordinales.

3 - Des sanctions administratives de plus en plus nombreuses, qui laissent cependant une partie des fraudes non sanctionnées

a) Un mode de sanction qui supplée en partie la réponse pénale ou ordinale aux fraudes

Au regard de la difficulté à démontrer l'intentionnalité qui caractérise la fraude, de l'inadaptation de la réponse pénale aux irrégularités de faible montant, mais aussi des délais et des aléas de la justice pénale comme de la rareté des sanctions prononcées par les ordres professionnels, la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie a instauré des sanctions administratives aux fraudes et aux fautes à l'obtention des droits et aux prestations d'assurance maladie. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 les a étendues aux prestations versées par les branches famille et vieillesse. Les lois de financement successives ont accru la sévérité des pénalités pour les fraudes, notamment aux prestations d'assurance maladie.

²⁴ Classification commune des actes médicaux de nature technique (CCAM) ; nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) pour les actes cliniques médicaux et l'ensemble des actes des professions paramédicales, des chirurgiens-dentistes et des sages-femmes ; nomenclature des actes de biologie médicale (NABM) ; base des médicaments et informations tarifaires (BdM IT) ; liste des produits et prestations remboursables (LPP) pour les dispositifs médicaux ; convention nationale des transporteurs sanitaires et conventions départementales pour les taxis conventionnés.

Les sanctions administratives consistent en des avertissements et en des pénalités financières, prononcées par les directeurs de caisses à la suite d'une procédure contradictoire, écrite et le cas échéant orale, avec la personne en cause²⁵. Elles sont applicables aux professionnels et aux établissements de santé²⁶, aux employeurs, aux assurés ou allocataires et à toute personne ayant apporté son concours aux situations mises en cause.

Les sanctions administratives, qui visent une grande variété de situations²⁷, suppléent en partie aux sanctions pénales et ordinaires. Ainsi, elles se substituent aux amendes que prononcerait le juge pénal, mais dans la limite de montants maximaux moins élevés. Pour appliquer des sanctions, les caisses n'ont pas à démontrer l'intention de la personne mise en cause, qui caractérise la fraude. Si elles la démontrent (ensemble des caisses) ou si certains éléments matériels caractérisant l'existence d'une fraude sont réunis (caisses d'assurance-maladie), le montant de la pénalité ne peut être inférieur à un certain plancher et son montant maximal est plus élevé²⁸ ; ce montant maximal est doublé en cas de récidive. Dans le cas d'une fraude commise en bande organisée, le plafond de la pénalité est majoré²⁹. En cas de récidive dans les trois ans, un avertissement préalable permet de majorer le montant de la pénalité.

Des sanctions administratives peuvent aussi être prononcées à l'encontre de personnes inscrites ou indemnisées au titre du chômage. Pôle emploi en a désormais la responsabilité.

Depuis 2019, un pouvoir de sanction administrative attribué à Pôle emploi

En application de la loi du 5 septembre 2018 pour la liberté de choisir son avenir professionnel, le décret n° 2018-1335 du 28 décembre 2018 relatif aux droits et aux obligations des demandeurs d'emploi et au transfert du suivi de la recherche d'emploi, entré en vigueur le 1^{er} janvier 2019, a révisé la procédure et l'échelle des sanctions applicables en cas de manquements aux obligations du demandeur d'emploi et, comme la Cour l'avait préconisé dès 2010³⁰, transféré le pouvoir de sanction des préfets et des directions régionales des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (Direccte) à Pôle emploi, sauf exception.

Ainsi, une personne peut être radiée de la liste des demandeurs d'emploi lorsqu'elle a fait de fausses déclarations pour y être inscrite ; par rapport à la radiation pour manquement à l'obligation de recherche d'emploi, l'impossibilité d'obtenir une nouvelle inscription est alors étendue à une période de six à douze mois consécutifs. La fraude ou la fausse déclaration sont aussi des motifs de suppression définitive des allocations. Par ailleurs, Pôle emploi peut prononcer une pénalité en cas d'inexactitude ou de caractère incomplet des déclarations visant à bénéficier des allocations.

²⁵ Articles L. 114-17, L. 114-17-1 et R. 114-11 à R. 114-14 et suivants du code de la sécurité sociale.

²⁶ À une importante exception près : en cas d'irrespect des règles de tarification à l'activité (T2A), ce sont les directeurs généraux des ARS qui prononcent des pénalités (voir annexe n° 7).

²⁷ L'inexactitude ou le caractère incomplet de déclarations ayant abouti à une demande, à une prise en charge ou au versement indu d'une prestation (sauf bonne foi) ; l'absence de déclaration d'un changement dans la situation justifiant le service des prestations (sauf bonne foi) ; l'exercice d'un travail dissimulé pour les prestations versées sous conditions de ressources ou de cessation d'activité ; les agissements visant à obtenir ou à tenter de faire obtenir la reconnaissance injustifiée de droits ou le versement indu de prestations, même sans en être le bénéficiaire.

²⁸ À 4 fois le plafond mensuel de la sécurité sociale (soit 13 712 € en 2020). Pour l'assurance maladie, le montant maximal peut atteindre dans certains cas celui des sommes concernées majoré jusqu'à 4 PMSS.

²⁹ À 8 PMSS (soit 27 424 € en 2020).

³⁰ Cour des comptes, « La lutte contre la fraude dans le dispositif d'indemnisation du chômage », in *Rapport public annuel, février 2010*, pp. 207-232, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

Le nombre de sanctions – exclusion définitive ou temporaire de la liste des demandeurs d’emploi ou pénalité administrative – a augmenté de près de 70 % en 2019 par rapport aux années précédentes (4 012, contre 2 387 en 2018 et 2 415 en 2017).

b) Un recours croissant par les caisses de sécurité sociale

Dans la branche famille, le nombre d’avertissements (12 516 en 2019) a été multiplié par 3,3 et celui des pénalités (30 322) par 7,2 depuis 2010. En outre, le montant moyen des pénalités s’est accru (668 € en 2019 contre 613 € en 2011). La définition en 2016 par la Cnaf d’un barème national des sanctions, en fonction notamment du mode opératoire de la fraude, a favorisé le durcissement de la politique répressive des Caf.

Néanmoins, la part respective des avertissements et des pénalités dans le total des sanctions diffère encore grandement entre Caf, de même que les montants moyens de pénalités (entre 320 € et 1 053 € en 2019).

Dans la branche vieillesse, le nombre de pénalités financières a plus que quadruplé entre 2013 et 2018, mais s’est contracté en 2019 (737, contre 1 820 en 2018, dont 543 au titre de fraudes et 194 au titre de fautes). S’agissant des fautes, la branche vieillesse recourt très largement à l’envoi à leurs auteurs de lettres de rappel à leurs obligations (1 373 en 2019).

S’agissant de l’assurance maladie, le nombre d’avertissements (3 710 en 2019) a été multiplié par 2,5 depuis 2010 ; celui des pénalités (3 385 en 2019) par 2,9. Sur une période plus courte, la politique de sanction administrative a été desserrée : entre 2014 et 2019, les avertissements ont été multipliés par 2,2 et les pénalités financières par 1,4.

Les pénalités prononcées par les directeurs de caisses d’assurance maladie, tous régimes confondus, sont soumises au préalable à l’avis conforme du directeur général de l’union nationale des caisses d’assurance maladie (Uncam), c’est-à-dire de la Cnam, ou de son représentant, ce qui favorise l’homogénéité des sanctions (voir annexe n° 2). Les programmes nationaux de contrôle contentieux définis par la Cnam, d’application obligatoire pour les CPAM et le service médical de l’assurance maladie, comportent des instructions sur les suites contentieuses.

L’application de suites contentieuses aux assurés et aux professionnels de santé

Une part prépondérante et croissante du nombre de pénalités administratives concerne des assurés (3 230 en 2018, soit 86,9% du total) ; il en va de même des plaintes au pénal (363, soit 63,1 %). Pour leur part, les pénalités administratives, plaintes au pénal et saisines des ordres professionnels, prises globalement, à l’encontre de professionnels de santé n’ont pas connu d’évolution notable ; selon les années, elles oscillent entre 900 et 1 100 (970 en 2018, dont 581 pénalités administratives)

En revanche, les assurés représentent une part minoritaire des montants de pénalités financières (47,3 % de 8 M€ en 2018) et de plaintes au pénal (23,8 % de 53,7 M€).

Le montant moyen des pénalités a fortement augmenté pour les assurés (1 165 € en 2018 contre 762 € en 2011) et, plus encore, pour les professionnels de santé (8 703 € en 2018 contre 3 286 € en 2011). Les montants moyens de pénalités infligées à des employeurs et à des établissements sont globalement orientés à la hausse (4 392 € et 15 000 € respectivement en 2018).

c) Néanmoins, des fraudes non systématiquement sanctionnées

Dans la branche famille, les Caf doivent sanctionner toutes les fraudes détectées par un avertissement, une pénalité administrative ou bien une plainte au pénal et notifier par ailleurs aux conseils départementaux les fraudes au RSA dont les conseils ne leur ont pas délégué le pouvoir de sanction (seules 4 Caf sur 10 bénéficient d'une telle délégation). Grâce à l'augmentation du nombre de sanctions administratives, le nombre de suites contentieuses (sanctions administratives et saisines du juge pénal) a été multiplié par 3,7 entre 2010 et 2019.

Les bilans annuels de la lutte contre la fraude à l'assurance maladie ne permettent pas de rapprocher le nombre d'actions répressives de celui des fraudes et des fautes. Dans les contrats pluriannuels de gestion des CPAM avec la Cnam, l'objectif de fraudes sanctionnées est porté par étapes de 42 % à 66 % entre 2018 et 2022 (contre 35 % entre 2015 et 2017). Les résultats sont inégaux : entre 2016 et 2018, seules un peu plus de 6 CPAM sur 10 ont maintenu ou augmenté la part des fraudes sanctionnées ; celle des caisses ayant sanctionné toutes les fraudes a baissé (d'une CPAM sur 5 à une CPAM sur 7).

Pour la branche vieillesse, le bilan 2019 de la lutte contre les fraudes, faute de ventiler les lettres de rappel à la réglementation entre fraudes et fautes, ne permet pas d'apprécier la part des fraudes ayant donné lieu à des suites contentieuses, même modestes. Au global, 70 % des fraudes et des fautes auraient donné lieu à une suite contentieuse. En toute logique, la part des fraudes sanctionnées devrait être plus élevée, ce qui marquerait un progrès par rapport au passé.

Le périmètre variable de la sanction des fraudes par les caisses d'assurance maladie et de retraite dénote des faiblesses dans l'organisation de la fonction contentieuse.

À Pôle emploi, le nombre de suites contentieuses est nettement inférieur à celui des fraudes détectées, même après le transfert du pouvoir de sanction administrative à sa direction : en 2019, sont intervenues 4 012 sanctions administratives, 274 saisines du Procureur de la République et 741 actions en réparation au civil au regard de 17 778 fraudes détectées. Dans son plan d'action de lutte contre la fraude pour 2020, Pôle emploi précise pour la première fois que la radiation et la suppression du revenu de remplacement doivent s'appliquer de façon systématique aux fraudes détectées. Aucune directive n'est toutefois donnée s'agissant d'une troisième catégorie de sanction administrative : l'application de pénalités financières.

II - Des contrôles bénéficiant de ressources notables, de progrès dans leur sélection et de moyens d'investigation qui s'étendent

Les branches du régime général de sécurité sociale et Pôle emploi mettent en œuvre des actions de contrôle qui leur permettent de détecter des montants croissants de préjudices au titre de fraudes avérées ou présumées. Des moyens humains notables sont affectés à leur réalisation. Les modalités de sélection des dossiers contrôlés s'affinent afin de favoriser une hausse de la fréquence et du montant unitaire des irrégularités détectées. Des irrégularités peuvent notamment être constatées à la suite de la consultation d'informations détenues par d'autres organismes sociaux, des administrations de l'État et d'autres tiers. Les organismes sociaux n'ont cependant pas encore accès à l'ensemble des informations qui leur seraient utiles.

A - Des effectifs stables ou en hausse

Les branches de sécurité sociale et Pôle emploi se sont dotés de structures spécialisées, au niveau national (voir annexe n° 3) et local, qui ont pour mission de définir, de mettre en œuvre et d'exploiter les résultats d'actions de contrôle sur pièces et sur place visant à détecter des irrégularités. Une partie de ces dernières seront qualifiées de fraudes ou de fautes après analyse. Les structures locales sont dotées d'effectifs notables pour exercer leurs missions.

1 - Des moyens plutôt préservés de la baisse des effectifs des organismes sociaux

Les branches du régime général et Pôle emploi connaissent de manière fiable les effectifs d'agents agréés et assermentés (administratifs, praticiens conseils et, le cas échéant, auditeurs), qui sont habilités à effectuer toutes vérifications ou enquêtes administratives sur pièces et sur place et ont qualité pour dresser des procès-verbaux faisant foi jusqu'à preuve du contraire³¹.

Cela est moins vrai des autres effectifs affectés à des tâches de contrôle (autres agents administratifs des structures spécialisées de lutte contre les fraudes pour l'assurance maladie, contrôleurs sur pièces pour la branche famille).

Pour disposer d'une représentation complète, il conviendrait aussi de prendre en compte des quotes-parts d'effectifs des fonctions support : contentieux, recouvrement des indus, comptabilité et informatique. Si ces quotes-parts faisaient l'objet d'une estimation, plusieurs centaines d'agents supplémentaires seraient dénombrés au titre de la lutte contre les fraudes.

Hors fonctions support, et sous la réserve d'une référence temporelle non homogène (2018 ou 2019) et d'incertitudes relatives à la fiabilité de certaines données, il peut être estimé que la lutte contre les fraudes aux prestations mobilisait en 2019 près de 4 000 agents en équivalent temps plein (ETP) dans les branches du régime général et à Pôle emploi³².

Ces effectifs sont stables ou en augmentation, malgré la baisse globale des effectifs des organismes sociaux³³.

³¹ Article L.114-10 du code de la sécurité sociale.

³² Par ailleurs, selon le GIE Agirc-Arrco, les groupes de protection sociale auraient affecté en 2019 34,8 ETP à la lutte contre les fraudes aux cotisations et prestations de retraites complémentaires.

³³ Fin 2018, les branches du régime général comptaient 113 728 salariés en contrat à durée indéterminée, dont 69 664 pour les branches maladie-risques professionnels, 31 934 pour la branche famille et 12 130 pour la branche vieillesse. Par rapport à fin 2010, ces effectifs ont respectivement baissé de 13,6 %, de 4 % et de 11,8 %.

Tableau n° 2 : effectifs affectés à la lutte contre les fraudes

Entité	En ETP	Champ	Évolution et fiabilité des données
Branche famille	1 900,0 (2019)	635 ETP d'agents agréés et assermentés 90 ETP de « contrôleurs de situations individuelles » (tâches diverses liées aux activités de contrôle) 1 175 ETP effectuant des contrôles sur pièces et liquidant les rapports de contrôle sur place Données hors fonctions de pilotage	Estimation et évolution inconnue pour les effectifs de contrôleurs sur pièces et de liquidation des rapports de contrôle sur place ; évolution inconnue pour les effectifs de « contrôleurs de situations individuelles » Hausse du nombre d'agents agréés et assermentés (de 558,1 ETP début 2016)
Assurance maladie	1 601,2 (2018)	Effectifs des structures administratives de lutte contre les fraudes des CPAM : 1 049,2 ETP Effectifs du service médical : 552 ETP Données hors fonctions de pilotage et comprenant 721 ETP d'agents agréés et assermentés	Instabilité des effectifs déclarés par les CPAM (917,2 ETP en 2017, 950,4 ETP en 2016 et 897,0 ETP en 2015) Hausse du nombre d'agents agréés et assermentés (de 600 en 2014 à 721 ETP en 2019) Effectifs affectés aux contrôles sur pièces de facturation ciblés sur certaines professions non recensés ici
Branche vieillesse	81,2 (2019)	Effectifs totaux des structures de lutte contre les fraudes des caisses de retraite : 51,1 ETP d'agents agréés et assermentés et 30,1 ETP pour les autres agents	Hausse des effectifs totaux jusqu'en 2012 (90 ETP contre 28,5 en 2008) Orientation à la baisse depuis 2013, dont la portée est atténuée par la hausse des agents agréés et assermentés (51,1 ETP en 2019 contre 42,4 en 2011)
Pôle emploi	128,9 (2018)	Effectifs totaux des structures de lutte contre les fraudes des directions régionales : 107,7 ETP d'agents agréés et assermentés et 21,2 ETP pour les autres agents	Légère augmentation depuis le début de la décennie, mais baisse depuis 2016 dont l'ampleur en ETP ne peut être appréciée
Total	3 711,3		

Source : Cour des comptes à partir des informations communiquées par la Cnaf, la Cnam, la Cnav et Pôle emploi

Note : pour la branche famille, données hors contrôleurs des structures subventionnées dans le cadre de l'action sociale.

2 - Des équipes locales dont la taille souvent réduite est atténuée par la place croissante des échelons nationaux et régionaux

La branche vieillesse, organisée en 20 caisses régionales ou interdépartementales, est plus concentrée que ses homologues. Néanmoins, compte tenu du nombre globalement réduit d'agents affectés à cette mission, 6 des 16 caisses métropolitaines consacraient moins de 4 ETP à la lutte contre les fraudes en 2019 ; 9 avaient moins de 3 ETP d'agents agréés et assermentés.

Dans l'assurance maladie et la branche famille, les effectifs affectés à la lutte contre les fraudes sont répartis entre une centaine de caisses à maille départementale. Un grand nombre de CPAM et de Caf comptent des effectifs réduits pour mener de front sélection des dossiers à contrôler, réalisation des investigations en utilisant les outils juridiques et techniques disponibles, constat d'irrégularités, qualification de ces dernières et lancement et suivi de procédures contentieuses. Dans les caisses de petite taille, les tâches administratives incompressibles minorent les ressources pouvant être consacrées aux investigations.

En 2019, sept des 100 Caf avaient un seul agent agréé et assermenté chargé de réaliser des contrôles sur place ; 13 en comptaient deux ; 15 trois. Seules 23 en avaient au moins 10.

Dans la branche famille, les incidences du morcellement des Caf sur leur capacité à mener des contrôles sont atténuées par la place prépondérante des actions de contrôle prescrites et outillées par la Cnaf (voir B - 2 - *infra*), qu'il leur revient d'exécuter. Les actions de contrôle conçues par les Caf elles-mêmes ont aujourd'hui un rôle marginal.

En 2018, les effectifs affectés à la lutte contre les fraudes au sein des caisses d'assurance maladie (hors fonctions de pilotage) s'étagaient de 1,4 ETP (CPAM du Cantal) à 37,9 ETP (CPAM de Paris). Dans 22 CPAM, moins de 5 ETP étaient affectés à l'investigation et à la répression de fraudes potentielles et à la mise en œuvre de suites contentieuses. Seules 40 CPAM consacraient plus de 10 ETP à la lutte contre les fraudes.

Depuis le milieu des années 2000, la Cnam conçoit des programmes nationaux de contrôle contentieux, qui visent à couvrir les principaux motifs d'irrégularités au détriment de l'assurance maladie. Entre 2005 et 2016, le nombre de programmes annuels a presque triplé (de 15 à 41) ; il a été réduit depuis lors (28 nouveaux programmes en 2019, après 23 en 2017). Les programmes nationaux permettent de faire appliquer par les structures locales des méthodes homogènes de ciblage des contrôles, d'investigation, d'actions contentieuses, de reporting et de mesures d'impact. En outre, ils apportent une aide précieuse aux caisses de petite taille qui, par manque de moyens, ont des difficultés à développer leurs propres actions de contrôle. Ils sont impératifs pour les caisses et les échelons territoriaux du service médical.

Néanmoins, les actions décidées par les caisses de leur propre initiative (désignées sous le terme de « volet locorégional de la lutte contre les fraudes ») continuent à représenter une part majoritaire (55 % en 2019) du montant total des préjudices subis et évités détectés au titre de fraudes et de fautes (contre 45 % pour les programmes nationaux, y compris les contrôles de l'application de la T2A).

Outre les programmes nationaux de la Cnam, la place croissante de l'échelon régional contribue à atténuer les effets de la fragmentation de l'organisation interne de l'assurance maladie sur sa capacité à lutter contre les fraudes.

Dans l'assurance maladie, un rôle croissant de l'échelon régional

Depuis 2017, les directeurs coordonnateurs de la gestion du risque au niveau régional (DCGDR, l'un des directeurs de CPAM ou plus rarement le directeur régional du service médical), avec l'appui de directeurs référents de la lutte contre la fraude (l'un des directeurs de CPAM), définissent et suivent la mise en œuvre de plans régionaux de gestion du risque et de lutte contre les fraudes. Ces plans intègrent les actions de gestion du risque, celles de lutte contre les fraudes et les contrôles ciblés des agences comptables sur des factures émises par certains professionnels de santé.

Ce regroupement dans un même cadre des actions prescrites par les différentes directions de la Cnam, comme de celles décidées par les caisses locales, doit assurer l'unité d'action des diverses composantes de l'assurance maladie vis-à-vis des professionnels au niveau territorial, favoriser le partage de bonnes pratiques et faciliter l'exercice de leur mission de lutte contre les fraudes par les caisses de petite taille et les échelons locaux (départementaux) du service médical.

La régionalisation s'approfondit. Depuis 2018, les actions de contrôle décidées par les CPAM (« volets locorégionaux de la lutte contre les fraudes ») sont regroupées dans des programmes d'action régionaux communs à la gestion du risque et à la lutte contre les fraudes, qui sont soumis au niveau national pour validation. En 2020, les indicateurs de préjudice évité par CPAM sont remplacés par des indicateurs régionaux, comprenant une part régionale et une part locale par caisse.

B - Une place croissante de l'analyse des données internes dans la sélection des contrôles

Au-delà du traitement de signalements internes et externes, les caisses de sécurité sociale et Pôle emploi recherchent des fraudes potentielles en explorant les données contenues dans leurs bases d'assurés, de professionnels de santé et de prestations versées. Sauf exception, tous requêtent leurs données afin de détecter des incohérences appelant des vérifications. Le *datamining*, qui permet d'industrialiser les contrôles en fonction d'une cotation prédictive du niveau de risque des différents dossiers, prend une place croissante.

1 - Un rôle toujours important des signalements internes et externes

a) Les contrôles demandés par les services gestionnaires

En vérifiant les pièces qui leur sont transmises, les services qui instruisent les demandes de droits et de prestations peuvent détecter des anomalies qui induisent une suspicion de fraude ou de tentative de fraude. Ils doivent alors réaliser un contrôle sur pièces ou solliciter un contrôle plus approfondi, sur pièces ou sur place, qui pourra déboucher sur la qualification d'une fraude.

Dans la branche famille, les demandes de contrôle sur place des gestionnaires conseil allocataires ont été à l'origine de 12 % des 48 754 fraudes qualifiées par les Caf en 2019.

Dans la branche vieillesse, les signalements internes ont été en 2019 à l'origine de 41 % des 7 615 contrôles et de 48 % des fraudes et fautes détectées par les structures de lutte contre les fraudes.

En 2019, les services de lutte contre les fraudes de Pôle emploi ont traité 14 069 affaires à la suite de signalements internes. À ce titre, ils ont détecté 9 714 dossiers frauduleux, soit 69 % de ces signalements internes traités (42 % du nombre total de signalements internes traités ou non) et 55 % du nombre total de fraudes détectées.

Dans l'ensemble des organismes de sécurité sociale, la place des signalements des services gestionnaires dans la détection de fraudes tend toutefois à se réduire sous l'effet de la dématérialisation croissante de la liquidation des prestations, qui fait disparaître des possibilités de contrôle *a priori*.

b) Les signalements de partenaires administratifs

Sous réserve de certaines limites d'information³⁴, les signalements de partenaires administratifs (autres organismes sociaux et DGFIP notamment) restent une source importante de détection d'irrégularités, notamment de fraudes.

Avec seulement 17 362 contrôles sur pièces ou sur place, soit 0,4 % du total, les signalements des partenaires administratifs ont été à l'origine de 13 % des 48 754 fraudes détectées par la branche famille en 2019.

Dans la branche vieillesse, en 2019, les signalements externes n'ont suscité que 4 % des contrôles effectués par les unités de lutte contre les fraudes. En revanche, 47 % d'entre eux ont débouché sur la qualification d'une fraude ou d'une faute.

En 2019, Pôle emploi a traité 9 822 signalements externes. Au total, 7 948 fraudes ont été détectées à ce titre, soit 81 % des signalements externes traités (46 % du nombre total de signalements externes) et 45 % du nombre total de cas de fraude détectés. En particulier, l'exploitation depuis 2012 de listes de déclarations préalables à l'embauche (DPAE)³⁵, transmises par l'Acoss, permet à Pôle emploi de détecter des reprises d'emploi non déclarées par des chômeurs indemnisés et d'identifier des fraudes en réseau, par exemple en vérifiant la cohérence entre la taille d'une entreprise et le nombre de DPAE qu'elle établit sur une période. Afin de maximiser le préjudice évité, Pôle emploi cible les reprises effectuées par des salariés dont le salaire journalier de référence est élevé. En 2019, plus du quart du nombre total d'affaires frauduleuses est provenu de ce type d'analyse (4 613 dossiers sur 17 662), représentant plus de 20 % du préjudice total détecté, soit 43,3 M€.

2 - Un requêtage généralisé des données internes, sauf à Pôle emploi

Dans la branche famille, des contrôles automatisés vérifient de longue date la cohérence des ressources et de l'activité professionnelle (RAC) déclarées par les allocataires dans leurs déclarations annuelles³⁶ ou trimestrielles³⁷ de situation, notamment en rapprochant les données correspondantes avec celles provenant de la DGFIP et de Pôle emploi. Ils constituent la première source de détection d'indus, pour certains frauduleux, comme de rappels (342,2 M€ d'indus et 109,1 M€ de rappels liés à des actions de contrôle en 2019, soit 37,8 % et 34,7 % des montants totaux d'indus et de rappels au titre de cette même année). Les contrôles RAC ont été à l'origine de 12 % des 48 754 fraudes qualifiées par la branche en 2019.

En vue de détecter des fraudes, les CPAM mettent en œuvre les programmes nationaux de contrôle contentieux définis par la Cnam (voir A - 2 - *supra*) et des actions locales relevant

³⁴ Les bilans annuels de la lutte contre les fraudes établis par la Cnaf et la Cnav ne permettent pas d'appréhender la part des signalements traités parmi ceux reçus ; pour celui de la Cnaf, la part des indus frauduleux parmi ceux détectés à la suite de signalements externes ; pour celui de la Cnam, la part des signalements traités ayant donné lieu au constat d'indus simples et frauduleux et les montants d'indus simples et frauduleux correspondants.

³⁵ Les employeurs doivent effectuer une DPAE avant la mise au travail effective des salariés, au plus tôt dans les huit jours précédant la date prévisible de l'embauche.

³⁶ Allocataires dont la situation n'a pu être comparée à celle connue par la DGFIP : primo-allocataires, allocataires dits « non trouvés » du fait de l'absence de déclaration de revenu par ces derniers ou de l'absence d'appariement de leurs données d'identification de part et d'autre.

³⁷ Allocataires du RSA, de la prime d'activité ou de l'AAH (quand une activité professionnelle est connue).

de leur propre initiative. Les dossiers à contrôler sont sélectionnés en fonction de critères prédéterminés. Des outils informatiques nationaux ou locaux permettent de détecter des anomalies et d'optimiser les investigations et le traitement de leurs résultats. Sous réserve de certaines spécialités médicales, ils couvrent l'ensemble des professions de santé.

La plupart des contrôles sélectionnés en fonction de ces critères conduisent à détecter des préjudices. Dans le cadre du pilotage national de la lutte contre les fraudes, la Cnam suit uniquement les nombres de contrôles effectués qui débouchent sur le constat de préjudices ; les fréquences de détections de préjudices ne sont pas mesurées. Les données qu'a pu rassembler la Cnam à la demande de la Cour, pour la seule année 2019, font apparaître qu'au cours de cette même année, 78 % en moyenne des contrôles effectués par les CPAM de leur propre initiative ont débouché sur le constat de préjudices (plus de 80 %, voire de 90 % pour les principales professions) et qu'il en a été de même pour environ 75 % des contrôles réalisés en application des programmes nationaux, avec de fortes disparités selon ces derniers. Ces pourcentages sont d'autant plus élevés que l'absence de détection d'anomalie n'est pas le seul motif de classement sans suite de contrôles (regroupement avec un autre contrôle, cessation d'activité du professionnel de santé pour lequel un contrôle a été engagé...).

Pour leur part, 22 % en moyenne des contrôles ciblés de facturation mis en œuvre par les CPAM sur décision de l'agent comptable de la Cnam ont débouché sur le constat d'irrégularités. Cette moindre détection d'irrégularités que les contrôles précités traduit le fait que les contrôles ciblés ont un caractère subsidiaire par rapport à ces derniers et sont moins poussés.

Par ailleurs, le service médical de l'assurance maladie met en œuvre des requêtes exploitant les informations sur les séjours déclarés par les établissements de santé. Cette démarche est rendue nécessaire par l'obsolescence de l'outil de détection d'atypie mis à la disposition des ARS, de l'assurance maladie et des établissements de santé eux-mêmes par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (Atih). Sur longue période, la fréquence moyenne des irrégularités de facturation détectées par séjour contrôlé connaît une baisse continue (de 49 % à 35 % entre les campagnes de contrôle 2008 et 2017, dernière campagne terminée, dont de 50 % à 38 % pour les établissements anciennement sous dotation globale – « ex-DG » – et de 47 % à 29 % pour ceux anciennement sous objectif quantifié national – « ex-OQN » –).

Les caisses de retraite mettent en œuvre des requêtes qu'elles ont conçues. En revanche, les directions régionales de Pôle emploi y recourent peu. C'est seulement depuis 2017 que la direction régionale Ile-de-France en déploie, avec des résultats limités à ce stade.

3 - Un développement inégal de la sélection des contrôles en fonction du niveau de risque propre à chaque dossier : le « *datamining* »

a) Dans la branche famille, un moyen efficace de détection d'anomalies et de fraudes

Afin d'améliorer l'efficacité de l'emploi des ressources affectées à la détection d'irrégularités, la branche famille met en œuvre depuis 2012 un traitement de données – le *datamining* – qui consiste à déterminer pour chaque allocataire un score reflétant la probabilité de détecter un indu ou un rappel du fait d'erreurs affectant les données déclaratives prises en compte pour attribuer et calculer les prestations versées.

Le *datamining* dans la branche famille : un dispositif de plus en plus élaboré, qui prend désormais en compte l'adresse des allocataires

Le score de risque attribué à chaque dossier varie en fonction de son degré de similitude avec le modèle établi à partir de l'exploitation des résultats des enquêtes annuelles « paiement à bon droit et fraude », qui permettent d'estimer la fraude et les erreurs définitives affectant les prestations versées par les Caf du fait de la prise en compte de données déclaratives erronées (voir chapitre II, I - B - 1 - *infra*).

La conception des modèles de *datamining* fait apparaître un affinement continu des variables prises en compte à ce titre. Le modèle en vigueur, entré en vigueur fin 2019, comprend 41 variables (contre 36 dans celui de 2016).

Les variables prises en compte au titre des modèles de *datamining* conduisent à accroître la possibilité d'une sélection à un contrôle sur pièces ou sur place. Certaines d'entre elles appellent l'attention. La délibération n° 2010-086 du 25 mars 2010 de la Cnil a autorisé la Cnaf à prendre en compte la nationalité de l'allocataire du dossier, celle-ci étant classée en trois grandes catégories : française, tous pays de l'Union européenne et tous pays extérieurs à l'Union européenne. Deux variables, qui selon l'analyse de la Cnaf ne relèvent pas de l'application de la loi « Informatique et Libertés » ou du règlement général sur la protection des données (RGPD), prennent en compte une donnée géographique fine – la commune où réside l'allocataire (code postal) – et des caractéristiques collectives de la population de la commune (ou de l'intercommunalité) en question : la part des actifs occupés travaillant dans un autre département et la part des allocataires à bas revenus.

Les contrôles effectués par les Caf sur des situations d'allocataires sélectionnées par le *datamining* (soit 233 733 contrôles sur pièces et 111 774 contrôles sur place en 2019) conduisent à détecter des fréquences de plus en plus élevées d'indus et de rappels³⁸ : pour les contrôles sur pièces, 26 % de dossiers comportant des indus et 22 % des rappels détectés en 2019, contre 6 % et 5 % respectivement en 2012 ; pour les contrôles sur place, 57 % de dossiers comportant des indus et 48 % des rappels détectés en 2019, contre 31 % et 21 % en 2012. Après les contrôles RAC, le *datamining* est la deuxième source de détection d'indus (218,5 M€ en 2019), pour certains frauduleux, et de rappels (87,2 M€). Il a été l'origine de 29 % des 48 754 fraudes qualifiées par la branche famille en 2019.

b) Dans la branche vieillesse, un dispositif plus récent, des résultats en progression

En 2016, la Cnav a déployé au plan national un outil de ciblage des dossiers à contrôler (OCDC), qui vise à faire reposer leur sélection non plus sur des requêtes nationales ou locales prenant en compte un nombre réduit de critères, mais sur la combinaison d'un grand nombre de critères, permettant de classer les dossiers retraite en cinq niveaux de risque.

L'enrichissement continu par la Cnav des critères de risque, portés de 20 en 2016 à 165 en 2019, permet de détecter une fréquence croissante d'irrégularités sur les dossiers cotés. Les critères les plus porteurs sont ceux qui croisent des informations de la branche avec celles de partenaires administratifs, notamment la DGFIP (transfert de la résidence fiscale à l'étranger),

³⁸ Certains dossiers peuvent comporter à la fois des indus au titre de certains motifs et des rappels au titre d'autres motifs, d'où une somme des fréquences d'indus et de rappels pouvant dépasser 100 %.

la Cnam (demandes de remboursement de soins réalisés à l'étranger) et les informations rassemblées dans le répertoire national commun de la protection sociale (RNCPS, voir *infra*).

L'OCDC sélectionne de mieux en mieux les dossiers : au titre de la campagne 2018 (dont 16 % des contrôles n'étaient pas achevés en mai 2020), 32 % des 3 235 dossiers contrôlés comportaient une fraude ou une faute (contre 21 % des 2 068 dossiers contrôlés pour la campagne 2016). Les dossiers contrôlés à la suite d'une sélection par l'OCDC représentent des montants croissants d'indus notifiés (4,6 M€ pour la campagne 2018, non achevée, contre 2 M€ pour la campagne 2016) et de préjudices évités (26,6 M€ pour la campagne 2018, contre 14,6 M€ pour celle de 2016) au titre de fraudes et de fautes détectées.

En revanche, les montants moyens d'indus et de préjudices évités n'augmentent pas. Surtout, les contrôles effectués à la suite d'une sélection par l'OCDC conduisent à détecter relativement moins de fraudes et de fautes que la moyenne des contrôles effectués par les caisses de retraite, dont l'efficacité globale progresse : en 2019, les 7 615 contrôles effectués ont permis de détecter 41 % de fraudes ou de fautes, contre 34 % pour les contrôles effectués en 2018 et 29 % pour ceux de 2017.

La contribution propre de l'OCDC à l'évolution de la fréquence des fraudes et de fautes détectées ne peut être appréciée de manière certaine. En effet, la Cnav ne fixe pas aux caisses de son réseau d'obligation portant sur le nombre et la nature des dossiers à contrôler. Il en résulte des distorsions de portée inconnue par rapport aux résultats qu'aurait produits le contrôle par les caisses de l'ensemble des dossiers sélectionnés par l'OCDC. La Cnav devrait définir un programme obligatoire de contrôle portant, par exemple, sur les deux premiers des cinq niveaux de risque cotés par l'OCDC.

c) À Pôle emploi, un dispositif récent, un changement d'échelle en perspective

Pôle emploi entend passer, sans l'étape intermédiaire du déploiement de requêtes ponctuelles, d'une recherche de fraudes essentiellement motivée par des signalements internes et externes à une recherche faisant une place centrale au *datamining*. Le déploiement du *datamining*, pour lequel de premiers travaux ont été engagés en 2015, vise notamment à compenser les incidences de la dématérialisation croissante des demandes d'inscription et d'indemnisation du chômage sur les possibilités de signalements internes d'anomalies.

Depuis avril 2018, un premier cas d'usage vise à détecter des ouvertures frauduleuses de droits à indemnisation du chômage du fait d'un emploi fictif. Les premiers résultats sont encourageants : en 2018, 90 affaires d'emploi fictif ont été détectées sur 417 situations contrôlées, soit 2,2 M€ de préjudices (22 %) pour 13,3 M€ de prestations versées (16,5 %). Par rapport au *datamining* dans les branches famille et vieillesse, l'outil de Pôle emploi présente une fonctionnalité d'un intérêt particulier pour détecter des fraudes en bande organisée.

Le *datamining* à Pôle emploi : l'appréhension des liens de l'allocataire avec des tiers

Comme les autres dispositifs de *datamining*, le modèle statistique sur lequel repose l'outil de contrôle et d'analyse pour la prévention et les investigations (Ocapi) permet de représenter sous la forme d'un score la probabilité d'irrégularité propre à chaque dossier.

En complément, l'outil indique l'existence ou non d'une déclaration préalable à l'embauche (à l'Urssaf), le type de compte bancaire correspondant au relevé d'identité bancaire de l'allocataire ou encore les caractéristiques de l'attestation délivrée par l'employeur, informations permettant d'orienter la recherche de fraudes.

De plus, il facilite l'identification des fraudes en réseau en permettant de visualiser les relations entre les demandeurs d'emploi entre eux et avec des entreprises (comme des demandeurs d'emploi travaillant dans une même entreprise ou utilisant les mêmes coordonnées bancaires ou numéros de téléphone).

D'autres modèles de *datamining* sont en cours d'élaboration : élargissement de la détection d'emplois fictifs aux annexes 8 et 10 du règlement d'indemnisation du chômage (professions de la production cinématographique, de l'audiovisuel ou du spectacle) ; fraudes à l'identité ; fraudes déjouées ; fraudes à la résidence ; fraude aux documents³⁹ de portabilité des droits à l'indemnisation du chômage dans l'Union européenne. À plus long terme, le projet « pilotage des zones de risques », lancé en 2019, ambitionne d'adosser plus largement encore la lutte contre la fraude à l'analyse de données en masse, internes ou externes, afin de renforcer la capacité de Pôle emploi à faire cesser des préjudices.

d) Dans l'assurance maladie, un rôle accessoire du datamining

La Cnam est peu avancée dans l'utilisation de techniques de *datamining*. À partir de 2014, elle les a expérimentées pour les indemnités journalières, la CMU-C, les transports sanitaires et les soins infirmiers. Ces travaux ont abouti uniquement pour le contrôle *a posteriori* de la CMU-C, remplacée par la complémentaire santé solidaire en novembre 2019 : depuis juin 2019, un modèle de *datamining* est déployé dans toutes les CPAM afin de cibler les dossiers à contrôler. La diffusion progressive de ce dispositif à partir de 2018 a contribué à accroître la fréquence des irrégularités détectées sur les dossiers sélectionnés au contrôle (24 % en 2018, dont 9 % qualifiées de frauduleuses). En 2020, la Cnam a engagé des travaux visant à concevoir des dispositifs de *datamining* pour les médicaments et les dispositifs médicaux.

C - Des moyens d'investigation étendus, mais incomplets

Sauf exception, les organismes sociaux ont été dotés de prérogatives similaires à celles de l'administration fiscale afin de vérifier l'exactitude des informations déclarées par les assurés et allocataires. Cependant, encore aujourd'hui, ils ne peuvent consulter toutes les informations utiles que détiennent les autres organismes sociaux et les administrations de l'État. En outre, tous les organismes ne bénéficient pas du droit de communication auprès de tiers.

³⁹ Formulaire U1 destiné aux personnes au chômage qui sollicitent des prestations de chômage dans un État membre après avoir travaillé dans un autre État membre et U2 destiné aux personnes qui se trouvent au chômage dans un État membre et se rendent dans un autre État membre afin d'y chercher un emploi.

1 - Une mutualisation incomplète des données des organismes sociaux

a) Des possibilités étendues de consultation d'informations sur des portails

En consultant les informations que détiennent d'autres organismes sociaux, les agents qui effectuent des contrôles visant à lutter contre les fraudes, mais aussi ceux qui instruisent les droits aux prestations, peuvent vérifier la cohérence des informations déclarées par les assurés et par les allocataires. Le tableau ci-après détaille les possibilités de consultation en vigueur ou en voie de déploiement.

Tableau n° 3 : possibilités de consultation d'informations d'autres organismes sociaux

Intitulé du portail	Gestionnaire	Accès	Permet de connaître
Répertoire national commun de la protection sociale (RNCPS)	Direction de la sécurité sociale (DSS)	M F V P	Nature, montant (avec des réserves) et période des prestations versées par l'ensemble des organismes sociaux, nom marital, adresse connue des divers organismes sociaux => vérification des ressources => vérification de l'absence de doublons de prestations => vérification de la résidence en France
Consultation des dossiers allocataires (CDAP)	Cnaf	M	Nature, période et montant des prestations versées par les Caf => vérification des ressources
Accès intégré aux données des allocataires (Aida)	Pôle emploi	M F	Nature, période et montant des prestations versées par Pôle emploi => vérification de la situation professionnelle (emploi ou pas) et des ressources
Espace des organismes partenaires de la protection sociale (EOPSS) identité	Cnav	M F	Données d'identification => vérification de l'existence et de l'identité des assurés
EOPSS carrières	Cnav	M F	Salaires bruts portés au compte de carrière => vérification de la situation professionnelle, des revenus professionnels et des ressources
EOPSS EIRR (échange inter régimes de retraite, en voie de déploiement)	Cnav	M F	Nature, période et montant des prestations versées par les organismes de retraite => vérification des ressources
Idem	Cnam	F	Nature, période et montant des prestations en espèces versées par l'assurance maladie (indemnités journalières, pensions d'invalidité et rentes d'accidents du travail – maladies professionnelles) => vérification des ressources et de la situation professionnelle
Déclaration préalable à l'embauche (DPAE)	Acoiss	F P	Présomption d'embauche d'un salarié => vérification de la situation professionnelle
Système informatisé de recherche des détachements autorisés et réguliers (Sirdar)	Centre des liaisons européennes et internationales de sécurité sociale (Cleiss)	F	Détachement de travailleurs => vérification de la résidence (prime d'activité)
Sushi (en voie de déploiement)	Acoiss	F M P	Revenus professionnels déclarés par les travailleurs indépendants => vérification de la situation professionnelle, des revenus professionnels et des ressources

Source : Cour des comptes à partir des informations communiquées par la Cnaf, la Cnam, la Cnav et Pôle emploi

Note de lecture de la colonne « Accès » : M : pour l'assurance maladie, F : pour la branche famille, V : pour la branche vieillesse, P : pour Pôle emploi.

Par ailleurs, les organismes sociaux consultent des services payants⁴⁰ afin d'appréhender l'absence de déclaration d'une activité de dirigeant d'entreprise ou de tout ou partie des ressources qui lui sont liées, ou encore la perception d'aides au logement malgré la détention par leur bénéficiaire de plus de 10 % du capital de la SCI propriétaire du logement concerné.

⁴⁰ Societe.com, Infogreffé, Score3.fr, Intuiz.

b) Une lente mutualisation des données par le RNCPS

Le répertoire national commun de la protection sociale (RNCPS)⁴¹ est un traitement informatisé (et non un fichier), qui vise à surmonter la fragmentation institutionnelle de la protection sociale entre un grand nombre de régimes, de branches et d'organismes, en mutualisant les informations qu'ils détiennent sur la situation des assurés et des allocataires.

En permettant des consultations unitaires⁴² ou collectives⁴³ de données, le RNCPS présente un intérêt particulier pour vérifier la situation des assurés et des allocataires lors de l'instruction des demandes de droits et de prestations⁴⁴ et pour en vérifier *a posteriori* le bien-fondé.

Les incertitudes de son pilote, la direction de la sécurité sociale, sur les orientations stratégiques à privilégier, l'absence de mise en place par son opérateur, la Cnav, d'une gouvernance et de ressources spécifiquement affectées, ainsi qu'une mobilisation inégale des autres organismes nationaux parties prenantes à ce dispositif se sont conjuguées pour retarder la montée en charge du RNCPS par rapport aux décisions mêmes du législateur.

Une montée en charge anormalement lente du RNCPS

À la suite d'un amendement d'origine parlementaire, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 a prévu la mise en place d'un répertoire national commun de la protection sociale.

Le décret d'application n'a été adopté que trois ans après la création législative du RNCPS (décembre 2009). L'arrêté d'application de ce décret qui fixe la liste des organismes, droits et prestations entrant dans le champ de ce répertoire est intervenu plus d'un an plus tard (mars 2011).

À la suite du rapport de la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale sur *La lutte contre la fraude sociale* de 2011⁴⁵, la LFSS 2012 avait prévu que le RNCPS intègre, avant fin 2012, les montants versés de prestations monétaires. Ces dispositions n'ont pas été appliquées. Devant cette lacune persistante, un amendement parlementaire au PLFSS 2015 avait prévu cette même intégration d'ici le 1^{er} janvier 2016. Ces dispositions sont elles aussi restées lettre morte.

Dernièrement, un décret n° 2019-969 du 18 septembre 2019 a attribué à l'État et à la Cnav la responsabilité conjointe d'un traitement de données à caractère personnel, mis en œuvre par la Cnav, qui vise notamment à intégrer au RNCPS les montants de prestations en espèces versées.

⁴¹ Prévu à l'article L. 114-12-1 du code de la sécurité sociale.

⁴² Par l'intermédiaire du numéro de sécurité sociale (NIR), les agents peuvent consulter : les NIR précédemment attribués ; le nom de famille, marital ou d'usage, le prénom, le sexe, la date et le lieu de naissance et le décès éventuel ; les identifiants des organismes de rattachement des cinq dernières années ; la nature et la date d'effet des droits et prestations ; l'adresse déclarée ; les numéros de téléphone et adresses électroniques communiqués.

⁴³ Le RNCPS produit des listes d'incompatibilités : versement du minimum vieillesse sans affiliation à l'assurance maladie ou à la fois par le régime général et la MSA ; versement de prestations à la fois par une Caf et une MSA.

⁴⁴ Ainsi, les Caf effectuent des consultations automatisées du RNCPS via un webservice pour ouvrir les droits à l'ensemble des prestations (afin de vérifier l'absence de doublon avec la MSA), lors de l'ouverture du droit à l'AAH (cumul interdit avec une prestation de retraite et parfois avec une pension d'invalidité) et en cas de retour d'un courrier en pli non distribué pour vérifier si une autre adresse n'a pas été déclarée à un autre organisme.

⁴⁵ Rapport d'information n° 3603 (XIII^e législature), présenté par Dominique Tian, député, 29 juin 2011.

Depuis juin 2020, le RNCPS permet de consulter les montants de prestations intégrés au « dispositif ressources mutualisé », mis en place pour assurer la « contemporanéisation » des aides au logement à compter du 1^{er} janvier 2021. Cependant, cette consultation, qui porte sur un historique de 12 mois, concerne les seules prestations entrant dans l'assiette des revenus imposables et les montants des prestations versées ne sont qu'en partie détaillés par prestation.

À partir de la décision du législateur de créer ce dispositif, plus de quatre années ont ainsi été nécessaires pour mettre en place le RNCPS. La consultation des montants de prestations versées n'est quant à elle intervenue qu'au bout de huit autres années, par le détour d'une réforme de certaines prestations (aides au logement) et sur un mode en partie dégradé.

c) D'importantes lacunes à résorber pour le contrôle des ressources, de la composition du foyer, de la résidence et de l'existence

La direction de la sécurité sociale et la Cnav ont prévu une refonte de la technologie et de l'ergonomie du RNCPS en 2021. Cette démarche devrait s'accompagner d'un recensement exhaustif des nombreuses informations non mutualisées entre les organismes sociaux.

Compte tenu de l'intégration au RNCPS du montant des prestations versées suivant un mode dégradé (voir b) *supra*), les caisses de retraite appréhendent imparfaitement le montant des prestations versées par les Caf ; il en va de même du montant des prestations de retraite par les CPAM et les Caf.

Faute d'une information de cette nature dans le RNCPS (qui indique uniquement la date d'effet) ou d'un accès à l'application de l'assurance maladie dans laquelle ces prestations sont gérées, les caisses de retraite ne peuvent savoir si les rentes AT-MP sont versées ou bien ont été suspendues, du fait par exemple d'une information ou de la présomption du décès de leurs titulaires résidant à l'étranger. Les CPAM qui versent des rentes subissent la même lacune d'information pour les pensions de retraite versées à des résidents à l'étranger.

Le RNCPS n'intègre pas non plus d'information sur la catégorie de la pension d'invalidité. Cette information permettrait de réduire les risques d'irrégularités⁴⁶ et les pièces à produire par les assurés en vue d'obtenir l'indemnisation d'une perte d'emploi.

Par ailleurs, les organismes sociaux ne peuvent consulter par leurs propres moyens la composition du foyer connue de leurs homologues, qui leur permettrait pourtant de détecter des incohérences, sinon des irrégularités. Ils doivent les leur demander.

Enfin, les caisses de retraite, les Caf et Pôle emploi ne peuvent consulter les bases de l'assurance maladie afin de prendre connaissance, dans le respect du secret médical, de la prise en charge de longues séries de soins par le centre national de soins à l'étranger (CNSE), qui constitue un indice possible de départ non déclaré à l'étranger pour les titulaires des prestations non exportables, ou de l'absence de prise en charge de frais de santé au titre de pensionnés très âgés (base Image), qui peut correspondre à des décès ou à des départs à l'étranger non déclarés.

⁴⁶ Les pensions de 1^{ère} catégorie sont cumulables avec l'allocation de retour à l'emploi. Celles de 2^{ème} et de 3^{ème} catégories ne le sont que si elles étaient perçues en même temps que les salaires qui ont ouvert le droit à l'ARE. Dans le cas contraire, le montant de l'ARE est réduit à hauteur de celui de la pension d'invalidité.

Il convient ainsi de résorber ces lacunes d'information, préjudiciables à la lutte contre les fraudes et, plus généralement, au paiement à bon droit des prestations sociales, en complétant les informations du RNCPS et en généralisant les possibilités de consultation par les organismes sociaux des bases de gestion de leurs homologues, dans le respect du secret médical.

2 - Des besoins d'information incomplètement satisfaits auprès des administrations de l'État

a) Un périmètre de plus en plus étendu de consultations possibles

Le code de la sécurité sociale prévoit un régime étendu d'échanges d'informations entre les organismes sociaux et les administrations de l'État, principe général précisé notamment pour les services consulaires, l'administration fiscale, les agents de contrôle intervenant dans l'entreprise, l'autorité judiciaire et les instances ordinales et les agents de services d'enquête⁴⁷.

La loi du 24 août 1993 relative à la maîtrise de l'immigration et aux conditions d'entrée, d'accueil et de séjour des étrangers en France a autorisé la consultation du fichier des résidents étrangers en France (AGDREF) par les organismes de sécurité sociale et par Pôle emploi, afin de déterminer si les étrangers demandeurs ou bénéficiaires de prestations ou d'aides sont en situation régulière. Toutefois, cette possibilité n'a pris effet qu'en 2011⁴⁸.

Depuis un arrêté du 13 décembre 2007, les organismes de sécurité sociale et Pôle emploi peuvent consulter le fichier national des comptes bancaires (Ficoba), tenu depuis 1971 par l'administration fiscale, ce qui leur permet de vérifier que les prestations sont versées sur des comptes bancaires appartenant à leurs titulaires, lorsque les comptes sont ouverts dans un établissement financier situé en France. Depuis un décret de 2017⁴⁹, cette consultation peut être opérée non seulement par le nom et le prénom, mais aussi par les coordonnées bancaires, ce qui peut révéler l'identité du titulaire du compte sur lequel sont versées les prestations.

Entre 2014 et 2019, le nombre de consultations du Ficoba par des organismes sociaux est passé de 1,3 à 1,8 million ; près de la moitié de consultations sont effectuées par les Caf (875 000 consultations en 2019), suivies de loin par les CPAM (244 000 consultations). Les éléments d'information communiqués par la Cnav font apparaître que certaines caisses de retraite n'effectuent aucune consultation du Ficoba, ni de l'AGDREF.

Dernièrement, la loi du 23 octobre 2018 relative à la lutte contre la fraude a autorisé les organismes de sécurité sociale à consulter le fichier de l'administration fiscale qui recense les contrats de capitalisation et d'assurance vie souscrits auprès d'organismes d'assurance établis en France (Ficovie) et les Caf et Pôle emploi à consulter les fichiers de cette même administration qui retracent les biens immobiliers et les ventes de ces derniers (BNDP et Patrim). Ces informations sont utiles pour appréhender des actifs et des revenus du capital non déclarés par les titulaires de prestations et vérifier l'existence et la propriété des biens supports

⁴⁷ Les articles L. 114-11 à L. 114-15, L.114-16 et L. 114-16-1 du code de la sécurité sociale organisent la communication des données nécessaires au contrôle des droits, notamment du respect de la condition de résidence, entre les organismes de sécurité sociale, Pôle emploi et les administrations de l'État, y compris fiscale.

⁴⁸ Article 4 du décret n° 2011-638 du 8 juin 2011.

⁴⁹ Décret n° 2017-1247 du 7 août 2017.

des aides au logement. Près de deux années plus tard, les ouvertures d'accès en consultation ne sont toutefois pas encore intervenues dans les faits.

Le tableau ci-après détaille les possibilités de consultation en vigueur ou à venir, selon des calendriers à préciser.

Tableau n° 4 : possibilités de consultation d'informations détenues par des administrations de l'État

Intitulé	Gestionnaire	Accès	Permet de connaître
AGDREF	Intérieur	M F V P	Titres de séjour en vigueur et demandes de titres de séjour en instance => vérification de l'identité, de l'authenticité du titre et de la régularité du séjour du demandeur et de ses ayants droits
Vérification en ligne des avis d'imposition	DGFIP	F, mais pas M	Informations figurant sur les avis d'imposition => vérification de l'authenticité des avis d'imposition papier fournis par les allocataires au titre des ressources et de la vie maritale
Ficoba	DGFIP	M F V P	Ensemble des comptes bancaires d'un individu ouverts dans un établissement bancaire en France => vérification que titulaire du compte bancaire de versement des prestations = titulaire des prestations => permet de demander des relevés de comptes bancaires pour la vérification des ressources et de la résidence
Visabio (à venir)	Intérieur	M	Visas en cours de validité accordés à des ressortissants étrangers => vérification du caractère effectivement irrégulier de la présence sur le territoire national pour l'attribution de l'aide médicale de l'État
Ficovie (à venir)	DGFIP	M F V	Contrats d'assurance vie et de capitalisation souscrits auprès d'organismes d'assurance établis en France => vérification des ressources, de la vie maritale et de la résidence
Base nationale des données patrimoniales (BNDP, à venir)	DGFIP	F P	Logements constituant la cause du versement d'aides au logement => vérification de la réalité du logement
Patrim (transactions immobilières, à venir)			=> vérification de l'absence de coïncidence et de liens familiaux non admis entre les membres des foyers allocataires d'aides au logement et les propriétaires bailleurs

Source : Cour des comptes à partir des informations communiquées par la Cnaf, la Cnam, la Cnav et Pôle emploi
Note de lecture de la colonne « Accès » : M : pour l'assurance maladie, F : pour la branche famille, V : pour la branche vieillesse, P : pour Pôle emploi.

Pôle emploi consulte par ailleurs le fichier national des interdictions de gérer (FNIG)⁵⁰ prononcées par les juridictions commerciales, civiles et pénales, afin d'appréhender des situations dans lesquelles des personnes interdites de gérer font l'objet ou sont à l'origine de licenciements ouvrant droit à indemnisation. La consultation de ce fichier par l'assurance maladie pourrait lui permettre de détecter certains types de fraudes aux indemnités journalières.

⁵⁰ Tenu par le conseil national des greffiers des tribunaux de commerce.

b) Des chantiers inaboutis pour le contrôle de la résidence

Depuis juillet 2020, les caisses d'assurance maladie peuvent consulter la base Visabio, tenue par le ministère de l'intérieur, afin de détecter des fraudes à l'aide médicale de l'État et aux soins urgents par des ressortissants de pays étrangers qui, étant détenteurs d'un visa, ne sont pas fondés à demander ces aides destinées à des personnes en situation irrégulière. À ce jour, cette faculté nouvelle porte toutefois uniquement sur les visas de long séjour et de circulation, à l'exclusion des visas de court séjour, ainsi que de ceux délivrés par d'autres pays. Un accès au réseau mondial des visas est à l'étude en liaison avec le ministère de l'intérieur.

En 2015, a été engagé sous l'égide de la DNLF un projet d'automatisation de l'accès des organismes sociaux au registre des Français établis hors de France qui s'y inscrivent de manière volontaire. En mars 2019, la Cnam s'en est retirée au motif d'autres évolutions prioritaires intéressant les résidents à l'étranger⁵¹ ; la direction de la sécurité sociale lui a emboîté le pas. Ces décisions privent la lutte contre les fraudes à la résidence stable en France d'informations utiles pour cibler des contrôles visant à la vérifier : selon le ministère des affaires étrangères, 1,8 million d'individus, soit une nette majorité de Français résidant à l'étranger (estimés au total à 2,5 millions), étaient inscrits au registre fin 2018. Elle apparaît particulièrement contestable au regard du maintien de droits à l'assurance maladie pour plusieurs millions d'assurés qui n'en remplissent plus les conditions, faute de résider de manière stable en France (voir chapitre III, III - A - *infra*).

Par ailleurs, la Cnaf s'est rapprochée en 2010 du ministère de l'éducation nationale afin que les Caf aient la possibilité de consulter les bases d'élèves scolarisés dans l'enseignement primaire et secondaire. La consultation de ces bases permettrait d'identifier l'absence de résidence en France d'enfants déclarés au titre de certains foyers d'allocataires. De longue date, ce chantier est au point mort par manque de volonté des acteurs concernés. Il conviendrait de le faire aboutir lui aussi.

c) Une prise en compte insuffisante des enjeux propres à Pôle emploi et à l'Agirc-Arrco

L'absence d'attribution à Pôle emploi d'une faculté de consultation du fichier Ficovie, contrairement aux organismes de sécurité sociale, méconnaît l'intérêt d'une telle consultation pour vérifier notamment la cohérence des ressources déclarées par les titulaires de l'allocation de solidarité spécifique (ASS), minimum social versé pour le compte de l'État.

Par ailleurs, l'attribution à Pôle emploi d'une possibilité de consultation des informations déclarées par les employeurs établis hors de France qui détachent des salariés sur le territoire français⁵², sur le portail SIPS (système d'information sur les prestations de service internationales) du ministère chargé du travail et de l'emploi, pourrait lui permettre de détecter certaines dissimulations de reprise d'activité par le truchement d'embauches effectuées en principe par des employeurs établis dans un pays étranger.

⁵¹ Création d'un téléservice de signalement d'un départ à l'étranger et amélioration du traitement des données relatives aux déclarations d'expatriation fiscale communiquées par la DGFIP.

⁵² Ces employeurs doivent transmettre avant le début de leur intervention en France une déclaration préalable de détachement ou une attestation de détachement à l'inspection du travail du lieu de réalisation de la prestation.

Cela étant, Pôle emploi fait un usage parfois restrictif des possibilités dont il est doté. Ainsi, bien qu'en progression rapide, le nombre de consultations du Ficoba reste minime (13 000 en 2019).

Pour leur part, les groupements de protection sociale ne peuvent consulter le Ficoba pour la gestion des retraites complémentaires Agirc-Arrco.

3 - Le droit de communication : un progrès majeur, mais incomplet

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 a accordé aux agents des organismes de sécurité sociale un droit de communication semblable, sous quelques exceptions, à celui des agents de l'administration fiscale. Il peut être exercé dans le cadre de l'instruction d'une demande, d'un contrôle sur pièces ou sur place, ou encore, depuis la loi de financement pour 2011, d'une action en recouvrement de prestations indûment versées à des tiers. Les demandes doivent émaner d'agents assermentés ou être visées par les directeurs des caisses.

Le droit de communication habilite les organismes de sécurité sociale à obtenir des informations et des documents auprès de tiers, sans que le secret professionnel leur soit opposable⁵³. À titre principal, les caisses de sécurité sociale exercent le droit de communication auprès d'agences bancaires et, plus rarement, de fournisseurs (téléphone, énergie, eau) et de mairies, afin d'appréhender au plus près la réalité des situations individuelles.

L'exercice du droit de communication auprès des établissements financiers

Après avoir consulté le fichier Ficoba de la DGFIP afin de rechercher d'éventuels comptes bancaires en dehors de ceux sur lesquels les prestations sont versées, les agents agréés et assermentés demandent des relevés de comptes bancaires afin de mettre en évidence :

- des revenus non déclarés venant contredire les déclarations de ressources reçues ;
- des dates à partir desquelles ou des périodes pendant lesquelles le compte n'est plus débité de dépenses, qui peuvent conduire à détecter un décès ou un départ de France du bénéficiaire des prestations ;
- des périodes pendant lesquelles des retraits ou des achats sont effectués à l'étranger, dont la durée peut infirmer la stabilité de la résidence en France ;
- l'existence d'un compte joint, qui, avec d'autres éléments, peut infirmer la réalité de l'isolement du (de la) bénéficiaire des prestations et des aides.

Sauf exception, les organismes nationaux ne suivent pas le nombre de droits de communication exercés. En 2018, les CPAM ont exercé 24 881 droits de communication au titre du programme national de contrôle contentieux de la CMU-C, engagé en 2015, et 9 494 au titre d'autres programmes nationaux. Entre 2017 et 2019, le programme de contrôle de la CMU-C, mis en œuvre par consultation des relevés de comptes bancaires de certains bénéficiaires de cette aide, a permis à l'assurance maladie de constater 4,4 M€ de préjudices subis et 13,1 M€ de préjudices évités au titre de fraudes et de fautes.

⁵³ Article L. 114-19 du code de la sécurité sociale.

Malgré une recommandation en ce sens de la Cour⁵⁴, les agents agréés et assermentés de Pôle emploi ne bénéficient toujours pas du droit de communication⁵⁵. Cette différence de traitement de Pôle emploi par rapport aux organismes de sécurité sociale n'a pas de justification. Afin de lutter plus efficacement contre les fraudes aux prestations d'assurance chômage, notamment en bande organisée, il importe que les agents agréés et assermentés de Pôle emploi, établissement public administratif de l'État, puissent à leur tour exercer envers des tiers le droit de communication dont sont dotés, depuis déjà douze ans, avec des résultats démontrés, ceux des organismes de sécurité sociale.

CONCLUSION ET RECOMMANDATION

En 2019, la branche famille a qualifié de frauduleux 323,7 M€ d'indus qu'elle a détectés ; Pôle emploi a détecté 212 M€ de préjudices subis et évités au titre de fraudes ; les branches maladie et vieillesse ont respectivement détecté 286,7 M€ et 160,2 M€ de préjudices subis et évités au titre non seulement de fraudes, mais aussi de fautes. Les organismes sociaux affichent des résultats croissants au titre des actions qu'ils mènent afin de déceler et de sanctionner des fraudes, qu'il s'agisse des montants de préjudice ou du nombre de suites contentieuses.

S'agissant des fraudes aux prestations d'assurance maladie, les bilans annuels établis par la Cnam ne permettent pas de distinguer les fraudes des simples fautes, pour lesquelles l'intentionnalité de l'auteur n'est pas démontrée ; les résultats de la lutte contre les fraudes, entendues au sens strict du terme, ne peuvent ainsi être appréciés. Indépendamment de cette lacune, les informations communiquées au Parlement, à l'appui des projets de loi de financement annuels, sur les économies permises par la lutte contre les fraudes aux prestations d'assurance maladie, comportent des distorsions par rapport à leur réalité.

Les contrôles qui conduisent à détecter des fraudes sont sélectionnés en fonction de signalements internes aux services et provenant de partenaires administratifs et, de manière croissante, par l'analyse par les organismes sociaux de leurs propres données, parfois en les croisant avec celles de leurs partenaires. Dans sa forme la plus élaborée, le datamining, cette analyse consiste à coter, de manière prédictive, le niveau relatif de risque de chaque dossier, dans un objectif d'industrialisation des contrôles. D'usage courant dans la branche famille depuis le début de la décennie, le datamining est désormais adopté par la branche vieillesse et, avec des objectifs ambitieux de développement, par Pôle emploi. Les contrôles effectués par les organismes sociaux, à la suite de signalements, de requêtes internes ou du datamining, les conduisent fréquemment à détecter des préjudices.

⁵⁴ Cour des comptes, *Rapport public annuel 2014*, p. 256.

⁵⁵ Le code du travail ne prévoit qu'un délit d'obstacle, garantissant l'accomplissement des contrôles réalisés par les agents agréés et assermentés de Pôle emploi dans le cadre de la lutte contre la fraude (article L. 5312-13-1), et un dispositif de communication réciproque entre les agents chargés de la lutte contre le travail illégal (officiers de police judiciaire, agents des impôts, des douanes et des organismes de sécurité sociale), auquel participe Pôle emploi (articles L. 8211-1, L. 8271-1 et L. 8271-1-2).

Si les organismes sociaux peuvent consulter un nombre croissant de données auprès de leurs homologues et des administrations de l'État, en dépassant ainsi les divisions institutionnelles internes à la sphère publique, des données qui pourraient permettre d'orienter plus efficacement les contrôles et, souvent, de détecter des irrégularités continuent à leur faire défaut.

La Cour formule ainsi la recommandation suivante afin d'étendre le périmètre des données que les organismes sociaux peuvent consulter afin de lutter contre les fraudes :

- 1. pour l'exercice de leurs missions de lutte contre les fraudes, accorder aux organismes sociaux la possibilité de consulter et d'analyser les données pertinentes du registre national des Français établis à l'étranger, celles des bases élèves et, dans le respect du secret médical, celles de l'assurance maladie portant sur les soins réalisés à l'étranger et sur les prises en charge de dépenses de santé d'assurés dépassant un certain âge ; s'agissant spécifiquement de Pôle emploi, lui permettre de consulter la base des travailleurs détachés en France et, comme les organismes de sécurité sociale, d'exercer le droit de communication auprès de tiers et de consulter le fichier Ficovie (ministères chargés de la sécurité sociale, du travail et de l'emploi, du budget, de l'économie, de l'éducation nationale et des affaires étrangères).*
-

Chapitre II

Des résultats moins favorables qu'il n'y paraît

Si la lutte contre les fraudes aux prestations sociales conduit à détecter des montants croissants de préjudices subis et évités, il n'est pas avéré que leur augmentation réduise les irrégularités, frauduleuses ou non, au détriment des organismes sociaux. De fait, les actions de contrôle *a posteriori* mises en œuvre par ces derniers sont insuffisantes au regard de l'ampleur des risques qui affectent les données d'origine déclarative prises en compte pour attribuer et calculer les prestations. En outre, des marges d'efficience restent à mobiliser afin d'améliorer les résultats financiers de la lutte contre les fraudes aux prestations sociales.

I - Un impact non démontré de l'augmentation des préjudices détectés dans le cadre de la lutte contre les fraudes sur l'évolution des fraudes et des autres irrégularités

Pour apprécier la portée des montants de préjudices détectés au titre de fraudes, il convient de les rapporter à la fraude elle-même. Or, cela est le plus souvent impossible, faute d'estimation du montant de la fraude par les organismes sociaux. Quand ils estiment ce montant, la fraude détectée n'en représente qu'une part réduite.

Si elles ont des enjeux symboliques et financiers qui leur sont propres, les fraudes ne constituent qu'une partie de l'ensemble des irrégularités qui affectent, au détriment des finances publiques, les prestations versées : celles pour lesquelles l'intentionnalité des causes à l'origine d'un excès de versement peut être démontrée. Or, la hausse des montants de préjudices détectés dans le cadre de la lutte contre les fraudes ne s'accompagne pas d'une amélioration du paiement à bon droit des prestations. Les erreurs définitives qui affectent les prestations du fait de données déclaratives erronées, frauduleuses ou non, ne diminuent pas, mais tendent à augmenter.

A - Faute d'estimation de la fraude, une action des branches maladie et vieillesse dont la portée ne peut être appréciée

Dès sa création en 2008, la délégation nationale à la lutte contre les fraudes (DNLF) a souhaité disposer d'une estimation de la fraude aux prestations. Dans une communication à la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale sur la fraude aux prestations dans le régime général (avril 2010), la Cour relevait que seule la Cnaf avait effectué une première évaluation globale de la fraude. La Cnam et la Cnav se bornaient à constater l'impact financier des fraudes mises à jour. Aucun progrès n'est intervenu depuis lors.

1 - Un refus persistant d'évaluation par l'assurance maladie

À ce jour, le ministère chargé de la sécurité sociale s'est abstenu de prescrire à la Cnam d'estimer la fraude aux prestations d'assurance maladie.

En 2010-2011, la Cnam a effectué une tentative d'estimation de la fraude aux indemnités journalières. Son champ couvrait la fraude aux conditions d'ouverture des droits, le cumul d'indemnités avec une activité rémunérée ou non et la prescription d'arrêts maladie sans visite médicale ; la fraude aux données médicales n'était pas abordée. Sur l'échantillon représentatif de 9 300 dossiers contrôlés, seuls 0,17 % de dossiers frauduleux ont été détectés. Après extrapolation statistique, le montant estimé de la fraude s'élevait à 7,3 M€. Son caractère improbable est attesté par le fait qu'en 2010, les actions de contrôle visant spécifiquement les fraudes aux indemnités journalières ont détecté 5,4 M€ de préjudices subis et évités, alors qu'elles n'ont couvert qu'une fraction limitée des indemnités versées.

Depuis lors, la Cnam n'a pas reconduit cette démarche ni, *a fortiori*, ne l'a étendue à d'autres prestations. S'agissant de la CMU-C, remplacée par la complémentaire santé solidaire en novembre 2019, elle effectue un sondage aléatoire sur un échantillon représentatif de dossiers afin de déterminer les variables de la sélection par l'outil de *datamining* des dossiers à contrôler. Elle n'a pas communiqué à la Cour l'extrapolation statistique de la fréquence et de la portée financière des anomalies ainsi détectées.

La Cnam pourrait notamment estimer la fraude à partir des résultats redressés au plan statistique des programmes nationaux de contrôle contentieux, d'application obligatoire pour les CPAM et le service médical, qui sélectionnent des dossiers à contrôler en fonction de critères prédéterminés.

2 - Une démarche sans lendemain pour la branche vieillesse

La convention d'objectifs et de gestion de la Cnav avec l'État (Cog) pour 2009-2013 avait prévu des évaluations statistiques de la fraude par type de prestation versée. Après une première tentative sur un champ étroit de titulaires du minimum vieillesse en 2010, la Cnav a mis en œuvre en 2010-2011 un plan de contrôle couvrant des échantillons représentatifs de retraites⁵⁶.

Sur 4 315 dossiers tirés aléatoirement, un seul cas avéré de fraude a été détecté. Cela étant, 34 suspicions de fraude, liées notamment à l'absence de déclaration de changements de situations par des assurés ou leurs proches (en cas de décès), avaient été décelées, occasionnant la révision ou la suspension du paiement des retraites concernées (soit 0,4 % de l'échantillon de 3 195 nouvelles liquidations de retraites et, avec une moindre représentativité statistique, 2,6 % de l'échantillon de 800 retraites en paiement liquidées depuis 1983).

Malgré son intérêt et les capitalisations possibles de l'expérience de 2010-2011, cette démarche d'évaluation de la fraude aux prestations de retraite n'a pas été reconduite.

⁵⁶ Des considérations pratiques réduisaient cependant le champ ou la portée d'une partie des contrôles. Au motif de l'absence de contrôles sur place, le contrôle des résidents à l'étranger était limité à la vérification de la présence d'un certificat d'existence. À défaut d'accès, à l'époque, au portail AGDREF du ministère de l'intérieur, l'authenticité de la carte de séjour n'était pas contrôlée. Enfin, les déclarations sur l'honneur de l'assuré ou de témoins pour les rachats de cotisations prescrites n'entraient pas dans le champ du protocole de contrôle.

La Cnav pourrait estimer la fraude à partir des résultats redressés au plan statistique des contrôles effectués par les caisses de retraite, sous réserve qu'elle les contraigne à contrôler une part significative des dossiers sélectionnés par l'outil de *datamining* (OCDC).

B - Des estimations utiles de la fraude par la Cnaf et par Pôle emploi, qui font apparaître la détection d'une part réduite des fraudes

1 - Un montant de la fraude estimé à 3,2 % des prestations versées (soit 2,3 Md€) dans la dernière enquête de la Cnaf, dont seule une part minoritaire est détectée

Depuis 2010, la branche famille effectue une enquête annuelle d'évaluation du paiement à bon droit et de la fraude (PBDF), portant sur la quasi-totalité des prestations légales versées⁵⁷, qui vise à estimer les montants d'indus frauduleux versés au titre d'une année, qu'ils aient ou non été détectés par les contrôles mis en œuvre sur les données déclarées par les allocataires.

L'estimation de la fraude par la branche famille

Environ 7 200 dossiers (7 145 pour l'enquête 2019 sur la fraude en 2018) sont tirés au sort, selon une méthode statistique d'échantillonnage par stratification (par dix groupes de prestations), dans l'ensemble des foyers d'allocataires. Les dossiers pour lesquels une prestation a été versée au cours de l'année (6 743 pour l'enquête 2019) font l'objet de contrôles approfondis par des agents agréés et assermentés au domicile des allocataires ou sur convocation physique de ces derniers à la Caf. Ces contrôles visent à détecter l'ensemble des anomalies qui affectent les prestations versées, au cours de la période de 24 mois qui précède la prescription des indus non frauduleux en faveur des allocataires. Leurs résultats permettent d'extrapoler une masse d'indus bruts frauduleux, au titre d'une année, sur l'ensemble des allocataires.

S'agissant des prestations légales versées en 2018 (enquête PBDF effectuée en 2019), la Cnaf a estimé à 2,32 Md€ le montant des indus frauduleux, soit 3,2 % des 72,7 Md€ de prestations versées qui entraînent dans le champ de l'enquête ; 5,7 % des 14,6 millions de foyers d'allocataires seraient à l'origine d'indus frauduleux⁵⁸.

Le RSA est la prestation la plus fraudée (10,1 % des montants versés au titre de cette prestation correspondent à des indus frauduleux), suivie de la prime d'activité (6,2 %) et des aides au logement (2,9 %). Loin derrière viennent les prestations d'entretien (allocations familiales, complément familial, allocation de soutien familial, soit 1,4 %) et la PAJE (soit 0,2 %). Si l'AAH apparaît peu fraudée (0,8 %), l'estimation porte uniquement sur les données administratives du ressort des Caf et n'intègre pas le principal risque : le taux d'incapacité pris en compte par les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH).

⁵⁷ Sauf l'allocation de rentrée scolaire, les allocations journalières de présente parentale, la prime de Noël aux titulaires de certains minima sociaux et les droits à l'assurance vieillesse des parents au foyer (AVPF), accordée à certain(e)s allocataires qui interrompent ou réduisent leur activité professionnelle pour élever un enfant.

⁵⁸ Ces estimations sont exprimées en valeur centrale statistique. Les valeurs véritables ont 95 % de probabilité d'être comprises entre 1,99 Md€ et 2,64 Md€ pour ce qui concerne le montant des indus frauduleux, entre 2,7 % et 3,6 % du montant des prestations versées et entre 5,2 % et 6,3 % des allocataires.

Les fraudes au RSA atteindraient 1 Md€, celles aux aides au logement près de 0,5 Md€ et celles à la prime d'activité un peu plus de 0,3 Md€. Un allocataire au RSA sur 6, un allocataire à la prime d'activité sur 11 et un allocataire aux aides au logement sur 22 en commettraient.

Les enquêtes PBDF successives font apparaître une augmentation continue du montant estimé de la fraude et, ce faisant, de la part des prestations correspondant à des indus frauduleux. Entre les prestations versées en 2012 et en 2018, ce montant est passé de 1,3 Md€ à 2,3 Md€⁵⁹.

Cette croissance a deux causes certaines. Tout d'abord, la Cnaf encadre de plus en plus étroitement l'organisation, la mise en œuvre et les conséquences en indus (et en rappels) des contrôles sur les échantillons de dossiers, ce qui favorise l'exhaustivité de la représentation de la fraude (voir annexe n° 4). En outre, les prestations les plus fraudées, versées pour le compte des départements (RSA) et de l'État (prime d'activité, aides au logement), sont de plus en plus majoritaires dans l'activité de la branche (57,8 % des prestations légales en 2019).

Cependant, l'augmentation du montant estimé des fraudes pourrait aussi refléter l'expansion des fraudes elles-mêmes. Dans le sens de cette observation, la part estimée des prestations versées correspondant à des indus frauduleux a notablement augmenté entre les années 2016 et 2018 de versement des prestations (de 9,1 % à 10,1 % pour le RSA, de 4,2 % à 6,2 % pour la prime d'activité et de 2,3 % à 2,9 % pour les aides au logement). Cette évolution pourrait n'être que partiellement attribuable à l'encadrement croissant de l'enquête PBDF.

Afin de renforcer la robustesse des résultats de l'enquête « paiement à bon droit et fraude », la Cnaf doit continuer à renforcer les actions visant à assurer une détection, une qualification et un chiffrage les plus complets et exacts des irrégularités par les Caf. Malgré les progrès intervenus, la fraude reste en effet sous-estimée, en raison d'une recherche d'anomalies généralement limitée à la période de 24 mois des indus non frauduleux (cette recherche devrait couvrir les cinq années précédant la prescription d'ordre public) et d'une application inégale des consignes de la Cnaf par les Caf et leurs agents agréés et assermentés (voir annexe n° 4).

Au regard du montant de la fraude estimé par la Cnaf, seulement une minorité d'indus frauduleux sont détectés et qualifiés comme tels par les Caf.

Certes, le montant des indus détectés et qualifiés de frauduleux par les Caf a fortement progressé (de 119,1 M€ à 304,6 M€ entre 2012 et 2018, soit +156 %). Mais la fraude estimée a elle aussi beaucoup augmenté (de 1,3 Md€ à 2,3 Md€⁶⁰, soit +77 %). Dans ces conditions, le montant des fraudes non détectées et qualifiées comme telles s'est lui aussi beaucoup accru (2 Md€ pour 2018 contre 1,2 Md€ pour 2012, soit +67 %), tandis que les indus frauduleux détectés et qualifiés comme tels représentent toujours une part réduite de la fraude estimée (13 % environ pour les prestations versées en 2018, contre 9 % pour celles de 2012).

La Cnaf n'évalue pas, dans l'écart entre la fraude estimée et les indus détectés qualifiés de frauduleux (de l'ordre de 2 Md€ pour les prestations versées en 2018), les parts respectives, d'une part de l'absence de détection d'indus frauduleux et, d'autre part, de l'absence à tort de qualification en tant que frauduleux d'indus détectés et mis en recouvrement. Or ces derniers indus réduisent eux aussi la fraude non détectée par rapport à son montant estimé. Leur estimation permettrait d'apprécier plus justement les résultats obtenus par la branche famille.

⁵⁹ Montants exprimés en valeur centrale statistique.

⁶⁰ En valeur centrale statistique.

2 - Sur un champ étroit, un montant estimé à près de 1 % des prestations versées par Pôle emploi en 2012

Suivant une recommandation de la Cour⁶¹, Pôle emploi a effectué en 2015 une estimation des fraudes aux allocations d'aide au retour à l'emploi (ARE) versées en 2012 (hors allocations propres aux intermittents du spectacle⁶², conventions de reclassement personnalisé et ARE - formation), soit 22 Md€ versés à 3,9 millions d'allocataires. Sur ce périmètre, les fraudes ont été estimées à 184 M€, à près de 95 % au titre de reprises d'activité non déclarées.

Une estimation ponctuelle de la fraude par Pôle emploi

Pôle emploi a établi un échantillon représentatif de 9 992 demandeurs d'emploi, déterminé à partir de variables de quotas (mois de paiement, âge, motif d'inscription, taux journalier de référence et ancienneté de l'inscription au droit ouvert). En outre, a été contrôlée la bonne répartition par sexe et par région des demandeurs d'emploi de l'échantillon.

Le rapprochement des données de Pôle emploi avec celles de la Cnav (déclarations annuelles de données sociales pour connaître les périodes travaillées et les niveaux de salaires) et de l'Acoss (déclarations préalables à l'embauche pour connaître les intentions d'embauche) a permis de détecter quatre types de situation anormales, correspondant au cumul à tort d'allocations avec un revenu (reprise d'activité non déclarée ; activité déclarée, mais avec des données erronées sur la période d'activité ou bien sur les rémunérations perçues) ou à un emploi fictif précédant l'indemnisation.

Les dossiers en anomalie ont été analysés en vue de qualifier soit des fraudes, définies comme le cumul de trois mois consécutifs d'absence de déclaration (ou non consécutifs s'il s'agit du même contrat), alors que l'assuré perçoit simultanément des allocations et des salaires, soit des incohérences, correspondant à une absence de déclaration d'une durée inférieure à trois mois.

Sur les 3 688 situations en anomalie détectées, Pôle emploi a conclu à 194 fraudes et à 238 incohérences. Après extrapolation statistique, les fraudes ont été estimées à 184 M€, à près de 95 % au titre de reprises d'emploi non déclarées, et les incohérences à 56 M€, soit respectivement 0,8 % et 0,3 % du montant des prestations d'ARE versées.

Le montant des préjudices subis au titre de fraudes détectés en 2012 (soit 39,3 M€) représentait près de 20 % du montant estimé de la fraude pour cette même année. Ce rapprochement surestime cependant la portée de la détection de fraudes : l'estimation de la fraude visait uniquement quatre types d'anomalies, exclusivement détectées par confrontation de données avec celles de deux partenaires administratifs ; elle ne couvrait notamment pas les cumuls de perception d'allocations et de travail non déclaré ou de travail indépendant déclaré.

Malgré la pertinence de la méthodologie et l'intérêt des résultats obtenus, Pôle emploi n'a pas effectué de nouvelle estimation de la fraude. Au terme de l'enquête de la Cour, il a toutefois indiqué son intention d'y procéder à nouveau, en exploitant, entre autres, les données déclarées par les employeurs de salariés dans la déclaration sociale nominative (DSN).

**

⁶¹ Cour des comptes, « Pôle emploi : des progrès à amplifier dans la lutte contre la fraude aux allocations chômage », in *Rapport public annuel*, février 2014, tome II, chapitre VI, p. 247-267, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

⁶² Annexes n° 8 et n° 10 du décret n° 2019-797 du 26 juillet 2019 relatif au régime d'assurance chômage.

Sans méconnaître les difficultés d'estimation de ce phénomène, l'absence d'estimation de la fraude à la plupart des prestations prive l'action des pouvoirs publics et des organismes sociaux d'un indispensable instrument d'orientation de la nature et de l'intensité des efforts à mener pour mieux prévenir, détecter et réprimer les fraudes. Si les estimations disponibles au niveau international sont rares, elles montrent la possibilité de procéder à une estimation de la fraude et des autres irrégularités, y compris sur les prestations d'assurance maladie, et fournissent des éléments comparatifs intéressants avec la situation française (voir annexe n° 5).

C - Une hausse des fraudes détectées qui n'empêche pas celle des erreurs définitivement non détectées, frauduleuses ou pas, au détriment des finances publiques

Les Cog des branches du régime général de sécurité sociale avec l'État fixent des objectifs de réduction de la fréquence et de la portée financière des erreurs qui affectent de manière définitive⁶³ les prestations qu'elles versent. Dans le cadre de sa mission de certification des comptes du régime général, la Cour audite les estimations correspondantes, établies à partir de contrôles portant sur des échantillons de dossiers, et tient compte de leur degré de fiabilité et de leur niveau dans ses opinions sur les comptes⁶⁴.

Si les caisses du régime général détectent des montants de plus en plus élevés au titre de fraudes, les indus définitivement non détectés au titre d'irrégularités, à caractère frauduleux ou non, augmentent encore plus rapidement, contrairement aux objectifs fixés par les Cog (voir annexe n° 6). La prise en compte de données déclaratives erronées pour attribuer et calculer les prestations engendre des préjudices croissants pour les finances publiques.

1 - Dans la branche famille, des montants croissants d'erreurs définitives liées aux données déclaratives prises en compte pour les prestations

Depuis 2015, l'enquête « paiement à bon droit et fraude » de la branche famille comporte une estimation du montant des erreurs, en faveur ou au détriment des allocataires, qui affectent les prestations versées sous l'effet d'erreurs déclaratives, de nature frauduleuse ou non, qui n'ont pas été détectées et corrigées par les Caf, par la constatation d'indus ou de rappels, au cours des 24 mois qui précèdent la prescription des indus non frauduleux. À cette échéance, les erreurs deviennent définitives.

Pour les prestations versées d'octobre 2017 à mars 2018, dernière référence connue, le montant définitif au bout de 24 mois des erreurs liées aux données déclarées par les allocataires et non corrigées peut être estimé à 3,3 Md€ en année pleine, soit 4,9 % du montant des

⁶³ Faute d'avoir été prévenues ou détectées et corrigées par l'ensemble des dispositifs visant à assurer le paiement à bon droit des prestations : contrôles automatisés intégrés aux déclarations dématérialisées, contrôles intégrés aux systèmes d'information, contrôles sur pièces ou sur place sur les données déclarées par les bénéficiaires des prestations, supervisions internes aux services ordonnateurs et contrôles des agences comptables.

⁶⁴ Sur ces questions, voir Cour des comptes, *Certification des comptes du régime général de sécurité sociale pour l'exercice 2019*, mai 2020, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

prestations en valeur centrale⁶⁵. Ces erreurs définitivement non détectées correspondent pour l'essentiel (à 90 %) à des prestations indûment versées. Elles connaissent une hausse continue⁶⁶, indépendamment du fait que le montant des indus détectés et qualifiés de frauduleux augmente.

La branche famille qualifie certes en tant que frauduleux une part croissante des indus qu'elle détecte. Mais elle ne détecte pas suffisamment d'indus, frauduleux ou non, au regard des erreurs, explicites ou liées à des abstentions ou à des omissions, intentionnelles ou non, qui affectent les déclarations des allocataires.

Dans la branche famille, une hausse des indus détectés, frauduleux ou non, qui n'empêche pas celle des pertes financières définitives liées à des irrégularités, frauduleuses ou non

Entre 2015 et 2019, le montant des indus détectés et qualifiés de frauduleux a été porté de 247,9 M€ à 323,7 M€ (+75,8 M€, soit +30,6 %). Pour sa part, le montant total des indus détectés par des contrôles sur pièces et sur place *a posteriori* est passé de 690,1 M€ à 782,3 M€ (+92,2 M€, soit +13,4 %). Dès lors, les indus détectés et qualifiés de frauduleux représentent une part croissante du montant total des indus détectés par ces contrôles (41,4 % en 2019 contre 35,9 % en 2015).

Mais l'augmentation globale du montant des indus détectés, qualifiés ou non de frauduleux, ne suffit pas à empêcher celle des indus, frauduleux ou non, qui ne seront jamais détectés passé 24 mois. Entre 2015 et 2018, le montant estimé des indus (et accessoirement des rappels) ainsi définitivement perdus est passé de 2,3 Md€ à 3,3 Md€, soit 1,0 Md€ de plus. Pour empêcher cette évolution défavorable, il aurait fallu soit que les erreurs déclaratives aient été bloquées par des contrôles *a priori* beaucoup plus développés, soit qu'elles aient été beaucoup plus largement détectées *a posteriori*, par des contrôles sur pièces et sur place nettement plus nombreux.

2 - Dans l'assurance maladie, des montants sous-estimés d'erreurs définitives liées aux facturations de frais de santé et aux indemnités journalières

Selon l'estimation de la Cnam, 1 Md€ d'erreurs⁶⁷, soit 1,3 % du montant des prestations versées, ont affecté en 2019 les règlements des frais de santé facturés directement par les professionnels et les établissements de santé. Ces erreurs sont imputables aux données déclarées par ces derniers. Pour l'essentiel (à 90 %), elles correspondent à des excès de versement au détriment de l'assurance maladie.

Cette estimation ne couvre pas les séjours hospitaliers que rembourse l'assurance maladie aux établissements de santé publics et privés non lucratifs (« ex-DG »), sur le fondement d'arrêtés des ARS qui décalquent les déclarations d'activité qu'ils effectuent dans la base e-PMSI (40,6 Md€ en 2019).

Sur le champ partiel qui est le sien, l'estimation précitée n'appréhende pas les facturations d'actes, de prestations et de biens fictifs, qui correspondent à des fraudes, ni les surfacturations non directement visibles (absence de contrariété des cotations à la réglementation ou à une

⁶⁵ Le taux effectif est compris, selon une probabilité de 95 %, entre 3,8 % et 5,9 % du montant des prestations.

⁶⁶ Pour les prestations versées d'octobre 2014 à mars 2015, l'estimation des indus (et rappels) définitivement non détectés atteignait 2,3 Md€, soit 3,4 % du montant des prestations ; entre octobre 2015 et mars 2016, 2,8 Md€ et 4,2 % ; entre octobre 2016 et mars 2017, 2,9 Md€ et 4,2 %.

⁶⁷ L'incidence financière effective des erreurs est, selon une probabilité de 95 %, comprise entre 0,8 et 1,2 Md€.

prescription médicale), dont certaines sont intentionnelles et donc frauduleuses. Appréhender ces irrégularités exigerait en effet la mise en œuvre de contrôles beaucoup plus poussés sur l'échantillon de facturations retenu que ceux aujourd'hui effectués. Les facturations contraires aux refus d'entente préalable ou aux ententes préalables sous conditions accordées par le service médical ne sont pas non plus recherchées. De plus, les contrôles sur l'échantillon de dossiers ne détectent qu'une partie des erreurs qui devraient l'être.

À l'évidence, les pertes subies par l'assurance maladie du fait de facturations erronées, frauduleuses ou non, d'actes, de séjours, de prestations et de biens excèdent de loin l'estimation de la Cnam, que la composition et la taille réduite de l'échantillon (1 300 facturations contrôlées) affectent par ailleurs d'une forte volatilité⁶⁸.

Par ailleurs, en 2019, 10 % des indemnités journalières nouvellement attribuées ont comporté une erreur financière et le montant agrégé de ces erreurs s'est établi à 0,4 Md€, majoritairement (à près de 60 %) au détriment de l'assurance maladie. Il s'agit là aussi d'une estimation minimale dont la taille réduite de l'échantillon (900 dossiers) favorise la volatilité⁶⁹. Une part *a priori* minoritaire des erreurs est liée à la prise en compte de données déclaratives erronées, frauduleuses ou non. De surcroît, de multiples anomalies de portée financière, pour certaines liées à des abstentions des bénéficiaires à déclarer des changements de situation (comme la reprise anticipée du travail avant la date prévue par l'arrêt médical), affectent les indemnités versées. Elles occasionnent à l'assurance maladie des pertes supplémentaires, estimées par la Cnam, pour 2018, à 0,5 Md€ sur un champ incomplet⁷⁰.

Malgré l'intérêt que présentent ces estimations pour apprécier la portée des irrégularités de tous ordres qui affectent les deux principaux enjeux financiers de l'assurance maladie, la Cnam a indiqué ne pas être disposée à élargir la taille des échantillons et à mieux structurer les contrôles dont ils font l'objet afin de fiabiliser les estimations des typologies d'irrégularités.

3 - Dans l'ensemble des branches, une absence d'analyse de l'origine frauduleuse ou non des erreurs définitives qui affectent les prestations

Pour sa part, la Cnav établit une mesure globalement fiable de la fréquence et du montant des erreurs de portée financière qui affectent les retraites nouvellement attribuées à partir d'un contrôle expert portant sur un large échantillon représentatif (près de 9 400 dossiers pour 2019). Ces erreurs sont majoritairement au détriment des assurés (à 60 %). Pour l'essentiel, elles ont une origine interne aux caisses.

⁶⁸ La valeur centrale statistique de cet indicateur est passée de 1 Md€ en 2016 à 1,9 Md€ en 2017, puis s'est repliée à 0,5 Md€ en 2018 avant de remonter à 1 Md€ en 2019.

⁶⁹ Avant 2019, ces erreurs financières représentaient une part croissante des prestations versées (2,6 % des montants versés en 2015, 3 % en 2016, 3,1 % en 2017, 3,9 % en 2018). En 2019, cette part est revenue à 3 %.

⁷⁰ Cour des comptes, « Les indemnités journalières : des dépenses croissantes pour le risque maladie, une nécessaire maîtrise des arrêts de travail », in *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, octobre 2019*, chapitre III, p. 137-174, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

Néanmoins, la Cnav n'effectue pas de suivi particulier de la qualification des erreurs qui ont pour origine des données transmises par les assurés (par exemple au titre de bulletins de salaires produits lors des régularisations de carrières qui précèdent l'attribution de la retraite), alors qu'elles pourraient fournir des éléments d'appréciation sur certains types de fraude avérées ou suspectées.

S'agissant des erreurs détectées sur les échantillons précités de facturations de frais de santé et d'indemnités journalières (voir 2- *supra*), la Cnam ne procède pas non plus à une analyse de ce type.

La Cnaf estime le montant des fraudes aux prestations, détectées ou non, ainsi que le montant des erreurs définitives qui affectent les prestations du fait de données déclaratives erronées et non corrigées. En revanche, elle n'estime pas la part de ces erreurs définitives qui correspond à des fraudes. De ce fait, l'efficacité de la politique de contrôle mise en œuvre par la branche famille, prise dans l'ensemble de ses éléments, pour réduire le risque de fraude ne peut être pleinement appréciée.

II - Un niveau de contrôle très en deçà des risques de fraude

Au regard de l'ampleur des risques de fraude et, plus largement, d'irrégularités à caractère volontaire ou non, les contrôles effectués par les organismes sociaux sont trop peu nombreux et, de surcroît, imparfaitement répartis en fonction des enjeux géographiques.

A - Un nombre réduit de contrôles sur les assurés

1 - Des situations risquées de droits aux prestations maladie peu contrôlées

a) 165 000 contrôles auprès des assurés pour la protection maladie universelle (PUMa) au regard de plus d'un million de situations connues comme à risque

Depuis l'instauration de la protection universelle maladie (PUMa) au 1^{er} janvier 2016, le droit à une prise en charge des frais de santé par l'assurance maladie repose sur un critère d'activité professionnelle ou, à défaut, de résidence régulière et stable en France. Les personnes sans activité professionnelle, ni revenus de remplacement (retraites, pensions d'invalidité, allocations chômage), n'ont plus à solliciter le renouvellement de leurs droits. En vue de maîtriser les risques liés à ce dispositif, un référentiel de contrôle, couvrant l'ensemble des régimes d'assurance maladie, a été approuvé par les ministres chargés de la sécurité sociale et du budget⁷¹.

⁷¹ Article L.114-10-3 du code de la sécurité sociale.

Des traitements informatisés des déclarations sociales des employeurs et des croisements automatisés d'informations avec la Cnav (pensionnés d'une retraite du régime général), Pôle emploi (au titre des chômeurs indemnisés) et la Cnaf (au titre des titulaires de l'AAH et de la prestation partagée d'éducation de l'enfant⁷²) permettent d'attester la plupart des affiliations.

En outre, la Cnam adresse à la DGFIP un fichier annuel afin de tenter d'appréhender la situation des assurés pour lesquels elle ne dispose pas d'éléments justificatifs sur l'activité ou sur la résidence depuis au moins trois années. En retour, la DGFIP lui communique les personnes connues (c'est-à-dire celles ayant déclaré des revenus), celles connues mais n'ayant pu être rattachées à un foyer fiscal ou non identifiées avec certitude (du fait de données d'appariement pour partie non conformes) et celles inconnues.

Les croisements de fichiers de l'assurance maladie et de la DGFIP ainsi que, depuis 2019, du ministère de l'intérieur (fichier des étrangers), conduisent l'assurance maladie, après demande de justificatifs aux assurés, à effectuer des radiations de droits.

Néanmoins, les demandes de justificatifs concernent un nombre réduit d'assurés au regard de ceux pour lesquels les conditions du maintien des droits à une prise en charge des frais de santé par l'assurance maladie sont, pour une part indéterminée d'entre eux, susceptibles de ne pas être respectées. Ainsi, le plan annuel de contrôle 2019, engagé en fin d'année, visait uniquement les 164 400 assurés ayant consommé des soins au cours de l'année 2018 et des huit premiers mois de l'année 2019 au sein des 1,14 million d'assurés sans trace d'activité ou de résidence depuis au moins trois années, connus par la DGFIP mais non rattachés à un foyer fiscal, non identifiés avec certitude ou inconnus de cette direction ; 0,9 million de bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire étaient placés dans la même situation. Comme ceux qui l'ont précédé, ce plan de contrôle ne couvrait ainsi pas les assurés sans données fiscales avérées n'ayant pas consommé de soins.

En 2019, le plan annuel de contrôle contentieux et de lutte contre les fraudes et les activités fautives décidé par la CNAM a, pour la première fois, prévu des contrôles visant à vérifier la condition de résidence de la PUMa. Ces contrôles ont un impact très limité. En 2019, 274 contrôles ont été effectués et 72 fraudes ou fautes ont été identifiées à ce titre ; elles ont conduit à constater un préjudice subi de 9 035 € et un préjudice évité de 498 846 €.

b) Une vingtaine de milliers de contrôles pour la complémentaire santé solidaire, quelques milliers pour les autres droits à l'assurance maladie

Les plans annuels de lutte contre les fraudes et les activités fautives et abusives définis par la Cnam visent cinq autres domaines relatifs à des droits des assurés : le droit à la CMU-C, remplacée par la complémentaire santé solidaire en novembre 2019 (20 000 contrôles prévus en 2019, après 128 700 réalisés entre 2016 et 2018), le cumul d'indemnités journalières et d'une activité rémunérée pour les salariés et les micro-entrepreneurs (cible non fixée *a priori*), les ressources des titulaires de l'allocation de solidarité invalidité, minimum social de l'invalidité

⁷² La Prépare (ex-complément de libre choix d'activité) est accordée aux personnes qui cessent de travailler ou travaillent à temps partiel pour élever un enfant de moins de 3 ans (dans le cas général).

(1 250 contrôles) et l'existence des résidents à l'étranger qui perçoivent des rentes d'accidents du travail - maladies professionnelles ou des pensions d'invalidité (500 contrôles).

Fin 2018, 5,6 millions de personnes, rattachées à environ 2,8 millions de foyers⁷³, étaient couvertes par la CMU-C. Les contrôles, qui visent principalement à détecter des ressources non déclarées au titre d'une activité professionnelle non déclarée ou une absence d'isolement conduisant à modifier les ressources déclarées du foyer, visaient ainsi moins de 1 % de ces foyers en 2019.

Les contrôles sur les rentes AT-MP et les pensions d'invalidité versées à des résidents à l'étranger couvraient en 2019 1,1 % des rentes, ce pourcentage étant cependant plus élevé pour certains pays. Ceux sur l'allocation supplémentaire d'invalidité (ASI) couvraient 1,7 % des bénéficiaires de cette prestation.

*

Certes, une grande partie des assurés qui bénéficient de la PUMa sous condition de résidence ou de la complémentaire santé solidaire perçoivent des prestations de solidarité versées par les Caf ; en particulier, les titulaires du RSA sont présumés remplir les conditions de résidence et de ressources de la complémentaire santé solidaire. De ce fait, le signalement par les Caf d'une remise en cause du droit au RSA impliquera celle du droit à cette aide. En 2019, les Caf ont effectué 13 542 signalements aux CPAM, tous motifs confondus.

Il n'en reste pas moins que les périmètres de contrôle sur pièces et sur place définis par la Cnam sont très étroits au regard des enjeux de régularité des droits propres à l'assurance maladie. S'agissant de la PUMa, cette étroitesse est d'autant plus avérée que la perception d'un revenu de remplacement versé par Pôle emploi ou une déclaration de revenus, le cas échéant nuls, à la DGFIP, qui conduisent à écarter des contrôles, ne garantissent pas en eux-mêmes une résidence stable en France.

2 - Une densité limitée de contrôles sur la situation des allocataires des Caf

En 2019, les Caf ont effectué 33,4 millions de contrôles susceptibles d'entraîner le constat d'indus ou de rappels. 14,7 millions de ces contrôles ont concerné des bénéficiaires du RSA, prestation la plus fraudée. Parmi eux, 13,5 millions d'échanges automatisés avec Pôle emploi ont détecté des indus ou des rappels dans moins de 2 % des cas ; 1,1 million de contrôles sur pièces ont conduit à constater des indus et des rappels respectivement dans 17 % et 11 % des cas ; pour leur part, 94 290 contrôles sur place ont débouché sur des fréquences beaucoup plus élevées d'indus et de rappels, soit respectivement dans 56 % et 49 % des cas. Les contrôles sur place, qui permettent d'appréhender le plus largement la situation du foyer, ont ainsi couvert uniquement 5 % des foyers titulaires du RSA (1,89 million fin 2019).

⁷³ Par analogie avec le rapport entre le nombre de personnes couvertes et le nombre de foyers propre aux bénéficiaires du RSA.

3 - De rares contrôles sur les prestations de retraite, même les plus à risque

Pris globalement, les dossiers de retraite sont très peu contrôlés après que la prestation a été mise en paiement : les 7 615 contrôles effectués en 2019 par les structures de lutte contre les fraudes ont couvert en moyenne un dossier sur 1 900. Les données suivies par la Cnav ne permettent pas d'apprécier la couverture des différents types de dossiers de retraite par des actions de contrôle. En prenant pour hypothèse – la plus favorable à la branche vieillesse – que tous les contrôles auraient porté sur les prestations du minimum vieillesse, qui concentrent la plupart des préjudices détectés au titre de fraudes et de fautes, seuls 1,6 % de leurs bénéficiaires auraient été contrôlés en 2019.

B - Des contrôles limités sur les professionnels et établissements de santé

1 - Un nombre réduit de professionnels de santé contrôlés chaque année

Les programmes nationaux de contrôle contentieux définis par la Cnam visent des nombres réduits de professionnels de santé. Les actions de contrôle décidées par les CPAM de leur propre initiative et les contrôles ciblés de facturation de certaines professions décidés par l'agent comptable de la Cnam⁷⁵ étendent utilement les contrôles à un nombre plus élevé de professionnels. Au regard des informations partielles disponibles – la Cnam ne suivant pas le nombre de contrôles effectués, sous certaines exceptions (notamment les contrôles de l'application de la tarification à l'activité par les établissements de santé et les contrôles ciblés de facturation) – le périmètre des contrôles est étroit au regard d'indices concordants de risque.

Le dispositif national de pilotage de la lutte contre la fraude de la Cnam ne conserve pas en mémoire au-delà d'une année le nombre de contrôles effectués par les CPAM en application des programmes nationaux ou à leur propre initiative. **S'agissant des infirmiers libéraux, première profession pour laquelle des préjudices sont détectés dans le cadre de la lutte contre les fraudes, des éléments partiels⁷⁶ permettent d'estimer que les facturations de 4 % au plus d'entre eux (3,4 % en 2019⁷⁷) sont contrôlés chaque année, sur des périmètres et avec une profondeur variables. Or, en 2018, 8,5 % des 86 000 infirmiers libéraux ont facturé des honoraires élevés à l'assurance maladie (dépassant 150 000 €), avec de fortes disparités locales (voir C - *infra*) ; d'autres atypies alertent également (comme un nombre réduit de patients avec des montants moyens très élevés).**

⁷⁵ Depuis 2015, l'agent comptable de la Cnam prescrit la réalisation de contrôles de facturations portant sur quatre professions : infirmiers, pharmaciens, transporteurs (transporteurs sanitaires et taxis conventionnés) et masseurs kinésithérapeutes. Ces contrôles portent environ sur 500 000 factures (518 878 en 2019) émises par un nombre variable de professionnels de santé (6 523 en 2019).

⁷⁶ En particulier, le programme national de contrôle contentieux de 2018 indique qu'en application d'instructions nationales, plus de 500 infirmiers libéraux ont été contrôlés entre 2010 et 2014. Le programme national 2018 prévoyait le contrôle de 329 infirmiers libéraux. Par ailleurs, il fait état de 1 884 infirmiers contrôlés en 2015 et de 1 724 infirmiers contrôlés en 2016 en application de programmes nationaux ou d'actions décidées par les CPAM.

⁷⁷ 1 238 contrôles effectués par les CPAM à leur initiative, 79 en application du programme national de contrôle de la Cnam et, par ailleurs, 1 575 contrôles ciblés de facturation à la demande de l'agent comptable de la Cnam (portant sur 131 626 factures).

2 - 0,7 % au plus des séjours en établissement de santé contrôlés chaque année

Au titre de leur activité 2019, 1 894 établissements anciennement sous dotation globale (dits « ex-DG ») et anciennement sous objectif quantifié national (dits « ex-OQN »)⁷⁸ ont facturé à l'assurance maladie 18,9 millions de séjours de médecine, chirurgie ou obstétrique, ou MCO (10,7 millions en hospitalisation complète et 8,1 millions en hospitalisation de jour) au titre de 12,4 millions de patients. Par ailleurs, 285 établissements de HAD ont facturé en 2019 5,9 millions de journées au titre de 128 000 patients.

Sur le fondement de priorités nationales de contrôle de la tarification à l'activité (T2A) arrêtées par le ministère de la santé, à partir des propositions de l'assurance maladie et après concertation avec les trois fédérations hospitalières (établissements publics, privés lucratifs et privés non lucratifs), les directeurs généraux des agences régionales de santé (ARS) arrêtent chaque année des programmes régionaux de contrôle. De même, ils notifient aux établissements de santé les avis de contrôle, les informent des activités, prestations ou ensembles de séjours sur lesquels ils portent, la période concernée et les débouchés potentiels. Enfin, ils arrêtent le cas échéant les montants des sanctions. L'assurance maladie joue néanmoins un rôle majeur dans la programmation, la réalisation et la détermination des résultats des contrôles de l'application de la T2A (voir annexe n° 7).

Les objectifs annuels de contrôle des séjours de MCO fixés par la Cnam aux directions régionales du service médical (DRSM) portent sur 0,7 % seulement des séjours dans les établissements « ex-DG » et « ex-OQN ». Entre 2018 et 2020, l'objectif a été abaissé à 0,45 % dans l'attente de la clarification des règles de facturation des actes situés à la frontière de l'hospitalisation de jour et des consultations externes, moins rémunératrices ; les contrôles ont presque disparu sur les facturations d'hospitalisations de jour.

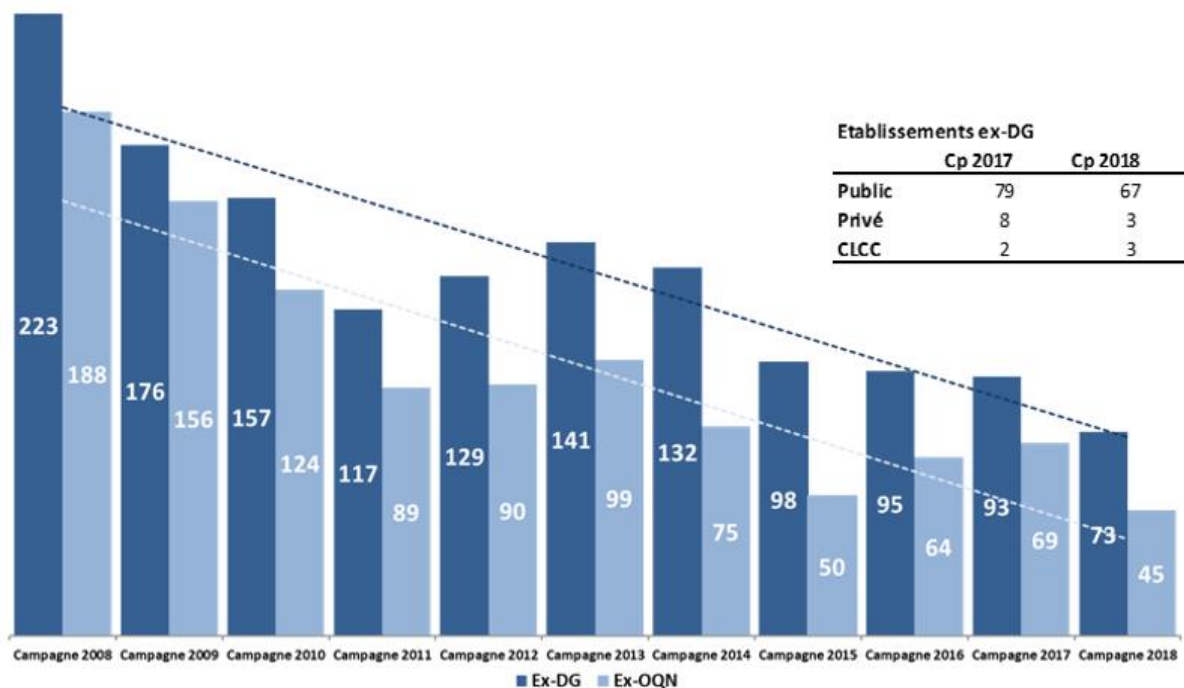
S'agissant des campagnes 2012 à 2017, dernière campagne dont les résultats sont définitifs, entre 101 000 et 111 000 séjours ont été contrôlés, soit entre 0,56 % et 0,67 % des séjours (103 177 pour la campagne 2017, soit 0,56 % des séjours). Le montant des préjudices subis que les contrôles conduisent à détecter est amoindri par la baisse continue de la fréquence moyenne des irrégularités de facturation détectées par séjour contrôlé (de 49 % à 35 % en moyenne entre les campagnes de contrôle 2008 et 2017⁷⁹). Depuis tout au moins la campagne 2015, l'augmentation continue du montant moyen des indus détectés compense l'impact de cette diminution. Au titre de la campagne 2017, il a atteint 764 € ; sous réserve du caractère provisoire des résultats, il atteindrait 1 104 € pour la campagne 2018. Cette progression reflète l'augmentation de la part des séjours avec comorbidités dans l'ensemble des séjours contrôlés.

Pour sa part, le nombre d'établissements contrôlés a chuté de 411 au titre de la campagne 2008 à 162 pour la campagne 2017 et à 118 pour la campagne 2018, soit à peine un peu plus de 6 % des établissements (voir graphique *infra*).

⁷⁸ Respectivement établissements publics et privés relevant du secteur public de tarification et établissements privés, généralement à caractère lucratif, relevant du secteur privé de tarification.

⁷⁹ De 50 % à 38 % pour les établissements « ex-DG » et de 47 % à 29 % pour les « ex-OQN ».

Graphique n° 5 : nombre d'établissements contrôlés dans le cadre des campagnes de contrôle de la T2A (campagnes 2008-2018)



Source : Cnam

C - Une répartition des contrôles parfois décalée par rapport aux enjeux

S'il ne permet pas en soi de qualifier l'intentionnalité qui caractérise la fraude, le niveau particulièrement élevé des honoraires facturés à l'assurance maladie par certains professionnels de santé suscite un doute sérieux sur la vraisemblance du nombre et de la nature des actes qui en sont à l'origine.

La Cour s'est penchée, par département, sur les actes facturés par les infirmiers libéraux, première profession de ville pour laquelle des fraudes et des fautes sont constatées.

Tableau n° 5 : des facturations anormalement élevées d'honoraires infirmiers, notamment dans certains départements (2018)

	Nombre d'infirmiers libéraux facturant à l'assurance maladie	Part des infirmiers France (en %)	Montant moyen d'honoraires facturés par infirmier (en euros)	Part des infirmiers avec honoraires > 150 000 €	Montant le plus élevé facturé par un infirmier (en euros)	Nombre moyen de coefficients AMI par acte facturé	Nombre moyen de coefficients AIS par acte facturé	Part des honoraires facturés France (en %)	Part de la population France (en %)	Part des 75 ans et plus (en %)	Part des 85 ans et plus (en %)
<i>Alpes Maritimes</i>	2 415	2,8 %	97 085	10,5 %	896 901	2,4	3,5	3,0 %	1,6 %	12,4 %	4,5 %
<i>Bouches-du-Rhône</i>	5 218	6,1 %	107 358	16,3 %	1 066 516	2,4	4,1	7,2 %	3,0 %	9,7 %	3,3 %
<i>Var</i>	2 735	3,2 %	96 584	10,3 %	383 137	2,1	3,9	3,4 %	1,6 %	12,4 %	4,1 %
<i>Hérault</i>	2 503	2,9 %	94 736	10,9 %	363 503	2,1	3,6	3,1 %	1,7 %	9,8 %	3,4 %
<i>Rhône</i>	2 320	2,7 %	75 642	3,4 %	401 823	1,8	3,7	2,3 %	2,8 %	8,2 %	2,9 %
<i>Hte-Garonne</i>	2 033	2,4 %	80 418	5,3 %	460 753	1,8	3,8	2,1 %	2,1 %	7,7 %	2,8 %
<i>Gironde</i>	2 976	3,5 %	84 522	4,3 %	951 951	2,0	3,7	3,3 %	2,4 %	8,8 %	3,2 %
<i>Loire-Atlantique</i>	967	1,1 %	73 211	3,7 %	675 582	1,6	3,5	0,9 %	2,1 %	8,3 %	2,9 %
<i>Nord</i>	3 318	3,9 %	95 212	10,9 %	623 562	1,5	3,8	4,1 %	3,9 %	7,5 %	2,6 %
<i>Bas Rhin</i>	1 408	1,6 %	94 053	8,9 %	534 326	1,7	3,5	1,7 %	1,7 %	8,7 %	2,8 %
<i>Paris</i>	1 332	1,5 %	89 660	8,2 %	437 118	2,4	4,2	1,5 %	3,3 %	7,8 %	2,8 %
<i>Essonne</i>	824	1,0 %	90 555	9,6 %	366 319	2,0	3,6	1,0 %	1,9 %	6,9 %	2,3 %
<i>Hts-de-Seine</i>	638	0,7 %	96 024	10,3 %	590 667	2,0	3,9	0,8 %	2,4 %	7,4 %	2,7 %
<i>Seine-Saint-Denis</i>	792	0,9 %	106 176	17,0 %	395 288	1,8	3,9	1,1 %	2,5 %	5,1 %	1,6 %
<i>Val-de-Marne</i>	735	0,9 %	98 250	10,6 %	506 100	1,8	3,9	0,9 %	2,1 %	7,0 %	2,5 %
<i>Val d'Oise</i>	755	0,9 %	94 677	9,5 %	361 869	1,8	3,9	0,9 %	1,8 %	5,9 %	2,0 %
<i>Seine-et-Marne</i>	992	1,2 %	88 075	5,4 %	337 773	1,8	3,9	1,2 %	2,1 %	6,2 %	2,0 %
<i>Yvelines</i>	659	0,8 %	91 337	10,3 %	670 213	1,8	3,8	0,8 %	2,2 %	7,8 %	2,5 %
<i>Guadeloupe</i>	1 046	1,2 %	117 855	25,0 %	640 490	1,5	4,1	1,6 %	0,6 %	8,3 %	2,6 %
<i>Martinique</i>	1 009	1,2 %	116 161	18,8 %	1 261 830	1,7	4,4	1,5 %	0,6 %	9,9 %	3,1 %
<i>Guyane</i>	213	0,2 %	128 065	25,4 %	493 930	1,4	3,8	0,4 %	0,4 %	1,9 %	0,5 %
La Réunion	1 678	1,9 %	131 175	30,9 %	1 073 545	1,4	3,8	2,8 %	1,3 %	4,8 %	1,2 %
<i>Mayotte</i>	118	0,1 %	135 696	29,7 %	717 253	1,2	3,4	0,2 %	0,4 %	0,9 %	0,2 %
Total France	86 089	100,0 %	89 849	8,5 %	1 261 830	1,7	3,7	100,0 %	100,0 %	9,2 %	3,2 %

AMI : actes médico-infirmiers ; AIS : actes infirmiers de soins.

Source : Cour des comptes à partir des informations communiquées par la Cnam et des données de l'Insee

Comme le montre le tableau précédent, des montants aberrants d'honoraires facturés à l'assurance maladie par des infirmiers libéraux peuvent être constatés pour toutes les CPAM. Pour 2018, le montant le plus élevé d'honoraires facturé par un infirmier libéral, observé au niveau national, atteignait 1 261 830 €.

Plusieurs départements conjuguent de surcroît un montant moyen d'honoraires bien plus élevé que la moyenne nationale et une part importante d'infirmiers percevant des honoraires particulièrement élevés. Ces situations ne sont pas corrélées aux facteurs objectifs que constituent la démographie globale des départements et, spécifiquement, la part des personnes âgées et très âgées, qui constitue un facteur prédictif fort d'affections de longue durée requérant une prise en charge récurrente et souvent lourde. Sans s'y limiter, elles se concentrent sur les départements du pourtour méditerranéen, dans certains DOM et en Seine-Saint-Denis. Dans certains départements, le montant moyen élevé des honoraires accompagne une densité elle-même élevée d'infirmiers, comme si le niveau individuel des honoraires compensait – ou surcompensait, en fait – l'impact logiquement défavorable sur les montants moyens d'honoraires par infirmier de l'offre abondante de soins au regard du nombre de patients.

Étant appliqués caisse par caisse, et non pas dans le cadre national, les critères de sélection des 329 infirmiers à contrôler du programme national de contrôle de la Cnam de 2018⁸⁰ avalisent les disparités géographiques des niveaux de facturation. Ainsi, l'objectif fixé à la CPAM des Bouches-du-Rhône (20 contrôles) est suivi de près par ceux des CPAM du Rhône (14) et de la Gironde (13), qui présentent des niveaux de risque plus faibles (voir tableau *supra*). De fait, le programme national cible insuffisamment les foyers géographiques de la fraude.

Pour apprécier l'adéquation des contrôles aux risques sur le plan territorial, il convient aussi de prendre en compte les contrôles ciblés de facturation décidés par l'agent comptable de la Cnam, ainsi que les contrôles décidés par les CPAM de leur propre initiative. Au total, la CPAM des Bouches-du-Rhône a contrôlé sur place 25 infirmiers en 2017, 22 en 2018 et 28 en 2019 dans le cadre du programme national ou à sa propre initiative, avec des résultats qui attestent l'existence d'un lien de causalité entre niveau très élevé d'honoraires et fraude. En outre, elle a effectué chacune de ces années 18 contrôles ciblés de facturation, moins poussés. Au total, elle contrôle moins de 1 % des infirmiers chaque année. De surcroît, la baisse du nombre de médecins conseils de l'échelon local du service médical (au nombre de trois au moment de l'intervention de la Cour) limite les possibilités d'investigation de la réalité des actes médico-infirmiers, malgré le concours d'infirmiers conseils. Au total, le nombre et la profondeur des contrôles sont très insuffisants pour une caisse qui finançait en 2019 un montant moyen de dépenses de soins infirmiers par assuré 2,6 fois supérieur à la moyenne nationale.

⁸⁰ Montant total remboursable et montant remboursable moyen par patient, hors indemnités kilométriques et de déplacement, augmentés d'un nombre variable d'écarts types.

En 2018, la CPAM des Bouches-du-Rhône décomptait 30,8 ETP affectés à la lutte contre les fraudes (2^{ème} rang au plan national après celle de Paris, qui indiquait 37,9 ETP). Ce niveau est néanmoins faible au regard de celui d'autres CPAM de province dont le poids financier et les indices de risques de fraude sont beaucoup plus limités⁸¹, d'autant que d'autres professions que les infirmiers – comme les transporteurs sanitaires et les taxis conventionnés⁸² – présentent elles aussi des risques particuliers.

Pour plusieurs départements, dont celui des Bouches-du-Rhône, l'ampleur des risques de fraude justifierait une forte augmentation du nombre annuel de dossiers contrôlés, permise par l'affectation par la Cnam à cette mission de ressources supplémentaires, en personnels administratifs et médicaux.

III - Des marges d'efficience incomplètement mobilisées

S'ils sont dépassés, les objectifs fixés en matière de lutte contre les fraudes manquent souvent d'ambition et sont imparfaitement relayés auprès des structures locales. Alors que l'impact financier véritable de la détection de préjudices subis au titre de fraudes correspond aux montants de créances recouverts à ce titre, les organismes sociaux sont inégalement performants dans ce domaine.

A - Des objectifs de détection de préjudices inégalement ambitieux

1 - Sauf pour la branche famille, des objectifs nationaux qui consolident, plutôt qu'ils n'impulsent les résultats obtenus

Depuis 1996, des conventions d'objectifs et de gestion (Cog) négociées par les branches du régime général de sécurité sociale avec les administrations de l'État qui en assurent la tutelle (directions de la sécurité sociale et du budget) leur assignent des objectifs opérationnels à atteindre et des plafonds d'effectifs et de dépenses de gestion administrative.

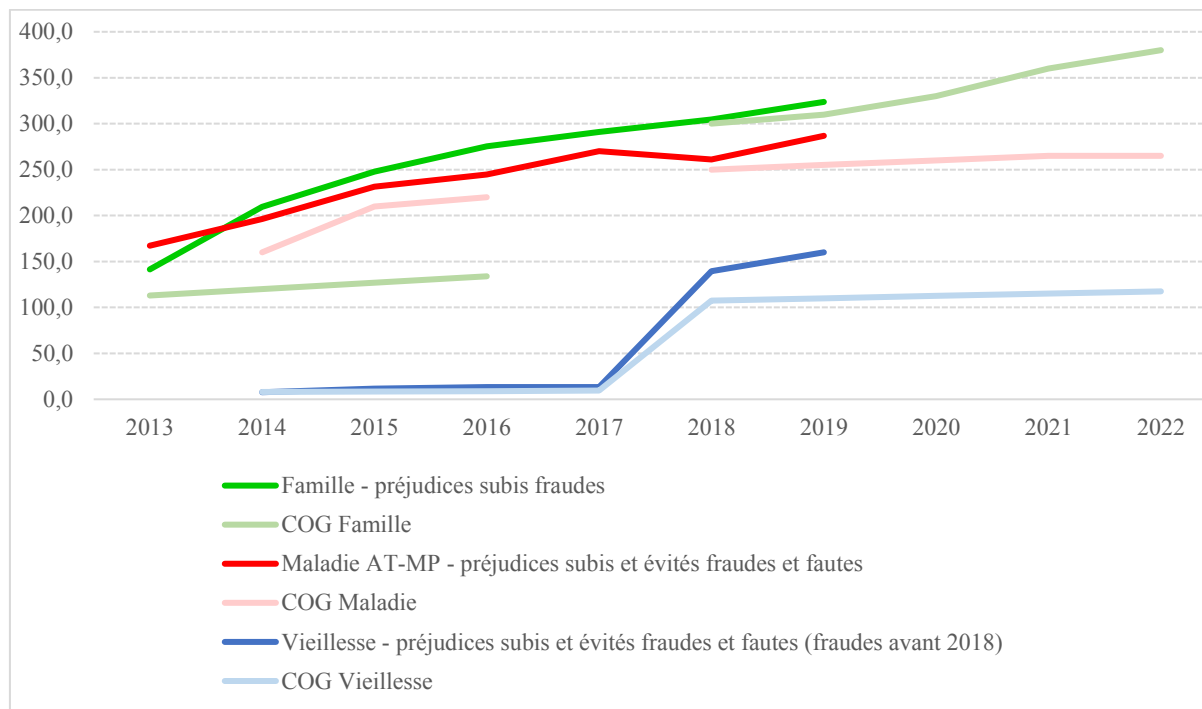
Après un délai important, les Cog des branches du régime général ont fixé des objectifs de détection de préjudices au titre de fraudes, d'abord pour l'assurance maladie (à partir de 2010), puis également pour les branches famille (depuis 2013) et vieillesse (depuis 2014).

Les branches du régime général dépassent, parfois très amplement, ces objectifs, comme le montre le graphique ci-après.

⁸¹ À titre de comparaison, pour 2018, les CPAM de la Loire-Atlantique et des Côtes d'Armor ont respectivement versé de l'ordre de 40 % et de 20 % du montant des prestations de celle des Bouches-du-Rhône. Les infirmiers de la Loire-Atlantique et des Côtes d'Armor ayant facturé plus de 150 000 € d'honoraires (au nombre de 36 et de 28, soit 3,7 % et 3,2 % du nombre total d'infirmiers) représentaient seulement 4 % et 3 % de ceux ayant fait de même dans les Bouches-du-Rhône (au nombre de 849, soit 16,3 % du total). Les CPAM de la Loire-Atlantique et des Côtes d'Armor indiquent avoir respectivement consacré 23,0 et 12,7 ETP à la lutte contre les fraudes, soit l'équivalent de 75 % et de 41 % des ETP déclarés à ce même titre par la CPAM des Bouches-du-Rhône.

⁸² Cour des comptes, « Les transports programmés dans les secteurs sanitaire et médico-social : des enjeux à mieux reconnaître, une régulation à reconstruire », in *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, octobre 2019*, chapitre VI, p. 249-284, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

Graphique n° 6 : des montants de préjudices détectés qui dépassent les objectifs fixés par les Cog famille, maladie et vieillesse (2013/2014-2019), en M€



Note : les Cog Famille et Maladie présentent une rupture de données en 2017.

Sources : Cour des comptes d'après les Cog et les informations communiquées par la Cnaf, la Cnam et la Cnav

Le manque d'ambition de certaines Cog facilite le dépassement des objectifs qu'elles ont fixés.

Pour la période en cours, la Cog 2018-2022 de l'assurance maladie a fixé des objectifs très limités de hausse des préjudices détectés durant ses cinq années d'application (+3 M€, soit +1,5 % pour les préjudices subis et +12 M€, soit +24 % pour ceux évités, soit +6 % au global). Ces progressions sont nettement inférieures à celles des dépenses de prestations entrant dans le champ de l'Ondam : selon la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018, celle-ci devait atteindre 9,7 % en cumul entre 2018 et 2022. Dans ces conditions, l'objectif de préjudices subis détectés fixé pour 2022 (203 M€) a été dépassé dès 2018 ; les objectifs de préjudices évités ont par ailleurs été atteints en 2018 et en 2019, mais cela n'est pas encore le cas de celui pour 2022 (62 M€).

Dès 2018, la branche vieillesse a largement dépassé les cibles fixées pour 2022 par la Cog 2018-2022 (soit 19,5 M€ d'indus constatés et 98 M€ de préjudices évités en 2022, soit +11,4 % et +8,9 % par rapport aux objectifs 2018).

Contrairement à celles de l'assurance maladie et de la branche vieillesse, la Cog 2018-2022 de la branche famille fixe en revanche des objectifs volontaristes. Ainsi, le montant des préjudices subis détectés au titre de fraudes doit atteindre 380 M€ en 2022, soit une hausse (+80 M€ ou +26,7 % par rapport à 2018) qui dépasse nettement, selon toute vraisemblance, celle des dépenses de prestations versées par les Caf.

Pôle emploi connaît une situation différente de celle des branches de sécurité sociale. Les conventions tripartites avec l'État et l'Unédic ne lui fixent pas d'objectifs chiffrés. Des plans annuels internes arrêtent néanmoins des objectifs d'augmentation du montant des préjudices détectés par rapport aux résultats obtenus l'année précédente. Depuis 2017, une cible spécifique porte sur la part des préjudices évités (40 % du total). L'objectif 2019 (+3,5 % par rapport au résultat 2018) n'a pas été atteint (212 M€ de préjudices subis et évités contre 213,6 M€ prévus).

2 - Sauf pour la famille, des objectifs locaux de fraudes à détecter peu pertinents

C'est seulement dans la branche famille que les objectifs de fraudes à détecter par les structures locales sont fixés en fonction d'une appréciation des risques de fraude propres aux prestations dont elles assurent la gestion.

a) Pour les Caf, des objectifs fonction d'une estimation des risques de fraude

Chaque année, la Cnaf fixe à chaque Caf un nombre minimal de fraudes à qualifier, qui correspond à un pourcentage du nombre de dossiers cotés comme particulièrement à risque par le modèle de *datamining* en vigueur. Le niveau de l'objectif de chaque Caf est ainsi fonction, dans son principe, du niveau relatif de risque propre aux caractéristiques de son portefeuille d'allocataires. La fixation de l'objectif en nombre, et non en montant de fraudes, vise à favoriser une large détection de fraudes, par opposition à un nombre réduit de fraudes détectées comportant des montants moyens plus élevés.

Le nombre de Caf n'atteignant pas l'objectif annuel s'est continûment réduit. Une dizaine éprouvent cependant des difficultés durables à le réaliser ; l'une d'elles (Guadeloupe) qualifie de moins en moins de fraudes parmi les indus qu'elle détecte.

b) Pour les caisses maladie et de retraite, des objectifs calés sur la charge de travail

En 2019, les CPAM ont, au global, dépassé les objectifs de préjudices subis (171,7 M€ au regard de 163,9 M€) comme évités (44,4 M€ au regard de 35,6 M€) qui leur étaient fixés.

Depuis 2017, les objectifs fixés aux CPAM⁸³ ont évolué dans le sens d'une différenciation croissante entre caisses. Mais celle-ci repose sur un critère usuel de charge de travail des caisses – le nombre de bénéficiaires consommateurs pondérés⁸⁴, utilisé pour répartir entre elles les plafonds d'emplois et de dépenses de gestion administrative fixés par les Cog. Elle ne tient pas compte du degré variable des risques de fraude auquel elles sont exposées du fait des caractéristiques de l'activité des différentes catégories de professionnels de santé.

La Cnav retient quant à elle un critère fruste pour répartir entre les caisses de retraite les objectifs de préjudices détectés fixés par les Cog : avant 2018, le montant des prestations de retraite versées ; depuis lors le nombre de pensionnés. Cette méthode ne tient compte ni de la

⁸³ Qui répartissent les objectifs des COG, sous deux exceptions : le contrôle de l'application de la T2A et le programme national de contrôle de la chirurgie esthétique, exclusivement mis en œuvre par le service médical.

⁸⁴ Le nombre de BCP de chaque caisse est déterminé en prenant en compte le nombre d'assurés ayant consommé des soins de ville standardisés par classe d'âge (65 %), le taux de population active (10 %), qui impacte les arrêts de travail, le nombre de bénéficiaires de dispositifs de solidarité (complémentaire santé solidaire et AME, soit 10 %) et la densité médicale (15 %).

disparité des risques de fraude en fonction des caractéristiques des prestations propres à chaque caisse, ni des marges variables de progression de leurs résultats. Celles-ci ne donnent pas lieu à un dialogue de gestion avec la Cnav.

Sauf exception, les caisses de retraite ont dépassé en 2018 et en 2019, parfois amplement, les objectifs de préjudices évités et, dans une moindre mesure, d'indus constatés au titre de fraudes et de fautes. Compte tenu du dépassement dès 2018 de l'objectif fixé par la Cog pour 2022, la Cnav a majoré de 10 % pour 2020 les objectifs fixés aux caisses au-delà de celui de la Cog. Néanmoins, l'objectif de préjudices évités restait fixé un quart en deçà du résultat 2019 (soit près de 34 M€ en moins).

c) Pour les directions locales de Pôle emploi, des objectifs calés sur les résultats obtenus

Pôle emploi ne fixe pas à ses directions régionales d'objectifs de détection de montants de préjudices subis et évités, mais des repères indicatifs correspondant à l'application d'un taux uniforme d'augmentation aux montants détectés au cours de l'année précédente. Cette méthode consolide les résultats obtenus par chaque direction, sans tenir compte des marges de progrès différenciées qui peuvent exister dans l'organisation et les méthodes de détection des fraudes.

B - Des objectifs quantitatifs de contrôles et de productivité inégalement contraignants et réalisés

1 - Des objectifs fixés uniquement aux Caf et, dans une moindre mesure, aux CPAM

La Cnaf fixe aux Caf des objectifs quantitatifs de contrôles sur pièces qui tendent à l'exhaustivité sur les dossiers pour lesquels ont été automatiquement détectées des incohérences des données relatives aux ressources et à l'activité déclarées par les allocataires (contrôles RAC). En outre, elle fixe des objectifs nationaux de contrôles sur pièces (hors RAC) et de contrôles sur place, qui correspondent à un pourcentage des dossiers comportant un score élevé de risque, tel que déterminé par le modèle de *datamining* en vigueur, et les répartit entre les Caf en fonction de ce même score de risque. Ainsi, plus une Caf a un nombre élevé de dossiers cotés à risque, plus le nombre de contrôles sur pièces (hors RAC) et de contrôles sur place qu'elle doit effectuer est lui-même élevé⁸⁵.

De plus, la Cnaf fixe un objectif de 300 rapports de contrôle sur place par an par agent agréé et assermenté ; au bout de 12 mois de formation, les nouveaux recrutés doivent l'atteindre.

Les CPAM ont plus de latitude que les Caf. En effet, une partie de leurs actions de contrôle relève de leur propre initiative. Elles en modulent l'étendue afin d'assurer de manière prioritaire la réalisation des programmes nationaux de contrôle contentieux définis par la Cnam, dont la mise en œuvre revêt pour elles un caractère obligatoire.

⁸⁵ L'objectif de contrôle sur pièces porte sur les dossiers sélectionnés par le *datamining*. Celui des contrôles sur place peut être réalisé par le contrôle de dossiers sélectionnés par le *datamining*, de dossiers signalés par des gestionnaires conseil allocataires et par des partenaires administratifs (ou par des dénonciations de particuliers) et, de manière aujourd'hui marginale, de dossiers issus de critères locaux de sélection.

Dans le plan annuel 2019 de contrôle contentieux et de lutte contre les fraudes et les pratiques fautives, la Cnam mentionnait des repères indicatifs pour la réalisation des contrôles⁸⁶. Dans le référentiel national du processus « fraudes », diffusé fin 2019, elle a défini des objectifs relatifs au taux de réalisation des investigations et au montant de préjudice subi et évité par ETP des structures « fraudes » des CPAM, que ces dernières doivent réaliser. En revanche, contrairement à la Cnaf, elle laisse les caisses locales fixer à leur niveau les objectifs de productivité par agent. Dans le cadre du processus « fraudes », le suivi des compétences des agents a un caractère facultatif pour les CPAM, alors que la productivité et les résultats des agents en dépendent.

Des trois caisses nationales du régime général, la Cnav est la moins contraignante. En effet, elle n'a pas fixé de repère, même indicatif, quant au nombre de dossiers à contrôler par caisse ou par agent ou de temps de contrôle à consacrer aux différents types de dossiers. Elle estime que la fixation d'objectifs de productivité pourrait favoriser la réalisation de contrôles rapides, au détriment des objectifs financiers. Le relèvement des objectifs financiers, aujourd'hui trop faibles par rapport aux résultats 2018 et 2019 (voir *supra*), permettrait pourtant de maîtriser ce risque. De manière générale, elle soutient moins bien les activités de lutte contre les fraudes des caisses locales que la Cnaf ou la Cnam (voir annexe n° 8).

2 - Une atteinte incomplète des objectifs qui a un coût notable

Dans la branche famille, l'objectif quantitatif de contrôles sur pièces sélectionnés par le *datamining* à effectuer a été atteint à 100 % au plan national en 2019 (comme en 2018), malgré sa non-réalisation par certaines Caf, notamment de grande taille⁸⁷. Celui des contrôles sur pièces de cohérence des ressources et de l'activité professionnelle (RAC) annuels, qui détectent les montants totaux d'indus (et de rappels) les plus élevés, a pratiquement été atteint (comme en 2018), toutes les caisses l'ayant réalisé au moins à 95 %. En revanche, l'objectif de contrôles sur pièces RAC trimestriels n'a été réalisé qu'à 79 % (85 % en 2018) : aucune Caf n'a contrôlé tous les RAC trimestriels et près de 4 Caf sur 10 en ont contrôlé moins de 80 %.

Au-delà de tensions avec l'écoulement de la production, une question d'efficience des organisations locales est posée en matière de contrôles sur pièces. Au vu des compétences pour partie distinctes de celles liées à la gestion courante des dossiers que requièrent ces contrôles, la Cnaf préconise la constitution d'équipes spécialisées, physiques ou virtuelles. Les Caf suivent cette consigne pour les contrôles sur pièces sélectionnés par le *datamining*, mais ne sont que 8 sur 10 à le faire pour les contrôles RAC annuels et 4 sur 10 pour les RAC trimestriels.

En outre, l'objectif relatif aux contrôles sur place, qui conduisent à détecter les montants unitaires indus (et de rappels) les plus élevés, n'a, à nouveau, été réalisé qu'à hauteur de 85 % en moyenne (comme en 2018), certaines caisses de grande taille⁸⁸ affichant de faibles niveaux. Entre 2014 (moyenne annuelle) et 2019 (dernier trimestre), le nombre de rapports clos par un

⁸⁶ Six jours / homme pour les dossiers traités exclusivement par les CPAM ; 34 jours / homme pour ceux, plus complexes, traités conjointement avec le service médical ; 28 jours / homme pour les dossiers dans lesquels le service médical intervient de manière très prépondérante ou exclusive.

⁸⁷ Certaines Caf de l'Île-de-France et celle des Bouches-du-Rhône.

⁸⁸ La plupart des Caf de l'Île-de-France et des DOM et celles des Alpes maritimes, du Rhône et du Var.

agent agréé et assermenté est passé en moyenne de 309 à 280⁸⁹ (-9,4 %) ; alors que la cible a été abaissée (elle était de 330 rapports en 2013), elle est de moins en moins atteinte. Les actions d'accompagnement des managers des contrôleurs que déploie la Cnaf ne produisent pas les effets qu'elle en attend.

Selon l'estimation de la Cour, au regard des montants moyens d'indus et de rappels détectés par ces types de contrôles, la non réalisation en 2019 de l'objectif de contrôles sur place a entraîné l'absence de détection de 55 M€ d'indus (et de 13 M€ de rappels) ; celle de l'objectif de contrôles RAC trimestriels de 39 M€ d'indus (et de 22 M€ de rappels)⁹⁰. Si les objectifs avaient été réalisés, une partie des indus détectés auraient été qualifiés de frauduleux.

Dans les caisses métropolitaines de la branche vieillesse, qui ne fixe pas d'objectifs de nombre de contrôles et de productivité, le nombre moyen de contrôle par agent allait en 2018 de 1 à près de 4, la fréquence des dossiers de retraite contrôlés de 1 à 3 et le taux moyen de détection de fraudes et de fautes par contrôle effectué de 1 à plus de 3. Si toutes les caisses de retraite avaient été aussi productives que celle de Nord-Picardie (162 contrôles en moyenne par agent au lieu de 94 en moyenne nationale), la branche vieillesse aurait détecté en 2019 39,3 M€ d'indus (au lieu de 22,8 M€) et 236,4 M€ de préjudices évités (au lieu de 137,2 M€) au titre de fraudes et de fautes, soit près de deux fois plus⁹¹.

Pour leur part, les CPAM effectuent certes la totalité des contrôles prévus par les programmes nationaux de contrôle contentieux définis par la Cnam, mais c'est souvent au prix d'un allongement de leurs délais de réalisation et d'une réduction de leurs propres objectifs. Les données sur ce point font défaut, la Cnam ne suivant pas le nombre de contrôles effectués, sauf exception, mais uniquement celui des contrôles donnant lieu à détection de préjudices.

Depuis 2012, les directions régionales du service médical (DRSM) contrôlent chaque année entre 101 000 et 111 000 séjours en établissement de santé tarifés à la T2A, sans toujours atteindre l'objectif qui leur est fixé (0,7 % du nombre total de séjours, abaissé à 0,45 % entre 2018 et 2020 dans l'attente de la clarification des règles de facturation des soins situés à la frontière des hospitalisations de jour et des actes et consultations externes). Elles peinent par ailleurs à réaliser ceux des analyses d'activité des professionnels de santé (616 analyses en 2019, pour 642 prévues⁹²). L'impact financier de cette réalisation incomplète ne peut être apprécié. L'objectif doit augmenter d'ici 2022 (à 738 analyses).

C - Une récupération variable des créances liées à des fraudes

S'agissant des préjudices subis, les résultats financiers de la lutte contre les fraudes ne correspondent pas aux montants de préjudices détectés, ou aux créances mises en recouvrement, mais aux sommes encaissées à ce titre. Pour une majorité d'organismes, le recouvrement des créances liées à des fraudes pâtit d'un manque d'affirmation de cet objectif ou d'un outillage informatique inadapté, qui n'est pas propre à cette nature particulière de créances.

⁸⁹ En 2019, le temps moyen de réalisation d'un contrôle était de 4,02 mois, dont 0,78 mois de liquidation.

⁹⁰ En prenant pour hypothèse que tous les contrôles supplémentaires auraient porté sur les déclarations trimestrielles de ressources des titulaires du RSA, prestation la plus fraudée.

⁹¹ En appliquant les montants nationaux moyens d'indus constatés et de préjudice évité au nombre de contrôles qui aurait résulté d'une productivité des agents de la branche aussi élevée que ceux de la caisse Nord Picardie.

⁹² Cette sous-réalisation est concentrée sur trois régions : PACA, Normandie et Alsace-Moselle.

1 - Des objectifs qui ne couvrent pas encore tous les organismes sociaux

Les Cog des branches du régime général avec l'État ont tardé à fixer des objectifs de recouvrement des indus liés à des fraudes. Celle de la branche vieillesse ne le fait toujours pas.

S'agissant de la branche famille, la fixation d'objectifs chiffrés de recouvrement des indus frauduleux remonte à la Cog 2013-2017. La Cog 2018-2022 fixe un objectif de légère progression du taux de recouvrement⁹³ à 48 mois des indus frauduleux (62,3 % en 2022 contre 60,3 % en 2018). La Cnaf relaie cet objectif auprès de l'ensemble des Caf.

En application de la Cog 2018-2022, l'assurance maladie est enfin⁹⁴ dotée d'objectifs de recouvrement des indus liés à des fraudes ou à des fautes : le taux de recouvrement des indus correspondants, apprécié sur 48 mois, doit être porté de 52,73 % en 2017 à 57,73 % en 2022, soit une augmentation de 5 points au cours de ses cinq années d'application. Toutefois, en dehors d'un objectif de recouvrement intégral des indus issus du contrôle de l'application de la T2A, la Cnam ne relaie l'objectif Cog qu'auprès des CPAM ayant les résultats les plus dégradés (26 en 2019), par un indicateur d'intéressement de leurs directeurs. L'indicateur suivi par l'assurance maladie est moins strict que celui de la branche famille⁹⁵.

Sur des enjeux financiers certes moins élevés, la branche vieillesse a suivi une trajectoire régressive. La Cog 2018-2022 entérine l'inapplication par la Cnav des engagements pris depuis 2010 sous les conventions précédentes : elle ne prévoit plus la fixation d'objectifs chiffrés de recouvrement des indus liés ou non à des fraudes. Compte tenu d'autres chantiers, le système d'information n'a pas été adapté afin d'extraire les données nécessaires au calcul d'un indicateur de recouvrement (notamment la date de notification des indus). La branche vieillesse suit un indicateur fruste : le taux de résorption des indus (frauduleux et non frauduleux), qui rapporte le montant des indus recouverts au cours d'une année (dont la plupart sont nés au cours de précédentes années) à celui des indus constatés dans la même année.

Jusqu'à récemment, les conventions tripartites entre l'État, l'Unédic et Pôle emploi n'abordaient pas le recouvrement des indus liés à des fraudes, non plus d'ailleurs que celui des indus pris dans leur ensemble par Pôle emploi. La convention 2019-2022 prévoit que les bilans semestriels et annuels du plan annuel de prévention et de lutte contre la fraude fournissent une analyse des actions de recouvrement des indus frauduleux. Au premier trimestre 2020, préalablement aux interrogations de la Cour, Pôle emploi n'effectuait pas de suivi particulier du recouvrement des indus liés à des fraudes. *A fortiori*, il n'avait pas fixé d'objectif chiffré.

⁹³ Le taux suivi par la Cnaf neutralise l'incidence des annulations de créances, d'éventuelles remises de dettes à tort (s'agissant d'indus frauduleux), des admissions en non-valeur et des transferts de créances de RSA aux départements : la compétence des Caf pour recouvrer des créances de RSA s'interrompt quand elles ne peuvent plus les récupérer sur d'autres prestations.

⁹⁴ Les COG 2010-2013 et 2014-2017 l'avaient prévu, mais l'indicateur correspondant n'avait pas été établi.

⁹⁵ Le taux suivi par la Cnam ne neutralise pas l'incidence des annulations de créances.

2 - Des résultats hétérogènes et souvent insuffisants

Les caisses de sécurité sociale peuvent récupérer les indus liés ou non à des fraudes sur les prestations versées aux assurés et allocataires et auprès des professionnels et établissements de santé en tiers payant. En cas d'échec du recouvrement amiable, elles peuvent engager des procédures de recouvrement forcé : lettre de mise en demeure, suivie en cas d'échec de l'émission d'une contrainte puis d'éventuelles saisies sur des actifs financiers ou physiques.

Les indus frauduleux restant des créances chirographaires⁹⁶, les caisses ne bénéficient pas, sur les biens du débiteur, des privilèges des Urssaf pour le recouvrement des prélèvements sociaux⁹⁷ ou du Trésor public en matière fiscale. Cette différence de traitement apparaît injustifiée pour les fraudes importantes. À droit constant, il convient d'améliorer le recouvrement des créances liées à des fraudes, en mettant à niveau les outils, les procédures et le pilotage de cette activité.

Avec 64,3 % de créances frauduleuses recouvrées à 48 mois, contre 61,5 % en 2018 et 60,3 % en 2017, la branche famille a dépassé en 2019 l'objectif Cog pour 2022. Trois évolutions ont amélioré l'efficacité du recouvrement par les Caf des indus, frauduleux comme non frauduleux : la fongibilité quasi-complète (mise en place entre 1999 et 2010) des prestations sur lesquelles les Caf peuvent opérer des retenues, quel qu'en soit le financeur (la branche, l'État ou les départements) ; l'attribution du recouvrement des indus à un responsable unique au niveau national comme local – l'agent comptable (généralisée entre 2015 et fin 2016) ; la formalisation (2015) d'un référentiel de gestion des créances, doté de procédures de mieux en mieux outillées sur le plan informatique.

Néanmoins, le taux de recouvrement financier à 48 mois des indus frauduleux présente toujours de fortes disparités entre Caf (il allait de 41,3 % à 82,6 % au 31 décembre 2019 pour les indus constatés entre février 2015 et janvier 2016).

Dans l'assurance maladie, le taux de recouvrement à 48 mois des indus liés à des fraudes et à des fautes détectées s'élève à 60 % en 2019, contre 59,8 % en 2018 et dépasse pour la deuxième année consécutive l'objectif Cog. Ce taux global est toutefois très hétérogène selon les caisses⁹⁹ et les différentes catégories de débiteurs : s'il s'inscrit à un niveau élevé pour les établissements de santé et les Ehpad (à 86,9 % et 98,2 % en 2019, respectivement), il est en revanche beaucoup plus faible pour les professionnels libéraux et les assurés (41,3 %). Pour ces deux dernières catégories de débiteurs, suivies globalement, il ne marque pas d'amélioration.

Depuis fin 2018, la Cnam a progressivement généralisé dans les caisses de son réseau la constitution de pôles de recouvrement des créances, placés sous la responsabilité de l'agent comptable par délégation du directeur, comme la Cnaf trois ans plus tôt. En outre, elle a amélioré le soutien qu'elle leur apporte dans l'exercice de leur mission de recouvrement des créances (guides, formations). Toutefois, la gestion des créances demeure obérée par l'obsolescence des outils informatiques, qui sont dépourvus de certaines fonctionnalités élémentaires. Faute d'investir dans ce domaine, la Cnam laisse les caisses mettre en œuvre leurs

⁹⁶ Un créancier chirographaire est un créancier ne disposant d'aucune sûreté particulière (par opposition aux créanciers privilégiés).

⁹⁷ Article L. 243-4 du code de la sécurité sociale.

⁹⁹ 91,6 % à la CPAM de la Sarthe et 84,4 % à celle de Paris, mais 34,9 % pour le Var et 8,65 % pour le Rhône.

propres outils. Le déploiement d'un système d'information performant de la gestion des créances est une condition indispensable à l'amélioration du recouvrement des créances liées à des fraudes et à des fautes.

Comme souligné, la branche vieillesse suit un indicateur fruste, le taux de résorption des indus liés à des fraudes et à des fautes. Il atteindrait 79 % en 2019 (80 % en 2018). Sous réserve de son manque de fiabilité, l'indicateur de recouvrement à 18 mois, un temps suivi par la branche vieillesse, faisait apparaître une dégradation (25,3 % pour 2016, après 40,5 % pour 2015 et 43 % pour 2014) et une grande disparité entre les caisses de retraite.

À Pôle emploi, le recouvrement des indus frauduleux ne faisait pas l'objet d'un suivi spécifique préalablement à l'enquête de la Cour. Début février 2020, soit au bout de 72 mois, 57 % des indus constatés en 2013 avaient été recouvrés. Pour sa part, le taux de recouvrement des indus constatés en 2015, soit au bout de 48 mois, atteignait 45 %. Ce niveau est plus faible que celui de la branche famille (d'autant que l'incidence des admissions en non-valeur n'est pas neutralisée).

CONCLUSION ET RECOMMANDATION

Si les préjudices détectés au titre de fraudes augmentent, cette évolution favorable ne conduit pas à faire reculer la fraude aux prestations sociales de manière avérée, soit que le montant des préjudices détectés ne puisse être rapporté à un montant estimé de fraude, soit qu'il n'en représente qu'une part réduite. De surcroît, l'augmentation des préjudices détectés au titre de fraudes n'empêche pas la hausse des erreurs qui affectent de manière définitive les prestations versées au détriment des finances publiques, du fait de la prise en compte de déclarations erronées – pour certaines intentionnelles – des bénéficiaires des prestations. En outre, les actions de contrôle mises en œuvre sont globalement insuffisantes au regard de l'ampleur des risques de fraude. Enfin, la progression des montants de préjudices détectés ne doit pas occulter la permanence de marges d'efficience à mobiliser.

Ces appréciations doivent cependant être différenciées entre les différentes branches de sécurité sociale et Pôle emploi, dont le niveau d'engagement et les performances obtenues dans la lutte contre les fraudes font apparaître de sensibles différences.

Ainsi, seule la branche famille estime à l'heure actuelle la fraude aux prestations sociales. L'estimation annuelle à laquelle procède la Cnaf reflète de mieux en mieux l'ampleur de ce phénomène, sans cependant être encore exhaustive. En 2018, la fraude aux prestations versées par les Caf aurait atteint 2,3 Md€ (soit 3,2 % des prestations versées par les Caf). Elle se concentre sur le RSA, la prime d'activité et les aides au logement. Seules 13 % des sommes versées au titre de fraudes donneraient lieu à la constatation d'indus qualifiés de frauduleux, sachant cependant qu'un montant non-estimé d'indus frauduleux est détecté sans recevoir cette qualification.

C'est à la branche famille que les pouvoirs publics ont, dans le cadre de la convention d'objectifs et de gestion (Cog) pour 2018-2022, fixé les objectifs les plus ambitieux d'augmentation des préjudices détectés au titre de fraudes. Ceux fixés à l'assurance maladie, nettement inférieurs à l'évolution prévisible des dépenses de prestations, sont dépassés. Ceux de la branche vieillesse sont encore plus nettement distancés. Une fois passées les conséquences de la crise sanitaire sur l'activité des organismes sociaux, il conviendrait donc de relever les objectifs de détection de fraudes (et de fautes) fixés par l'État à l'assurance maladie et à la branche vieillesse.

C'est par ailleurs au sein de la branche famille que les objectifs de la Cog sont relayés le plus fermement auprès des structures locales, par la fixation d'objectifs de résultat (nombre de préjudices à détecter) et de moyens (volume des contrôles à effectuer) portant sur l'ensemble des types de contrôles. Ces objectifs sont déterminés en fonction d'une estimation du niveau de risque propre aux caractéristiques de leur activité, par opposition à la charge de travail liée à la gestion des prestations (comme c'est le cas pour l'assurance maladie et la branche vieillesse) ou aux résultats déjà obtenus (Pôle emploi).

Enfin, c'est la branche famille qui a structuré le plus efficacement le recouvrement des créances liées à des préjudices subis détectés. Pour l'assurance maladie comme pour la branche vieillesse, une mise à niveau des outils informatiques servant à gérer les créances d'indus frauduleux (comme des indus non frauduleux) est indispensable à l'amélioration de leur recouvrement. La mise en œuvre par Pôle emploi d'un suivi particulier du recouvrement des créances d'indus liés à des fraudes a été directement suscitée par l'enquête de la Cour. S'agissant de la branche vieillesse, un tel suivi reste à mettre en place.

Indépendamment de ce dernier aspect, et malgré le déploiement d'un dispositif de datamining dont la capacité à détecter des irrégularités s'améliore, la Cnav est par ailleurs, des trois caisses nationales du régime général, celle qui encadre et soutient le moins efficacement l'exercice de leurs missions de lutte contre les fraudes par les caisses de son réseau.

L'absence d'estimation du montant de la fraude par la Cnam et par la Cnav conduit à occulter l'ampleur de ce phénomène, en soi et par comparaison avec la branche famille, et à priver les actions visant à prévenir, à détecter et à sanctionner des fraudes d'un indispensable instrument d'orientation. À la suite de l'enquête de la Cour, Pôle emploi s'est engagé à procéder à nouveau à une telle estimation, selon une périodicité à préciser, sur un périmètre plus large d'anomalies qu'une précédente tentative portant sur les prestations versées en 2012.

La Cour formule ainsi la recommandation suivante :

- 2. procéder régulièrement à une estimation chiffrée de la fraude aux prestations couvrant le champ le plus étendu, mettant en œuvre une organisation rigoureuse et reposant sur des méthodes statistiques robustes (ministères chargés de la sécurité sociale et du travail et de l'emploi, Cnam, Cnav, Pôle emploi).*

Chapitre III

Tarir les possibilités systémiques de fraude

En dehors de l'absence d'estimation de la fraude pour la plupart des prestations versées, la principale limite à la politique de lutte contre la fraude menée par les pouvoirs publics tient à la disproportion entre le nombre limité de contrôles effectués par les organismes sociaux et le niveau très élevé des risques de fraude. De fait, la lutte contre les fraudes s'épuise à rechercher *a posteriori* des irrégularités qui devraient être bloquées à la source dans le cadre des processus mêmes de gestion des droits et des prestations.

Ces processus doivent être réformés afin de tarir les possibilités systémiques de fraude et, plus généralement, d'irrégularités au détriment des finances publiques. Il convient tout à la fois de circonscrire les usurpations d'identité, de fiabiliser les salaires, les ressources et les situations professionnelles et de gérer de manière plus rigoureuse les droits et les prestations d'assurance maladie, en industrialisant les rapprochements de données, en prenant en compte des données émanant de tiers de confiance et en renforçant très significativement les contrôles automatisés qui visent à vérifier la conformité des données aux règles de droit applicables.

I - Circonscrire les usurpations d'identité et leurs effets

Les fraudes à l'identité des bénéficiaires des prestations sont celles qui ont le caractère le plus manifeste, à défaut d'être le plus coûteux pour les finances publiques. Deux risques appellent fortement l'attention : le versement de prestations sur des comptes bancaires appartenant à des tiers aux bénéficiaires normaux des prestations et, par analogie avec la notion d'usurpation, le versement d'aides au titre de logements inexistantes ou non effectivement occupés par leurs bénéficiaires connus. L'enjeu des usurpations d'identité porte aussi sur deux sujets très présents dans le débat public : l'utilisation de la carte Vitale par des tiers à leur détenteur régulier et l'immatriculation à la sécurité sociale, sous une identité erronée ou incertaine, de bénéficiaires de prestations nés à l'étranger.

A - Empêcher le versement de prestations sur des comptes bancaires n'appartenant pas à leurs bénéficiaires

L'usurpation de coordonnées bancaires par des tiers malveillants afin de bénéficier de prestations injustifiées fait intervenir deux schémas fréquents : le changement frauduleux de RIB afin de détourner des prestations versées à bon droit, qui peut notamment être réalisé par hameçonnage (*phishing*)¹⁰⁰ ; la création de faux dossiers ou la réactivation frauduleuse de dossiers existants, accompagnée de la prise en compte de RIB frauduleux¹⁰¹.

Le rapprochement des coordonnées bancaires, communiquées par les bénéficiaires des prestations par transmission d'un RIB papier ou par télédéclaration, avec le fichier Ficoba, tenu par la DGFIP, permet de circonscrire ce risque pour les comptes bancaires ouverts en France.

Or, les organismes sociaux consultent le Ficoba sur des périmètres variables et évolutifs avant de commencer ou de poursuivre le versement de prestations. Leurs pratiques varient notamment en fonction de la déclaration ou non d'un changement de coordonnées, de la demande de prestations en ligne ou par un dossier papier et du contexte de la vérification (gestion courante ou lutte contre les fraudes).

La consultation limitée du Ficoba par les organismes sociaux résulte de la charge de travail propre aux tâches de saisie à effectuer. Une automatisation l'allègerait grandement.

En 2015, la direction de la sécurité sociale, la Cnav et la DGFIP ont engagé un projet visant à permettre aux organismes sociaux de vérifier l'identité des titulaires de comptes bancaires dont ils ont les coordonnées par une consultation automatisée du fichier Ficoba, par l'intermédiaire d'un concentrateur opéré par la Cnav. Toutefois, ce projet a pris un retard important ; la liaison informatique Cnav - DGFIP n'est pas encore fiabilisée et la définition par les organismes sociaux (hormis la Cnav) des évolutions informatiques nécessaires à une communication avec le concentrateur n'a pas débuté. Jusqu'à récemment, les modalités retenues¹⁰² n'assuraient pas un rapprochement en temps réel avec le Ficoba des identifiants bancaires télédéclarés. Depuis l'été 2020, le contenu du projet a évolué afin d'intégrer un tel rapprochement.

Sur cet enjeu majeur, les principaux organismes sociaux accusent un retard de six ans par rapport à un organisme de moindre taille, la caisse nationale des industries électriques et gazières (CNIÉG), qui a fiabilisé dès 2014 le stock de coordonnées bancaires par l'envoi du fichier correspondant à la DGFIP et adresse depuis lors chaque mois à cette dernière le fichier du flux de coordonnées des nouveaux pensionnés et des changements de coordonnées.

¹⁰⁰ Cette technique consiste à dérober à une personne ses identifiants de connexion ou son numéro de carte bancaire. Elle reçoit un appel ou un e-mail d'un individu se faisant passer pour une banque, un fournisseur d'accès internet, EDF, la Caf, Pôle emploi ou la DGFIP qui lui demande de mettre à jour ses informations bancaires ou ses identifiants de connexion. L'e-mail comporte un lien dirigeant la personne abusée vers une page à l'aspect sécurisé où il lui est demandé de confirmer ses informations personnelles.

¹⁰¹ Par exemple, de fausses annonces de location de logements permettent aux fraudeurs de récupérer des copies de pièce d'identité et d'avis d'imposition. Un dossier peut alors être créé en introduisant un RIB frauduleux.

¹⁰² Envoi d'un fichier en mode EDI (échange de données informatiques) et traitement *batch* quotidien.

La mise en œuvre d'un rapprochement automatisé des identités bancaires des bénéficiaires des prestations avec celles figurant dans le Ficoba ne doit plus attendre.

Il s'agit d'un enjeu essentiel pour la prévention et la détection des fraudes externes, mais aussi des fraudes internes, sujet que les organismes sociaux abordent avec plus de difficulté que celui de la fraude externe. Dans les caisses de retraite du régime général, les risques de fraude sont accentués par la réunion au sein des agences comptables de l'ensemble des tâches de gestion des données de paiement des pensionnés, comme le traitement des changements de coordonnées bancaires, des représentations et des remises en paiement de prestations suspendues. Ces risques ne sont pas suffisamment compensés par les supervisions et contrôles internes à ces structures.

L'intérêt d'une consultation automatisée du Ficoba est d'autant plus vif que, si ce dispositif ne couvre pas les comptes ouverts à l'étranger¹⁰³, l'ordonnance n° 2020-115 du 12 février 2020, qui a transposé la 5^{ème} directive européenne « anti-blanchiment »¹⁰⁴, a remédié à l'inadaptation de la définition légale du champ d'application du Ficoba aux nouvelles formes d'activité bancaire (établissements de paiement proposant des cartes internationales prépayées ou des cartes internationales de débit et établissements de monnaie électronique, qui procurent un serveur ou une puce stockant une somme d'argent sans lien avec un compte bancaire). Au regard des nouvelles dispositions de l'article 1649 A du code général des impôts¹⁰⁵, les « néo-banques » doivent déclarer à l'administration fiscale les comptes de leur clientèle¹⁰⁶.

Selon la Cnav, la vérification au fil de l'eau du flux de nouvelles coordonnées et celle du stock de coordonnées pourront intervenir à la fin du premier trimestre 2021, sous réserve de la livraison par la DGFIP des développements informatiques nécessaires à la vérification du flux en octobre prochain. Il importe que ces échéances soient respectées et que les autres organismes sociaux (notamment la Cnam, la Cnaf, la MSA, Pôle emploi, sans oublier l'Agirc-Arrco) engagent avec la DGFIP les développements informatiques nécessaires à leur raccordement direct au Ficoba pour la fiabilisation du flux de nouvelles coordonnées bancaires et avec le concentrateur de la Cnav pour le stock de coordonnées bancaires déjà acquises.

¹⁰³ Les organismes sociaux ne peuvent s'opposer au versement de prestations sur des comptes bancaires domiciliés dans un établissement de la zone « Single Euro Payments Area » ou SEPA (Union européenne, Suisse, Norvège, Islande, Liechtenstein, Monaco et Saint Marin) lorsque les titulaires des prestations résident en France, ni sur des comptes bancaires domiciliés dans le pays de résidence quand il n'est pas la France (retraites et rentes AT-MP). Fin 2019, les comptes ouverts dans un établissement d'un pays de la zone SEPA représentaient selon la Cnaf uniquement 0,2 % des comptes sur lesquels les Caf versaient des prestations (un peu plus de 24 000 comptes au total). S'agissant des prestations de retraite, il est à noter qu'en décembre 2019, 6,4 % de celles versées à des résidents à l'étranger (12,4 % en montant) étaient versées sur un compte bancaire en France.

¹⁰⁴ Directive (UE) 2018/843 du Parlement européen et du Conseil du 30 mai 2018.

¹⁰⁵ À l'article 1649 A du code général des impôts, le terme de « fonds », qui couvre l'ensemble des moyens de paiement, y compris dématérialisés, a remplacé celui d'« espèces », qui faisait référence à la monnaie fiduciaire.

¹⁰⁶ Fin 2019, les comptes ouverts dans des « néo-banques » représentaient 2,1 % des comptes sur lesquels les Caf versaient des prestations (un peu plus de 290 000 comptes au total).

B - Croiser les données des aides au logement et des biens immobiliers

1 - La fiabilisation des logements et des bénéficiaires des aides

La plupart des erreurs et fraudes qui affectent les données déclaratives prises en compte pour l'attribution et le calcul des aides au logement (ALF, ALS et APL, soit 16,3 Md€ en 2019 au titre de 6,5 millions de foyers d'allocataires) portent sur la composition, les ressources ou la situation professionnelle des membres du foyer. Par rapport aux autres prestations versées par les Caf, les aides au logement dépendent toutefois d'un autre facteur essentiel : la location ou la propriété¹⁰⁷ d'un logement destiné à l'habitation principale.

Des fraudes individuelles peuvent découler de l'obtention d'aides au titre de biens mis en location par des membres de la famille¹⁰⁸. Des fraudes de plus grande ampleur peuvent résulter du montage de dossiers en fonction de logements inexistant, n'appartenant pas au propriétaire déclaré, non mis en location (tout au moins à l'allocataire au nom duquel la demande a été déposée), ou supports d'aides versées à plusieurs allocataires en tout ou partie fictifs.

S'il vise à garantir un emploi des aides au logement conforme à leur finalité, leur versement en tiers payant accentue ces risques de fraude. Fin 2019, 98 % des allocataires du parc public (au nombre de 2,6 millions au total) étaient sous tiers payant et les allocataires du parc privé se répartissaient presque à égalité entre tiers payant ou perception des aides (1,8 million et 1,9 million respectivement fin 2019) ; la part des allocataires du parc privé en tiers payant s'accroît lentement. Les trois quarts des bailleurs privés sont en tiers payant (25 121 contre 8 301 non en tiers payant fin 2019) ; cette proportion augmente de manière tendancielle.

Les contrôles sur place au domicile des allocataires, déclenchés en fonction d'autres objectifs, peuvent conduire les Caf à détecter des anomalies liées aux logements. Toutefois, elles ne mènent plus d'actions particulières visant à vérifier, par des contrôles sur place, la réalité des logements et des situations locatives à l'origine des aides versées (« boîtage »).

La loi du 23 octobre 2018 relative à la lutte contre la fraude a habilité les Caf à consulter la base nationale des données patrimoniales (BNDP) de la DGFIP, qui comprend, pour chaque bien, le nom, le prénom et l'adresse du propriétaire, l'affectation¹⁰⁹ et la nature des locaux¹¹⁰. Près de deux ans plus tard, ces possibilités de consultation ne sont cependant pas encore effectives.

Afin d'assécher les risques de fraude, il convient d'aller au-delà, en mettant en œuvre un rapprochement automatisé périodique entre la base des tiers aux allocataires (Tiersi) de la branche famille, dans laquelle sont retracés les bailleurs publics et privés, et les informations que détient la DGFIP ou qu'elle indique prochainement acquérir sur les logements.

¹⁰⁷ La loi de finances pour 2018 a mis en extinction l'APL destinée aux propriétaires de biens immobiliers.

¹⁰⁸ Une aide ne peut être accordée lorsque le propriétaire du logement est le père, la mère, un grand parent ou un enfant, un beau-parent, un gendre ou une belle-fille, à moins que, pour ces trois derniers cas de figure, le bien leur appartienne exclusivement, à l'exclusion d'un partage de propriété. Par ailleurs, une aide ne peut être versée lorsque le propriétaire est un ascendant ou un descendant de la personne avec laquelle vit l'allocataire.

¹⁰⁹ Local à usage d'habitation, local à usage professionnel, bâtiment ou construction à usage industriel.

¹¹⁰ Maison, appartement, chantier, commerce avec boutique, cave, grenier, parking.

La création en 2021 du répertoire national des locaux (R-Loc)¹¹¹ et l'instauration prévue en 2023, dans le cadre de la réforme de la fiscalité locale (suppression de la taxe d'habitation sur les résidences principales, mais maintien sur les résidences secondaires), d'une nouvelle obligation déclarative à la charge des propriétaires de locaux affectés à l'habitation¹¹² créent les conditions d'une vérification automatisée de trois éléments déterminants : l'existence des logements et leur affectation à un usage d'habitation ; la vraisemblance de l'occupation des logements par les locataires bénéficiaires des aides ; le maintien en propriété des propriétaires qui bénéficient d'aides au titre de l'acquisition d'un logement destiné à l'habitation principale, qui ne donne lieu à aucune vérification à l'heure actuelle.

Pour rendre possible cette vérification automatisée, il conviendrait que les bailleurs privés déclarent aux Caf, de manière directe s'ils sont en tiers payant, ou par l'intermédiaire des locataires qui relaieraient cette information, les références des biens loués. Ces formalités supplémentaires seraient justifiées au regard de l'avantage que retirent les bailleurs privés des aides qui solvabilisent leurs locataires. Bien qu'il s'agisse d'un dispositif en extinction, elles devraient aussi s'appliquer aux propriétaires qui perçoivent des aides au titre d'un logement destiné à leur habitation principale.

2 - La fiabilisation des revenus fonciers

Les fraudes aux aides au logement ne sont pas que sociales, mais aussi fiscales. Un autre enjeu concerne en effet la dissimulation au fisc par des propriétaires de biens en location des revenus fonciers que leur procurent les aides au logement. Or, faute de transmission des informations correspondantes par la Cnaf, l'administration fiscale n'a pas connaissance des revenus qui leur sont versées par les Caf, soit directement (en tiers payant), soit indirectement. Alors même que les aides au logement sont financées par le budget de l'État, la DGFIP ne peut détecter, ne serait-ce que par des contrôles de cohérence des assiettes déclarées, des omissions et des sous-déclarations de revenus fonciers constitués pour partie par des aides au logement.

Afin de rendre possible la mise en œuvre par la DGFIP de contrôles automatisés de cohérence du montant des revenus fonciers déclarés par rapport à celui des aides au logement perçues, la base des tiers aux allocataires (Tiersi) de la branche famille, dans laquelle sont retracés les bailleurs, devrait être enrichie d'un récapitulatif des aides au logement par bailleur, agrégé et détaillé par locataire, présenté sous plusieurs angles de vue : par bailleur gestionnaire de biens par délégation de propriétaires ; par bailleur personne physique propriétaire de biens loués par lui-même ou en son nom ; par bailleur organisé sous une forme sociale propriétaire de biens loués par lui-même ou en son nom.

**

En définitive, il convient de réduire les fraudes sociales et fiscales aux aides au logement, en introduisant les références des logements concernés parmi les données devant être déclarées par les bailleurs privés en tiers payant et les locataires qui perçoivent les aides (sur communication de leurs bailleurs), en rapprochant ces mêmes données des données sur les logements détenues par la DGFIP (nouveau répertoire national des locaux et, ultérieurement, fichier des propriétaires de locaux affectés à l'habitation) et en assurant l'information de

¹¹¹ Ce répertoire national comportera notamment les numéros invariants des locaux, c'est-à-dire les identifiants cadastraux du local, internes à la DGFIP et attribués automatiquement à chaque local à sa création.

¹¹² Nature de l'occupation des locaux par ces derniers (résidence principale ou secondaire) ou, si les locaux sont occupés par des tiers, notamment des locataires, l'identité des occupants concernés.

l'administration fiscale sur les aides versées afin de lui permettre de détecter des déclarations de revenus fonciers omises ou inférieures aux montants des aides versées. Compte tenu de la portée de ces innovations, l'obligation de déclaration des références du logement support des aides devrait en premier lieu être appliquée aux bailleurs privés en tiers payant, puis être étendue dans un second temps aux locataires, de manière progressive et avec des points d'étape réguliers.

C - Continuer à réduire la portée de détournements de la carte Vitale

La carte Vitale permet de justifier de ses droits à l'assurance maladie et d'être dispensé de l'avance des frais de santé, quand l'établissement (ce qui est toujours le cas) ou le professionnel de santé (ce qui est presque toujours le cas pour les pharmaciens et les auxiliaires médicaux et l'est souvent pour les médecins) accepte le tiers payant par l'assurance maladie et, le cas échéant, par les complémentaires santé. Elle est délivrée gratuitement et sans limitation de durée à tout bénéficiaire de l'assurance maladie à partir de l'âge de 16 ans. Elle peut être obtenue, sur demande, lorsque l'enfant a entre 12 et 16 ans.

L'utilisation conjointe de la carte Vitale et de sa propre carte par le professionnel de santé pour facturer à l'assurance maladie réduit les risques de fraude par rapport à l'utilisation de sa seule carte par le professionnel de santé : en remettant sa carte au professionnel de santé, l'assuré atteste en effet l'existence d'au moins un acte, une prestation ou un bien à l'origine de la facturation émise par ce dernier. Parce qu'elle suggère la facturation d'actes ou de biens fictifs, une part élevée de flux de facturation sans la carte Vitale (dits « dégradés B2 ») constitue d'ailleurs l'un des critères de ciblage d'une partie des contrôles effectués par l'assurance maladie pour certaines professions (médecins, pharmaciens)¹¹³.

Néanmoins, l'utilisation de la carte Vitale peut donner lieu à des détournements par des pseudo-assurés ou des assurés, par des professionnels de santé ou par collusion entre ces personnes. Ces détournements peuvent avoir quatre mobiles : bénéficier d'actes, de prestations ou de biens de santé malgré l'absence d'immatriculation à la sécurité sociale (du fait du rejet d'une demande ou de l'attente d'une réponse) ou d'une radiation de droits (du fait de l'absence de résidence stable en France) ; bénéficier d'une prise en charge plus élevée (par l'exonération du ticket modérateur, des participations forfaitaires et des franchises) ; bénéficier plusieurs fois, sous de multiples identités, de mêmes médicaments ou dispositifs médicaux, afin de les revendre ; pour le médecin ou l'auxiliaire médical fraudeur, facturer des actes au titre de l'ensemble des membres de la famille (parent et enfants) figurant sur la carte Vitale, alors qu'ils n'ont concerné que l'un d'entre eux.

1 - Une détention de plus en plus rare de plusieurs cartes Vitale par certains assurés

La détention par certains assurés de plusieurs cartes Vitale en cours de validité, qui leur permettent de bénéficier d'une prise en charge de leurs frais de santé en tiers payant, accroît dans son principe le risque d'utilisation par des tiers à des fins frauduleuses (voir § *supra*).

¹¹³ Au cours du dernier trimestre 2018 et des trois premiers trimestres 2019, les 1,2 milliard de prises en charge de frais de santé par le régime général se sont réparties, en nombre, entre 78,3 % de feuilles de soins électroniques sécurisées avec la carte Vitale (FSE), 17,6 % de facturations B2 avec ou sans la carte Vitale et 4,1 % de feuilles de soins papier. En montant, les flux B2 ont un poids plus élevé : 46,5 %, contre 48,8 % pour les FSE et 4,8 % pour les feuilles papier. La ventilation des flux B2 entre ceux avec et sans la carte Vitale n'est pas indiquée par le Cnam.

Selon la direction de la sécurité sociale à la Cour, l'excès de cartes Vitale en cours de validité par rapport au nombre d'assurés ayant des droits ouverts à une prise en charge de leurs frais de santé par l'assurance maladie ne concernerait plus aujourd'hui que certains régimes spéciaux d'assurance maladie et aurait une portée de plus en plus limitée : fin juin 2020, le nombre de cartes Vitale valides en surnombre par rapport aux assurés âgés de 16 ans et plus ne s'élevait plus qu'à 152 603¹¹⁴.

Tableau n° 6 : comparaison par régime entre le nombre d'assurés de 16 ans et plus et le nombre de porteurs de cartes Vitale valides de 16 ans et plus – au 30 juin 2020

Régimes, y compris mutuelles délégués du régime général	Assurés de 16 ans et plus (source : RNIAM) (1)	Cartes valides dans le système d'information des régimes maladie au titre d'assurés de 16 ans et plus (2)	(2) / (1) en %	Écart (2) – (1)
Régime général (y compris travailleurs indépendants et mutuelles en infogérance)	52 372 633	49 202 567	93,9 %	-3 170 066
Régime agricole (MSA)	2 763 995	2 701 159	97,7 %	-62 836
MGEN	2 577 830	2 476 618	96,1 %	-101 212
SNCF	377 050	362 186	96,1 %	-14 864
RATP	85 922	84 861	98,8 %	-1 061
ENIM (marins)	85 133	81 962	96,3 %	-3 171
Clercs et employés de notaires	98 784	97 088	98,3 %	-1 696
CAVIMAC (cultes)	42 468	37 048	87,2 %	-5 420
CAMIEG, MAEE, MAGE, MCV PAP, INTERIALE	653 052	496 386	76,0 %	-156 666
Sénat	3 507	3 397	96,9 %	-110
Total régimes avec des cartes valides moins nombreuses que leurs porteurs	59 060 374	55 543 272	94,0 %	-3 517 102
Mines	96 370	111 491	115,7 %	15 121
Militaires de carrière	662 751	715 474	108,0 %	52 723
Mutuelle générale de la police	122 320	178 987	146,3 %	56 667
Mutuelle nationale des hospitaliers	223 619	251 520	112,5 %	27 901
Assemblée nationale	4 743	4 934	104,0 %	191
Total régimes avec des cartes valides en surnombre par rapport à leurs porteurs	1 109 803	1 262 406	113,8 %	152 603

Source : Cour des comptes à partir des informations communiquées par la direction de la sécurité sociale

À l'inverse, d'autres régimes ont un nombre de cartes en cours de validité nettement inférieur à celui de leurs assurés. S'agissant du régime général, fin juin 2020, le nombre de cartes Vitale en cours de validité était inférieur de près de 3,2 millions (soit 6,1 %) au nombre d'assurés âgés de 16 ans et plus.

¹¹⁴ L'excès de cartes a baissé de 2 212 745 fin 2018 à 609 235 fin 2019.

2 - Des mesures visant à réduire les risques de fraude à la carte Vitale

L'existence de cartes Vitale en surnombre résulte du fait qu'à l'occasion d'un changement de régime, les assurés recevaient une nouvelle carte Vitale tout en conservant l'ancienne. Selon la direction de la sécurité sociale, les cartes Vitale en cours de validité en surnombre correspondraient exclusivement à des cartes émises avant 2010, année où a été mis en place un portail inter-régimes qui bloque l'attribution d'une nouvelle carte si l'ancienne n'a pas été restituée ou invalidée pour un autre motif.

D'autres mesures ont été mises en œuvre afin de réduire les risques de fraude liés à des détournements d'usage de la carte Vitale :

- depuis 2004, une liste d'opposition électronique (LOE) est adressée chaque mois à tous les pharmaciens. Elle contient les numéros de série des cartes Vitale mises en opposition (parce que déclarées perdues ou volées), tous régimes maladie confondus. Une carte faisant l'objet d'une opposition est ainsi automatiquement repérée et empêche le pharmacien de réaliser une feuille de soin électronique (FSE) sécurisée en tiers payant ;
- en 2007 a été mise en circulation une carte Vitale de nouvelle génération qui n'impose plus la création d'une nouvelle carte lors d'une mutation d'un assuré d'un régime maladie à un autre et permet le contrôle de la photographie du titulaire et de son identité (carte Vitale 2) ;
- les cartes Vitale dont les titulaires sont décédés ou radiés (du fait par exemple du constat d'un défaut de présence stable sur le territoire) sont mises en « fin de vie » : lorsque leurs titulaires cherchent à les utiliser, le logiciel du pharmacien invalide la puce de la carte, ce qui la rend définitivement inutilisable. Des cartes sont également mises en « fin de vie » en cas de déclaration de perte ou de vol par leur titulaire.

Au moment de l'entrée en vigueur de la PUMa, la Cnam a par ailleurs obtenu du ministère chargé de la sécurité sociale que la carte Vitale conserve une durée de validité limitée à une année. Elle doit ainsi être actualisée chaque année dans une pharmacie ou sur une borne dans une CPAM.

3 - Des risques de fraude qui restent significatifs

Les risques de fraude propres à l'utilisation de la carte Vitale seraient, selon la Cnam, très limités. En 2019, 330 869 feuilles de soins électroniques ont été présentées au règlement de l'assurance maladie à la suite de l'utilisation de cartes en « fin de vie ». Parmi ces factures, 231 098 auraient fait l'objet d'un rejet automatisé et 99 771 d'un simple signalement automatisé, débouchant sur des remboursements injustifiés à hauteur de 4 390 571 € au total. Si l'enjeu correspondant augmente¹¹⁵, les prises en charge injustifiées effectuées en 2019 représentaient moins de 0,01 % du nombre de feuilles et de montants réglés (qui se sont respectivement élevés à 1,3 milliard et 78,8 Md€ pour le seul régime général en 2019).

¹¹⁵ En 2016, 153 620 feuilles de soins électroniques faisant suite à l'utilisation d'une carte Vitale en fin de vie ont été présentées au remboursement de l'assurance maladie, 99 101 ont été rejetées et 34 519 ont donné lieu à un remboursement, pour un montant total de 2 604 411 €.

Néanmoins, une utilisation frauduleuse de la carte Vitale reste possible si son titulaire la « prête » ou n'en demande pas rapidement le remplacement à la suite d'une perte ou d'un vol¹¹⁶.

Par ailleurs, lorsque l'assurance maladie ferme des droits à des assurés, l'arrêt de la prise en charge de leurs dépenses de santé n'est pas immédiat. En effet, il est subordonné tout d'abord à l'invalidation de la carte Vitale dans la base de gestion des cartes Vitale, puis à l'invalidation de la puce de la carte Vitale par son utilisateur, à l'occasion d'une tentative d'utilisation dans une pharmacie. Dans l'intervalle, des frais de santé peuvent continuer à être facturés à l'assurance maladie, par exemple au titre de dispositifs médicaux délivrés par un fournisseur.

Afin de prévenir des rejets de paiement à leur détriment, la Cnam invite les professionnels de santé à utiliser un téléservice (acquisition des droits intégrée ou ADRi), qui leur permet de vérifier en temps réel les droits des assurés, sans s'en tenir aux informations intégrées à la puce de la carte Vitale. Selon la Cnam, le taux d'équipement des professionnels, pris ensemble, atteignait 83,5 % début 2020 (dont 93 % pour les pharmacies et 91 % pour les auxiliaires médicaux). S'ils progressent, les taux d'utilisation sont néanmoins moins élevés (66 % et 80 % respectivement).

En revanche, il n'existe pas de parade à la facturation par le médecin ou l'auxiliaire médical fraudeur d'actes au titre de l'ensemble des membres de la famille (parent et enfants) présents sur la carte Vitale du parent, alors qu'il n'en a réalisé que pour un seul d'entre eux, quand les dépenses de santé sont prises en charge à 100 % en tiers payant dans le cadre de la complémentaire santé solidaire¹¹⁷. En effet, le professionnel fraudeur n'a pas à demander le paiement du ticket modérateur. En outre, l'assuré n'a pas à acquitter de participation forfaitaire ou de franchise. Il n'est pas non plus susceptible de bénéficier de remboursements inopinés d'une assurance complémentaire santé, qui exposeraient le professionnel de santé fraudeur à une possible dénonciation.

4 - Dématérialiser et individualiser la carte Vitale par assuré

L'assurance maladie a expérimenté entre mai 2019 et mai 2020, dans deux départements¹¹⁸, auprès de certains assurés et professionnels de santé, une carte Vitale dématérialisée, téléchargeable à partir d'un smartphone ou d'une tablette, qui permet l'identification et l'authentification numériques des assurés en recourant à des données biométriques de ces derniers.

À la différence de l'actuelle carte Vitale, cette e-carte d'assurance maladie ne contient pas les données des assurés et de leurs ayants droit (enfants), mais va les rechercher dans ADRi, ce qui permet de fiabiliser en temps réel les données des assurés et fait disparaître le risque de dépenses malgré la fermeture des droits.

La Cnam n'a pas communiqué de bilan de cette expérimentation, qui est prolongée jusqu'en avril 2021 afin de l'élargir à de nouveaux départements et services dématérialisés. Sous réserve des évolutions qui lui seront apportées à la suite de l'expérimentation, la e-carte d'assurance maladie a vocation à remplacer l'actuelle carte Vitale.

¹¹⁶ En 2013, plusieurs individus ont été condamnés par le tribunal de Versailles à des peines d'emprisonnement allant jusqu'à quatre ans pour avoir monté une escroquerie à la carte Vitale : entre 2010 et 2012, plus de 450 000 € de médicaments leur avaient été délivrés grâce à une vingtaine de cartes volées et de fausses ordonnances.

¹¹⁷ Selon la Cnam, un million de titulaires de la CMU-C avait en 2018 une carte comptant au moins deux assurés.

¹¹⁸ Rhône et Alpes-Maritimes.

À cet égard, une e-carte individuelle devrait être attribuée à chaque enfant dès l'ouverture de ses droits à une prise en charge de ses frais de santé par l'assurance maladie, afin de faire disparaître (en dehors d'une collusion avec l'assuré) la fraude liée à l'utilisation par certains professionnels de santé des données familiales de la carte Vitale pour facturer des actes fictifs.

Dans l'attente de la mise en place de la e-carte d'assurance maladie, dont l'échéance n'est pas fixée, il convient que les régimes d'assurance maladie concernés achèvent d'éteindre le stock de cartes Vitale excédentaires par rapport au nombre d'assurés habilités à en détenir. En tout état de cause, les assurés devraient être plus fortement sensibilisés à la nécessité d'une détention strictement personnelle de leur carte Vitale et, le cas échéant, de celle de leurs enfants, exclusive de toute remise de cette même carte à un tiers, fût-il professionnel de santé.

D - Poursuivre la fiabilisation des identités des assurés nés à l'étranger

Pour bénéficier des prestations sociales, les personnes nées à l'étranger et dans les territoires d'outre-mer (TOM) doivent être immatriculées au préalable à la sécurité sociale. Par délégation de l'Insee, un service spécialisé de la Cnav, le service administratif national d'immatriculation des assurés (Sandia) procède à cette immatriculation ; l'annexe n° 9 à cette communication analyse les procédures mises en œuvre à ce titre.

1 - Un double niveau de vérification, renforcé depuis 2012

L'immatriculation suit une procédure à deux niveaux. Les organismes sociaux auxquels les demandes d'ouvertures de droits à des prestations sont adressées (principalement les CPAM au titre de la prise en charge de frais de santé et les Caf au titre des prestations familiales et de solidarité) examinent la recevabilité des pièces nécessaires à une immatriculation puis, s'ils les estiment recevables, adressent le dossier au Sandia, qui vérifie à nouveau les pièces produites et accorde ou refuse l'immatriculation.

En 2019, le Sandia a reçu des organismes sociaux instructeurs de premier niveau près de 521 000 demandes¹¹⁹ d'immatriculation (dont 44 % de ressortissants de pays africains et 35 % de ressortissants de pays européens) et en a rejeté 7,4 %.

Pour être immatriculés, les demandeurs doivent, depuis 2012, produire deux pièces : un titre d'identité¹²⁰ et une pièce d'état civil¹²¹. Auparavant, le titre d'identité suffisait.

En dehors de ces procédures et des progrès effectués par plusieurs pays étrangers dans la normalisation des documents d'identification de leurs ressortissants, plusieurs autres facteurs concourent à fiabiliser l'immatriculation à la sécurité sociale des personnes nées à l'étranger : un guide de l'identification partagé entre le ministère chargé de la sécurité sociale, les organismes sociaux et l'Insee ; la consultation de bases de données sur les documents d'identification des pays étrangers ; la formalisation de procédures de gestion ; la mise en œuvre d'actions de supervision interne.

¹¹⁹ Comportant un nombre indéterminé de nouvelles demandes faisant suite à un précédent rejet.

¹²⁰ Titre de séjour pour les ressortissants extra-européens ; formulaire européen de rattachement à un organisme de protection sociale ou, à défaut, une pièce d'identité pour les ressortissants européens.

¹²¹ Copie intégrale de l'acte de naissance, extrait d'acte de naissance avec filiation, livret de famille, acte de mariage.

Ces évolutions concourent à expliquer la division par deux du taux de rejet des demandes d'immatriculation par le Sandia entre 2015 et 2019 (de 14 % à 7,4 %), alors que ce service n'a pas abaissé son degré d'exigence quant à la qualité des documents fournis, la fréquence réduite des irrégularités détectées dans le cadre de l'audit effectué en 2019 par le Sandia et la DCPAF à la demande de la commission des affaires sociales du Sénat (voir 2 - *infra*) ou encore le fait que, dans le cadre de cet audit, l'essentiel des dossiers qualifiés d'indéterminés, pour lesquels un doute subsistait quant à l'existence ou à la portée d'anomalies portait sur des immatriculations antérieures à 2002, lorsque la production du seul titre d'identité était exigée des demandeurs.

2 - Des enjeux de régularité réels, mais à ne pas surestimer

À la suite de polémiques sur la fiabilité des procédures d'immatriculation à la sécurité sociale par le Sandia, la commission des affaires sociales du Sénat a diligenté en 2019 une vérification par le Sandia et la direction centrale de la police aux frontières (DCPAF) d'un échantillon représentatif de 1 575 dossiers d'immatriculation d'assurés connus pour être vivants¹²² (dont 1 127 avaient bénéficié de prestations au cours des 12 mois précédents)¹²³.

L'examen par un binôme d'agents du Sandia et de la DCPAF des pièces justificatives prises en compte pour procéder à l'immatriculation des assurés concernés a conduit à classer les dossiers en quatre catégories : dossiers sans anomalie, dossiers comportant une anomalie mineure, dossiers « indéterminés », pour lesquels il n'était pas possible de conclure ou non à l'existence d'une anomalie et dossiers comportant une (ou plusieurs) anomalie(s) qualifiée(s) de critique(s), pour lesquels l'immatriculation apparaissait injustifiée, voire une fraude pouvait être suspectée.

Les dossiers avec anomalie(s) critique(s) étaient au nombre de 47, soit 3 % de l'échantillon total. À la suite de la demande de production de nouvelles pièces justificatives aux intéressés, seuls 14 dossiers, soit 0,9 % de l'échantillon, n'ont définitivement pas pu être régularisés. Au final, après extrapolation statistique des montants de prestations versés aux assurés concernés, le préjudice financier lié à des immatriculations injustifiées à la sécurité sociale pouvait être estimé à 117 M€ en 2019 ; en appliquant le même taux d'anomalie aux dossiers « indéterminés », il atteignait près de 139 M€ (dans les deux cas en valeur centrale statistique).

L'estimation précitée de la portée financière des immatriculations irrégulières à la sécurité sociale constitue un majorant. S'ils n'avaient pas été immatriculés, faute de pouvoir justifier de manière certaine leur identité, une partie des assurés pour lesquels la qualification d'anomalie critique a en définitive été maintenue ou pour lesquels l'existence ou non d'une anomalie n'a pu être déterminée auraient pu bénéficier d'une prise en charge de leurs frais de santé, au titre de l'AME ou des soins urgents.

¹²² C'est-à-dire d'assurés pour lesquels aucune indication de décès ne figurait au système national de gestion des identifiants (SNGI), géré par la Cnav pour le compte de l'ensemble des organismes de protection sociale. Ce fichier, destiné à satisfaire les besoins de gestion des organismes sociaux, est le miroir du répertoire national d'identification des personnes physiques (RNIPP), tenu par l'Insee depuis 1946. Le RNIPP est lui-même l'image des registres d'état civil des communes et est par ailleurs alimenté par les signalements de décès de personnes de nationalité française communiqués par les consulats de France à l'étranger.

¹²³ Sur la méthodologie et les résultats, voir rapport d'information n° 545 (2018-2019) fait au nom de la commission des affaires sociales sur les conséquences de la fraude documentaire sur la fraude sociale (juin 2019), par M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général, et communiqué de presse de la commission des affaires sociales du Sénat (« Faux numéros » de sécurité sociale : écarter les fantasmes, poursuivre les efforts, 16 septembre 2019).

Lors de son enquête, la Cour a examiné la méthodologie de l'audit précité et analysé des échantillons aléatoires portant sur 10 % des dossiers pour lesquels l'audit n'avait détecté aucune anomalie ou qu'une anomalie mineure, sans effet sur la décision d'immatriculation. Elle n'a pas identifié de biais de nature à affecter les résultats d'ensemble de l'audit.

Pour être immatriculés à la sécurité sociale et bénéficier, sous réserve d'autres conditions, d'une prise en charge de leurs frais de santé ou de prestations familiales et de solidarité, les assurés nés dans un pays extra-européen qui n'ont pas la nationalité française doivent produire une photocopie de leur titre de séjour en France. Les CPAM et Caf vérifient la conformité des informations qui y figurent avec celles contenues dans l'application de gestion des dossiers des résidents étrangers en France (AGDREF) du ministère de l'intérieur (par la voie d'une consultation automatisée ou manuelle). Or, dans tous les cas, les préfetures attribuent des titres de séjour sur présentation physique de leurs bénéficiaires, munis d'une pièce d'identité de leur pays d'origine, ce qui exclut *a priori* la reconnaissance par les caisses de sécurité sociale de droits à des prestations à des personnes qui n'auraient aucune existence physique.

Par ailleurs, pour l'ensemble des assurés nés à l'étranger et immatriculés à la sécurité sociale, l'enjeu du maintien de droits ouverts à tort est circonscrit à ceux pour lesquels des droits restent ouverts, et non pas généralisé à tous ceux pour lesquels le référentiel des identifiants de la protection sociale (SNGI) ne comporte pas d'indication d'un décès : pour l'ensemble des assurés, une indication de décès au SNGI ferme automatiquement les droits ; en revanche, l'absence d'indication d'un décès n'a pas pour effet, en soi, de maintenir des droits ouverts.

3 - Des voies d'amélioration de la fiabilité des immatriculations

Les efforts visant à sécuriser l'immatriculation à la sécurité sociale des assurés nés à l'étranger doivent néanmoins être poursuivis s'agissant du premier niveau d'instruction des demandes.

En convergence avec les recommandations du rapport d'information précité de la commission des affaires sociales du Sénat¹²⁴, il convient ainsi de généraliser à l'ensemble des organismes sociaux la procédure de création d'un numéro identifiant d'attente (NIA), mise en œuvre depuis 2017 par les Caf, après un important délai¹²⁵. Cette procédure est en effet plus sécurisée que celle du NIR d'attente : le demandeur ne peut obtenir la création du NIA que dans un seul organisme ; les pièces n'ont pas à faire l'objet de multiples photocopies et numérisations qui en altèrent souvent la lisibilité ; le versement des prestations s'interrompt au bout de 9 mois en l'absence de production d'une seconde pièce d'état civil valide. Selon la Cnav, la MSA va utiliser le NIA au cours du second semestre 2020 et l'assurance maladie début 2021. Le NIA devrait aussi être appliqué aux immatriculations à la sécurité sociale demandées par les caisses du réseau de la Cnav, qui ont pour objet de permettre à des veuves n'ayant jamais résidé en France de bénéficier d'une pension de réversion.

En outre, le Sandia devrait être tenu informé par les organismes qui instruisent des demandes en premier niveau des tentatives déjouées de fraude à l'identité, celles-ci étant fortement susceptibles de se manifester à nouveau.

¹²⁴ Rapport d'information n° 545 (2018-2019) fait au nom de la commission des affaires sociales sur les conséquences de la fraude documentaire sur la fraude sociale (juin 2019), par M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général.

¹²⁵ Cette procédure devait être déployée en 2012.

Enfin, les organismes sociaux devraient procéder plus fréquemment à des convocations physiques des demandeurs en cas de doute sur les justificatifs qu'ils produisent. Ces convocations constituent aujourd'hui l'exception.

II - Fiabiliser les salaires, les ressources et les situations professionnelles

En dehors des prises en charge de frais de santé et de l'allocation de soutien familial (attribuée à certains parents isolés), toutes les prestations versées par les organismes sociaux prennent en compte les ressources, les revenus professionnels ou l'exercice ou non d'un emploi par leurs bénéficiaires (situation professionnelle). Cette prise en compte est assurée par des déclarations des employeurs ou des bénéficiaires des prestations, dont les données sont insuffisamment rapprochées de sources d'information qui pourraient permettre de prévenir des fraudes et d'autres irrégularités.

A - Assurer la cohérence des salaires déclarés au titre des cotisations avec ceux pris en compte pour les prestations

Les retraites, les indemnités journalières, les pensions d'invalidité, les rentes d'accidents du travail-maladies professionnelles et les allocations de chômage dépendent de conditions d'activité et de cotisation préalables de leurs bénéficiaires.

Pour les travailleurs indépendants, le versement de ces prestations est conditionné par le versement préalable des cotisations. Pour les salariés, il dépend selon le cas des périodes travaillées, des quotités horaires et des salaires déclarés par leurs employeurs. En dehors des retraites complémentaires, la cohérence mutuelle des salaires pris en compte pour attribuer et calculer les prestations et des assiettes déclarées de cotisations n'est pas vérifiée, sauf exception.

1 - Un rapprochement seulement ponctuel des assiettes salariales des cotisations et des prestations

Depuis 2017, la déclaration sociale nominative (DSN)¹²⁶ a remplacé, pour l'ensemble des entreprises qui emploient des salariés, à la fois les déclarations de prélèvements sociaux aux Urssaf et la déclaration annuelle de données sociales (DADS) aux organismes sociaux, dont les données de salaires étaient reportées aux comptes de carrière des assurés sociaux (gérés par la Cnav), en vue de leur ouvrir des droits aux retraites de base du régime général de sécurité sociale.

Toutefois, les modalités de collecte des prélèvements sociaux par les Urssaf n'ont pas été adaptées afin d'assurer la coïncidence des salaires déclarés en tant qu'assiette des prélèvements sociaux d'une part et des salaires déclarés en vue d'un report aux comptes de carrière d'autre part : les employeurs continuent à déclarer les prélèvements dont ils sont redevables « à maille agrégée », sans individualisation par salarié des montants de salaires et de prélèvements assis sur ces derniers ; malgré les engagements de l'Acoss en ce sens dans la Cog 2018-2022, l'utilisation

¹²⁶ Voir Cour des comptes, « La déclaration sociale nominative : une première étape réussie, une nouvelle impulsion nécessaire », in *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, octobre 2018*, chapitre IX, p. 321-354, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

des données individuelles de la DSN conserve à ce jour un caractère exceptionnel dans la collecte des prélèvements sociaux.

Contrairement aux retraites de base du régime général, les droits aux retraites complémentaires Agirc-Arrco dépendent des cotisations déclarées par les employeurs. À la suite des régularisations effectuées par les employeurs sur leurs DSN mensuelles, principalement par l'acquittement de cotisations supplémentaires, l'assiette salariale des cotisations coïncide avec les salaires qui ouvrent les droits aux retraites par points.

Au-delà des retraites de base, les risques d'irrégularités, le cas échéant intentionnelles, affectant les cotisations déclarées aux Urssaf par rapport aux assiettes salariales de droits sociaux, concernent plus largement l'ensemble des prestations dont le calcul est fonction des salaires versés : indemnités journalières, allocations chômage, pensions d'invalidité et rentes AT-MP. S'agissant des indemnités journalières, ces risques sont d'autant plus élevés que leur montant est calculé sur la base du salaire brut des 3 mois¹²⁷ (maladie, maternité) ou du mois (AT-MP) précédant l'arrêt de travail, et non sur un salaire lissé sur une longue période, comme c'est le cas pour les retraites. Le risque d'insuffisance de cotisations déclarées est également très élevé pour les allocations chômage, calculées sur la base des salaires bruts perçus au cours des 12 derniers mois de travail.

Des employeurs peuvent minorer intentionnellement les assiettes salariales des cotisations qu'ils déclarent en deçà des salaires effectivement versés ou majorer les salaires qu'ils déclarent en vue du calcul des prestations. Ce risque s'accroît quand l'entreprise compte un nombre réduit de salariés et que le gérant de l'entreprise, lorsqu'il en est le salarié, a un intérêt personnel à effectuer de fausses déclarations. Une cessation rapide d'activité (dissolution, liquidation judiciaire) permet aux auteurs d'une fraude aux indemnités journalières ou aux allocations chômage de se soustraire à d'éventuels contrôles *a posteriori* et poursuites.

2 - Une reconnexion à opérer pour les retraites de base, les indemnités journalières et les allocations chômage

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2020 transfère aux Urssaf, à compter de 2022, la collecte des cotisations de retraite complémentaire des salariés Agirc-Arrco, ce qui mettra fin à l'absence de contrôle des assiettes salariales de cotisations déclarées par les employeurs¹²⁸, tout en prévoyant, comme il est indispensable, le maintien du calcul des cotisations par salarié.

Afin de concilier ces objectifs, les groupements de protection sociale gèreront les données administratives des cotisants et recalculeront les cotisations individuelles avec leur propre système d'information, tandis que les Urssaf gèreront dans le leur les déclarations, les encaissements, le contrôle d'assiette et le recouvrement amiable et forcé. Ces interactions entre systèmes suscitent des risques opérationnels et financiers à maîtriser.

¹²⁷ Ou des 12 mois précédant l'arrêt de travail en cas d'activité discontinuée.

¹²⁸ La loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 avait prévu que les Urssaf contrôleraient les déclarations de cotisations Agirc-Arrco à partir de 2008. Cette évolution n'est pas intervenue en raison d'oppositions entre l'Acoss et l'Agirc-Arrco sur le principe et l'attribution de la responsabilité de l'individualisation des cotisations par salarié, puis du déploiement progressif de la DSN à compter de 2015.

S'agissant de l'adéquation des assiettes salariales respectives des prélèvements et des droits sociaux, aucun progrès ne se dessine pour les retraites de base, à droit constant¹²⁹, les indemnités journalières et les allocations chômage.

Les employeurs adressent des DSN « événementielles » des arrêts de travail et des ruptures de contrats de travail, qui déclenchent leur indemnisation, respectivement par l'assurance maladie et par Pôle emploi. Mais les assiettes salariales des cotisations déclarées par les employeurs au titre des périodes de travail qui conditionnent les droits à indemnisation ne sont pas interrogées lors du traitement des demandes d'indemnisation. Il incombe ainsi aux actions visant à lutter contre les fraudes de détecter *a posteriori*, dans des conditions malaisées, des indemnisations de salariés d'entreprises, le cas échéant fictifs(ves), dont les salaires pris en compte pour ouvrir et calculer les droits à indemnisation divergent des assiettes salariales déclarées des prélèvements sociaux.

De surcroît, les organismes sociaux ne sont pas destinataires de l'ensemble des informations de la DSN utiles à l'exercice de leurs missions. Ainsi, les données transmises à Pôle emploi lui permettent de mieux détecter des situations d'activité fictive (fausses attestations d'employeur) ou de reprises d'activité non déclarées. En revanche, elles ne comprennent pas les déclarations consécutives à un arrêt de travail pour maladie ou pour accident de travail, alors que les indemnités journalières versées à ce titre ont une incidence sur l'allocation chômage.

Il convient de réduire les fraudes et les autres irrégularités liées à l'activité préalable et aux salaires pour les allocations chômage et les indemnités journalières, à la carrière pour les retraites de base, ainsi qu'aux prélèvements sociaux qui financent ces prestations, en mettant en œuvre un rapprochement automatisé permanent entre les assiettes de prélèvements sociaux déclarées de manière globale par les employeurs de salariés aux Urssaf d'une part et les salaires, quotités horaires et périodes travaillées déclarés de manière individualisée par salarié par ces mêmes employeurs d'autre part. À terme, les rubriques de la DSN destinées aux Urssaf et le système d'information de ces dernières devraient être adaptés afin d'assurer l'individualisation par salarié des assiettes déclarées de prélèvements sociaux.

Les enjeux financiers des irrégularités permises par l'absence de réconciliation autre que ponctuelle des données de salaires qui ouvrent des droits sociaux et des cotisations assises sur les salaires sont nécessairement significatifs. Fin janvier 2019, l'Agirc-Arrco, qui a enregistré 73,8 Md€ de cotisations patronales et salariales en 2019, constatait au titre de 2018 une insuffisance globale de 1,2 Md€ de cotisations par rapport aux salaires (au titre de 328 000 entreprises), au regard d'un excès global de 55,2 M€ de cotisations en sa faveur (au titre de 229 000 entreprises). À titre d'illustration de ces enjeux, les branches du régime général, prises ensemble, ont enregistré en 2019 155,9 Md€ de cotisations patronales et salariales des entreprises du secteur privé.

¹²⁹ En application du troisième alinéa de l'article 49 de la Constitution, l'Assemblée nationale a adopté, le 4 mars 2020, le projet de loi instituant un système universel de retraites par points, comme c'est le cas des retraites Agirc-Arrco.

B - Faire reposer le plus possible les données de ressources et de reprise d'activité sur des déclarations de tiers aux bénéficiaires des prestations

La loi de finances pour 2019 a prévu d'asseoir l'attribution et le calcul des aides personnalisées au logement (APL) non plus sur le revenu fiscal de l'année N-2, mais sur les ressources des douze derniers mois glissants et de réviser le montant des aides tous les trois mois. Cette réforme, qui devait entrer en vigueur au 1^{er} avril 2019, a été repoussée à plusieurs reprises et, dernièrement, au 1^{er} janvier 2021.

Ce calcul des APL en fonction des revenus contemporains¹³⁰ repose sur la mise en place d'un « dispositif ressources mutualisé »¹³¹, composé de deux bases distinctes, créées à l'origine pour l'application de la retenue à la source de l'impôt sur le revenu au 1^{er} janvier 2019 : une base alimentée par les données déclarées par les employeurs du secteur privé dans la DSN (base DSN) et une autre base (PASRAU), où sont enregistrées les autres données de revenus (autres revenus salariaux, revenus d'activité non salariaux, prestations sociales, revenus du capital).

1 - Les apports du dispositif ressources mutualisé pour la fiabilisation des ressources

Par rapport à la simplicité de la référence aux revenus fiscaux de l'année N-2, la complexité des règles de calcul des ressources¹³² et la multiplicité des canaux déclaratifs visant à assurer le calcul des APL en fonction des revenus contemporains¹³³ se traduiront selon toute vraisemblance dans un premier temps par une augmentation des risques d'erreur qui affectent l'attribution et le calcul de ces prestations.

Au-delà de cet inconvénient, l'utilisation par les organismes sociaux des données du dispositif ressources mutualisé pourrait permettre de réduire significativement les erreurs définitives, intentionnelles ou non, qui affectent les données prises en compte pour attribuer et calculer les droits et prestations qui sont fonction des ressources.

Les erreurs liées à des omissions, sous ou sur-déclaration de prestations sociales perçues, devraient totalement disparaître. Celles portant sur les salaires perçus ne devraient plus subsister que dans quatre cas de figure, dont les trois derniers correspondent à des fraudes : des erreurs déclaratives soit involontaires, soit intentionnelles des employeurs ; des collusions entre employeurs et salariés pour minorer la réalité des salaires versés et des prélèvements sociaux exigibles à ce titre ; le travail non déclaré.

¹³⁰ Sous certaines exceptions. Ainsi, les revenus professionnels des travailleurs indépendants (cas général) et les revenus fonciers seront récupérés une fois par an, auprès de la DGFIP, au titre de l'année N-2. S'agissant des pensions alimentaires reçues et versées, des frais de tutelle et des frais professionnels réels, la référence sera l'année N-1.

¹³¹ Un temps désigné sous le terme de « base des ressources mensuelles ».

¹³² Voir notamment le décret n° 2019-1574 du 30 décembre 2019.

¹³³ Ainsi, les travailleurs indépendants qui ont débuté une nouvelle activité après le 1^{er} janvier de l'année N-2 et les micro-entrepreneurs devront télédéclarer leur chiffre d'affaires chaque trimestre. Les allocataires devront par ailleurs télédéclarer une fois par an les pensions alimentaires reçues et versées, les frais de tutelle et les frais professionnels. À défaut, des montants provisoires seront pris en compte.

2 - Une transformation du mode de production des prestations des Caf dont le calendrier est encore incertain

Dans la dernière enquête annuelle « Paiement à bon droit et fraude » menée par la branche famille (2019), la minoration des ressources annuelles ou trimestrielles du foyer constituait la première cause des présomptions de fraude aux prestations versées par les Caf (56 % des cas).

La production des prestations par les Caf repose sur l'acquisition auprès des allocataires de données déclaratives, la mise en paiement des prestations en fonction de ces données, puis le contrôle *a posteriori* sur pièces ou sur place, plus ou moins poussé, d'une partie de ces dernières en fonction de la détection d'incohérences, de signalements internes ou externes, ou de l'appréciation du niveau de risque que présentent les dossiers des allocataires. Comme il a été souligné, ce mode de production s'accompagne de montants croissants d'erreurs définitives, pour certaines liées à des fraudes.

La Cog 2018-2022 de la branche famille prévoit que les données rassemblées dans le dispositif ressources mutualisé contribueront à fiabiliser non seulement les APL, mais aussi l'ensemble des prestations versées par les Caf. À cette fin, les données récupérées par l'intermédiaire du DRM seront directement injectées dans le système d'information de la branche famille, afin de servir de base de référence à l'attribution et au calcul des prestations. Les allocataires auront cependant la possibilité de consulter ces données et de demander leur rectification dans des conditions qui restent à préciser.

À la suite des aides au logement, les données du dispositif ressources mutualisé seront utilisées en priorité pour la prime d'activité, puis, ultérieurement, pour le RSA et les autres prestations. Le calendrier de ces chantiers indispensables n'est toutefois pas arrêté à ce stade. La mise en œuvre du chantier relatif à la prime d'activité devrait s'accompagner d'une simplification de la définition des salaires à prendre en compte pour cette prestation.

Une définition des salaires à simplifier pour la prime d'activité

Selon la Cnaf, environ 60 % des déclarations trimestrielles de ressources des allocataires de la prime d'activité sont affectées par des erreurs, involontaires ou non.

Ces erreurs sont favorisées par le fait que les revenus salariaux à déclarer ne correspondent à aucun des deux salaires portés sur le bulletin de paie : ni le salaire net versé, ni le salaire imposable. Alors qu'une partie des foyers allocataires du RSA bénéficient aussi de la prime d'activité (328 000 en 2018), et ont ainsi deux déclarations trimestrielles de ressources distinctes à effectuer, la définition de l'assiette est par ailleurs plus étroite que celle du RSA, qui intègre certaines primes.

La définition des revenus salariaux devrait être alignée sur une référence intelligible pour les employeurs et les salariés : soit le salaire fiscal, soit le salaire net. Une solution de second rang consisterait à démultiplier les rubriques de la DSN afin qu'elles véhiculent le plus finement possible les données relatives aux déductions¹³⁴ et réintégrations¹³⁵ par rapport au salaire net, au prix d'un alourdissement de la charge déclarative pour les employeurs et leurs experts comptables.

¹³⁴ Remboursements forfaitaires ou réels, primes de panier, de repas et de crèche, remboursements d'abonnements transport, frais kilométriques, défraiements, indemnités représentatives de frais, d'habillement et de blanchissage.

¹³⁵ Acomptes, saisies sur salaires, retenues pour logement et sur prêts et chèques vacances.

3 - Fiabiliser aussi les droits et prestations de l'assurance maladie, de retraite et de chômage en fonction des ressources

Les données du dispositif ressources mutualisé ont également vocation à fiabiliser l'attribution de la complémentaire santé solidaire, le montant des rentes AT-MP attribuées et celui des pensions d'invalidité versées.

S'agissant de la complémentaire santé solidaire, la production par le demandeur de son dernier avis d'imposition corrobore imparfaitement les montants déclarés de ressources : l'avis porte sur l'année civile, alors que les ressources sont celles des 12 mois précédant la demande, et ne retrace pas la totalité des ressources qui doivent être déclarées, lacune atténuée par la consultation du portail des Caf par les agents qui instruisent les demandes. Sous réserve de dissimulations de ressources (travail non déclaré, non-déclaration d'aides récurrentes de tiers ou de revenus du capital), la prise en compte en priorité des données du dispositif ressources mutualisé, comme le prévoit la Cnam à compter de 2021, à l'instar de la Cnaf (voir *supra*), permettrait de fiabiliser l'attribution de la complémentaire santé solidaire.

À la suite de l'attribution de ces prestations, l'application des règles de plafonnement des pensions d'invalidité avec les revenus professionnels peut entraîner une suspension du versement de ces prestations ou bien une diminution ou une augmentation de leur montant en fonction de l'évolution des revenus en question (de l'évolution des ressources s'agissant de l'allocation de solidarité invalidité, minimum social). Les titulaires de pensions d'invalidité (et de l'ASI) effectuent des déclarations de situation et de ressources dont la périodicité est parfois très espacée, sans que les données qu'ils déclarent soient rapprochées, sauf exception, des salaires déclarés par leurs éventuels employeurs et reportés à leurs comptes de carrière en vue d'ouvrir des droits à la retraite. Sous réserve de dissimulations de revenus professionnels (ou de ressources), la prise en compte en priorité des données du dispositif ressources mutualisé contribuerait à fiabiliser les montants de pensions d'invalidité (et d'ASI) versés. La Cnam indique que ce chantier est engagé et aboutirait en 2022.

Pour leur part, les rentes AT-MP sont calculées sur la base des salaires des 12 derniers mois précédant l'arrêt de travail. À ce jour, les données prises en compte pour effectuer ce calcul sont celles déclarées par les employeurs par la voie d'attestations. La prise en compte en priorité des données du dispositif ressources mutualisé permettrait de les fiabiliser. À ce jour, la Cnam ne prévoit pas d'évolution de cette nature.

En dehors de l'ASI, les données du dispositif ressources mutualisé devraient également être utilisées pour fiabiliser le versement des autres minima sociaux : prestations du minimum vieillesse et allocation de solidarité spécifique pour les chômeurs en fin de droit. Il convient à cette fin que la Cnav et Pôle emploi mènent les chantiers nécessaires.

4 - Appréhender les reprises d'activité des salariés

Comme il a été souligné, l'absence de déclaration d'une reprise d'activité par les allocataires est à l'origine d'une part prépondérante des fraudes détectées par Pôle emploi. Après la minoration des ressources du foyer, la méconnaissance des situations professionnelles effectives constitue la deuxième cause des présomptions de fraude aux prestations versées par les Caf qui sont détectées dans l'enquête annuelle « Paiement à bon droit et fraude » de la branche famille (16 % des cas dans l'enquête 2019).

Aujourd'hui, l'information des organismes sociaux sur les reprises d'activité repose, pour les Caf, sur un rapprochement automatisé avec Pôle emploi, que les allocataires ne tiennent pas toujours informé de ces reprises ; pour Pôle emploi, sur ces déclarations et l'exploitation d'une fraction de DPAE ; pour les CPAM, sur les déclarations de reprise du travail, que les employeurs n'effectuent pas systématiquement.

La Cnaf prévoit de mettre à jour la situation professionnelle des allocataires, notamment en cas de reprise d'activité, en fonction des données de ressources récupérées par l'intermédiaire du dispositif ressources mutualisé. En exploitant les données mensuelles de salaires versés aux assurés connus pour être au chômage ou en arrêt de travail et rassemblées dans ce même dispositif, les CPAM et Pôle emploi pourraient également appréhender plus largement les reprises d'activité non déclarées et mettre ainsi fin à des fraudes et à d'autres irrégularités.

**

En définitive, la mise en place du dispositif ressources mutualisé constitue une innovation de grande portée pour payer à bon droit les prestations sociales. Il convient d'en exploiter en masse les données afin de réduire les fraudes et les autres irrégularités portant sur l'attribution, le calcul et le versement des prestations familiales, des minima sociaux, de la complémentaire santé solidaire, des indemnités journalières, des allocations chômage, des pensions d'invalidité et des rentes AT-MP, qui résultent de l'absence ou de la sous-déclaration de ressources, de revenus professionnels et de reprises du travail faisant suite à un arrêt de travail ou à une période de chômage.

III - Gérer de manière plus rigoureuse les droits et les facturations de frais de santé à l'assurance maladie

Si la Cnam n'estime pas le montant de la fraude aux prestations, contrairement à la Cnaf, la portée financière des risques de fraude et d'autres irrégularités à la prise en charge de frais de santé par l'assurance maladie est très élevée, du fait du nombre réduit de contrôles effectués lors de la production des prestations – plus limités que ceux de la branche famille sur les prestations familiales et de solidarité – et de la taille financière de l'assurance maladie – 2,5 fois plus grande que celle de la branche famille. Ces risques concernent à la fois les droits ouverts en faveur des assurés et les frais de santé facturés par les professionnels et les établissements de santé. Quatre évolutions apparaissent indispensables.

A - Résorber l'excès de droits ouverts à l'assurance maladie

1 - Des bénéficiaires de droits plus nombreux que la population vivant en France

a) Un écart considérable pour les droits à l'assurance maladie

Selon des estimations à caractère provisoire de l'Insee, la France (DOM compris) comptait 67,064 millions d'habitants au 1^{er} janvier 2020, après 66,978 millions d'habitants au 1^{er} janvier 2019.

Conformément à la normalisation européenne en vigueur¹³⁶, les habitants en question correspondent aux personnes ayant leur résidence usuelle en France depuis une période continue d'au moins un an ou, si elles se sont installées en France depuis moins d'un an, ont l'intention d'y demeurer au moins un an. La résidence usuelle est le lieu où une personne passe normalement la période quotidienne de repos, indépendamment des absences temporaires à des fins de loisirs, de vacances, de visites familiales ou amicales, de visites d'affaires, de soins médicaux ou de pèlerinage.

Or, selon les données statistiques du système national d'information inter-régimes de l'assurance maladie (Sniiram), auxquelles la Cour a accès, les régimes d'assurance maladie totalisaient 75,296 millions de bénéficiaires au 31 décembre 2018, sans doublons entre régimes, ayant consommé ou non des soins au cours de la même année. Cela représente un écart de 8,2 millions de personnes par rapport à la population vivant en France au 1^{er} janvier 2020 estimée par l'Insee. Il concerne non seulement des assurés nés à l'étranger, mais aussi, voire principalement, des assurés nés en France selon les données statistiques du Sniiram (voir encadré *infra*).

L'écart entre les données statistiques du Sniiram et la population vivant en France estimée par l'Insee s'accroît. Entre fin 2014 et fin 2019, le nombre de bénéficiaires au Sniiram a augmenté de 6,7 millions (+9,7 %). À titre de comparaison, la population vivant en France estimée par l'Insee n'a augmenté que de 0,6 million (+1,0 %) entre le 1^{er} janvier 2015 et le 1^{er} janvier 2020.

¹³⁶ Règlement (UE) n° 1260/2013 du Parlement européen et du Conseil du 20 novembre 2013 relatif aux statistiques démographiques européennes.

Un excès de droits ouverts aux prestations d'assurance maladie qui concerne à la fois des assurés nés en France et des assurés nés à l'étranger

À ce jour, l'Insee n'a pas ventilé par pays de naissance et nationalité l'estimation de la population vivant en France au 1^{er} janvier 2020. Cette ventilation est en revanche disponible pour l'estimation de la population vivant en France au 1^{er} janvier 2019 (voir tableau ci-après).

Tableau n° 7 : ventilation par pays de naissance et nationalité de l'estimation de la population vivant en France au 1^{er} janvier 2019

Pays de naissance et nationalité	Effectifs (en milliers)	Proportion (en %)
Nés en France	58 569	87,4
Nés en France de nationalité française	57 834	86,3
Nés en France de nationalité étrangère	735	1,1
Nés à l'étranger	8 409	12,6
Nés à l'étranger de nationalité française	1 702	2,5
Immigrés ayant acquis la nationalité française	2 464	3,7
Immigrés de nationalité étrangère	4 244	6,3
Population totale	66 978	100,0

Source : Insee. Champ : France métropolitaine et DOM (dont Mayotte)

Dans une réponse à une question parlementaire¹³⁷, la ministre des solidarités et de la santé a indiqué qu'au 1^{er} juin 2019, dans le répertoire national commun de la protection sociale (RNCPS), 12,4 millions d'assurés nés à l'étranger et immatriculés à la sécurité sociale par le Sandia (voir I - C - *supra*) disposaient d'un droit ouvert à recevoir au moins une prestation sociale : 86 % au titre des prestations maladie (soit 10,7 millions d'assurés), 43 % au titre des prestations familiales (soit 5,3 millions d'allocataires) et 33 % au titre des prestations de retraite (soit 4,1 millions de pensionnés de droit propre et de droit dérivé)¹³⁸. Pour les prestations familiales et de retraite, il s'agissait du versement de prestations, actif ou suspendu. Pour les prestations d'assurance maladie, il s'agissait d'un droit ouvert à la prise en charge des frais de santé, qui s'accompagnait ou non de consommations de soins.

En prenant pour référence les droits les plus universels, ceux à la prise en charge des frais de santé par l'assurance maladie, un écart de 2,3 millions de personnes apparaissait ainsi par rapport à la population de personnes nées à l'étranger et résidant en France, estimée par l'Insee à 8,4 millions au 1^{er} janvier 2019.

Toutefois, l'écart entre les droits ouverts aux prestations d'assurance maladie et la population estimée par l'Insee ne portait pas uniquement sur des assurés nés à l'étranger, mais principalement sur des assurés nés en France. Fin 2018, avec 74,5 millions d'assurés selon les données statistiques du Sniiram, les régimes d'assurance maladie comptaient en effet non pas 2,3 millions, mais 7,5 millions d'assurés de plus que la population française prise dans son ensemble.

Dans leurs réponses (des 17 et 21 juillet respectivement) au relevé d'observatoires provisoires de la Cour, qui a précédé cette communication à la commission des affaires sociales du Sénat, la direction de la sécurité sociale et la caisse nationale de l'assurance maladie (Cnam) n'ont pas commenté l'existence et les causes possibles de cet écart entre les données statistiques du Sniiram auxquelles la Cour a accès et la population vivant en France estimée par l'Insee, ni la part de cet écart correspondant à des droits injustifiés à la prise en charge des frais de santé par l'assurance maladie, exercés ou non.

Lors de leur audition par la commission d'enquête de l'Assemblée nationale relative à la lutte contre les fraudes aux prestations sociales (27 juillet 2020), le directeur de la sécurité sociale et ses collaborateurs ont en revanche fait état, à partir d'informations communiquées par la Cnam, de 72,4 millions de bénéficiaires de droits ouverts à une prise en charge des frais de santé par l'assurance maladie apparaissant dans les bases de gestion des régimes d'assurance maladie concaténées au Sniiram au 1^{er} janvier 2020, soit 2,9 millions d'assurés de moins que ceux identifiés par la Cour dans les données statistiques du Sniiram au 31 décembre 2019.

Au cours de cette même audition, ils ont effectué un rapprochement entre la population vivant en France au 1^{er} janvier 2020 estimée par l'Insee, soit près de 67,1 millions de personnes, et celle des bénéficiaires à la même date de droits ouverts à une prise en charge des frais de santé apparaissant dans les bases de gestion des régimes d'assurance maladie concaténées au Sniiram, soit 72,4 millions, et conclu à un surnombre de 2,4 millions de bénéficiaires de droits à une prise en charge de leurs frais de santé par l'assurance maladie, exercés ou non.

Pour déterminer ce surnombre, la direction de la sécurité sociale a, à partir d'indications chiffrées de la Cnam, procédé à des ajustements des deux données précitées de populations :

- compte tenu de délais dans l'enregistrement de fins de droits (au nombre de 1,1 million), 71,3 millions de droits seraient en fait effectivement ouverts au Sniiram au 1^{er} janvier 2020 (et non 72,4 millions) ;
- afin de déterminer le nombre de personnes ayant effectivement des droits à une prise en charge de leurs frais de santé par l'assurance maladie, il conviendrait de majorer de 1,8 million de personnes la population vivant en France au 1^{er} janvier 2020 estimée par l'Insee (soit près de 67,1 millions), ainsi portée à près de 68,9 millions. Pour l'essentiel, ces 1,8 million de personnes supplémentaires correspondent aux titulaires, résidant à l'étranger, d'une pension de retraite ou d'une rente AT-MP versée par le régime général (1,2 million), aux assurés expatriés affiliés à la caisse des Français de l'étranger (0,2 million), aux salariés détachés à l'étranger par leur employeur (0,2 million) et aux ayants droit de ces deux dernières catégories (0,2 million).

La Cour n'a pas été en mesure d'analyser ces données. Néanmoins, l'excès anormal de 2,4 millions de personnes bénéficiant de droits à l'assurance maladie reconnu par la direction de la sécurité sociale est en soi considérable. Si la prise en compte des titulaires de pensions versées par d'autres régimes de retraite (MSA notamment) pourrait le réduire à la marge, il paraît sous-estimé de plusieurs centaines de milliers de personnes, au moins à deux titres :

¹³⁷ « Attributions de numéros de sécurité sociale aux Français nés hors de France et aux étrangers qui séjournent en France », 6 juin 2019, réponse à une question de Mme Nathalie Goulet, sénatrice, à la ministre des solidarités et de la santé, JORF, Sénat, 7 novembre 2019, p. 5644-5645.

¹³⁸ En fait, il s'agissait de 62 %, soit 7,7 millions de retraités, une erreur s'étant glissée dans la réponse.

- une partie, sinon la majorité des expatriés qui adhèrent de manière volontaire aux garanties proposées par la Caisse des Français de l'étranger (CFE), ne satisfont plus la condition d'activité ou de résidence stable en France propre à la PUMa et n'ont donc plus, en principe, de droits à une prise en charge de leurs frais de santé par l'assurance maladie ;
- au regard des dispositions du code de la sécurité sociale, modifiées par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019, la prise en charge par l'assurance maladie de soins programmés ou inopinés lors des séjours temporaires en France des pensionnés d'un régime de retraite français résidant à l'étranger ne concerne pas tous les pensionnés, mais une partie seulement de ces derniers¹³⁹.

En définitive, au regard des données communiquées par la direction de la sécurité sociale à la commission d'enquête de l'Assemblée nationale, le surnombre d'assurés bénéficiant à tort de droits ouverts à une prise en charge de leurs frais de santé par l'assurance maladie, exercés ou non, paraît dépasser 3 millions de personnes.

b) Un écart lui aussi significatif pour les détenteurs d'une carte Vitale

Selon la direction de la sécurité sociale, 56,8 millions de cartes Vitale étaient en cours de validité à fin juin 2020. Selon l'Insee, 54,3 millions de personnes vivant en France au 1^{er} janvier 2020 avaient 16 ans et plus. En première analyse, 2,5 millions de cartes Vitale valides seraient ainsi en surnombre.

D'après la direction de la sécurité sociale, le surnombre de cartes Vitale en cours de validité serait en fait de 0,6 million, après déduction des détenteurs âgés de moins de 16 ans (365 000), des titulaires de pensions de retraite et de rentes AT-MP résidant à l'étranger (1,2 million), des assurés expatriés affiliés à la CFE (0,2 million) et des salariés détachés à l'étranger (0,2 million).

Ce surnombre de 0,6 million correspondrait principalement à l'excès de droits ouverts aux prestations d'assurance maladie présenté *supra*. En effet, la direction de la sécurité sociale dénombre moins de 153 000 assurés détenteurs, pour des raisons historiques, de plusieurs cartes Vitale valides (voir I - B - 1 - *supra*).

Le nombre de cartes Vitale valides en surnombre est en réalité plus élevé. En particulier, il est douteux que tous les titulaires d'une pension de retraite résidant à l'étranger en détiennent une, notamment ceux (celles) qui perçoivent uniquement une pension de réversion d'un régime français de retraite (ce qui était le cas de près de 0,4 million de personnes pour la branche vieillesse du régime général fin 2019) et n'ont fréquemment jamais résidé en France. Par ailleurs, les bénéficiaires de l'aide médicale de l'État (AME, soit 320 000 environ, à 80 % majeurs) n'ont pas de carte Vitale, tout en relevant, pour ceux qui satisfont effectivement la condition de résidence stable en France, de la population vivant en France estimée par l'Insee, ce qui contribue là aussi à accroître le nombre de cartes en surnombre par rapport à l'estimation de 0,6 million communiquée par la direction de la sécurité sociale à la commission d'enquête de l'Assemblée nationale.

¹³⁹ Voir instruction DSS/DACI/2019/173 du 1^{er} juillet 2019 relative à la prise en charge des frais de santé lors des séjours temporaires en France des pensionnés résidant à l'étranger.

2 - Le maintien à tort de droits ouverts en faveur de personnes qui ne résident pas ou plus de manière stable en France

L'existence de plusieurs millions de droits ouverts à tort à la prise en charge de frais de santé par l'assurance maladie ne résulte pas de la création en masse de dossiers fictifs d'immatriculation à la sécurité sociale d'assurés nés à l'étranger. Tout d'abord, elle ne concerne pas uniquement, ni même principalement, des assurés nés à l'étranger (voir 1 - encadré *supra*). En outre, les fraudes affectant l'immatriculation d'assurés nés à l'étranger sont insusceptibles d'atteindre un tel niveau (voir I - D - 2 - *supra*).

Selon toute vraisemblance, le surnombre anormal de droits ouverts à une prise en charge des frais de santé par l'assurance maladie traduit le maintien à tort de droits pour des personnes non pensionnées qui ne résident plus en France ou bien de manière seulement ponctuelle.

Deux sources de données permettent de soutenir cette analyse.

Les contrôles de toute nature mis en œuvre par l'assurance maladie conduisent à fermer des droits aux prestations de l'assurance maladie (près de 59 000 au titre du plan de contrôle 2019 de l'application de la PUMa selon les données disponibles début avril, après près de 130 000 au titre du plan de contrôle 2018 et plus de 229 000 au titre du plan de contrôle 2017). Mais ces fermetures de droits sont nettement moins nombreuses que les départs à l'étranger estimés par l'Insee (voir encadré *infra*). Le surnombre d'assurés ne peut que grossir.

Des flux annuels de départs à l'étranger plus nombreux que les fermetures de droits à l'assurance maladie

Selon l'estimation de l'Insee, le nombre de départs à l'étranger est passé de 189 000 en 2006 à 290 000 en 2011, a reculé au cours des deux années suivantes, puis est remonté à 308 000 en 2014, 324 000 en 2015, 315 000 en 2016, 323 000 en 2017 et 340 000 en 2018. Ces 340 000 départs se décomposent entre 271 000 départs de personnes non immigrées en France et 70 000 départs de personnes immigrées (données provisoires pour 2017 et 2018).

De manière structurelle, l'assurance maladie ferme moins de droits qu'il n'y a de départs d'assurés à l'étranger. Cet état de fait est pour partie antérieur à la PUMa : l'assurance maladie prolongeait fréquemment au-delà des conditions légales les maintiens de droits faisant suite à une activité ou à une période de chômage indemnisée ayant pris fin. Néanmoins, la suppression de la couverture maladie universelle de base (CMU-B), qui est le corollaire de la présomption du respect de la condition de résidence en France dans le cadre de la PUMa, à moins que des déclarations des assurés ou des contrôles ne viennent l'infirmier, a accru le risque de droits maintenus ouverts à tort. En effet, pour les assurés inactifs, non pensionnés et ne bénéficiant pas de maintiens de droits, la PUMa a fait disparaître la nécessité de demander chaque année un renouvellement des droits à la CMU-B.

En outre, dans les développements qui précèdent (I - B - 1 - *supra*), il a été relevé que si certains assurés affiliés à des régimes spéciaux d'assurance maladie détenaient encore, pour des raisons historiques, plusieurs cartes Vitale en cours de validité, les principaux régimes d'assurance maladie connaissaient une situation inverse. S'agissant du régime général, fin juin 2020, le nombre de cartes Vitale en cours de validité était ainsi inférieur de près de 3,2 millions (soit 6,1 %) au nombre d'assurés âgés de 16 ans et plus.

Un nombre aussi élevé ne peut être uniquement attribué à une moindre demande d'attribution de la carte Vitale par des assurés mineurs ou jeunes majeurs encore présents au foyer parental (dont l'impact ne paraît pas dépasser 600 000 assurés) ou à des délais dans l'attribution de la carte Vitale. Il surprend dans la mesure où les assurés ont intérêt à disposer rapidement d'une carte Vitale afin de bénéficier du tiers payant et éviter ainsi de faire l'avance de leurs frais de santé. Une partie de ces 3,2 millions d'assurés sans carte Vitale valide ne réside plus en France, mais a conservé des droits ouverts aux prestations d'assurance maladie. Il est probable qu'une large majorité de ces droits n'est pas exercée.

3 - Un coût potentiellement significatif du maintien de droits injustifiés

Selon les données communiquées par la Cnam à la Cour, à l'issue du plan de contrôle 2019 de l'application de la PUMa qui s'est achevé fin mars 2020, l'assurance maladie ne disposait pas d'une information pertinente de moins de trois ans sur l'activité ou sur la résidence en France de 12 581 bénéficiaires ayant consommé des soins au cours de l'année 2018 et des huit premiers mois de l'année 2019 (soit 0,03 % des 46 222 071 bénéficiaires ciblés par les contrôles de toute nature mis en œuvre par l'assurance maladie). Si la Cnam n'a pas chiffré le coût des soins consommés par les 12 581 bénéficiaires précités, leur impact financier serait logiquement limité. Par ailleurs, 237 014 bénéficiaires, soit 5,45 % des 4 349 493 bénéficiaires visés par les contrôles de l'assurance maladie, n'avaient pas consommé de soins au cours de la période précitée.

Pour sa part, la direction de la sécurité sociale n'a pas assorti l'estimation de 2,4 millions d'assurés dont les droits seraient maintenus ouverts à tort, qu'elle a communiquée à la commission d'enquête de l'Assemblée nationale (voir 1 - a) *supra*), d'une estimation des dépenses injustifiées prises en charge par l'assurance maladie à ce titre.

En fait, l'assurance maladie pourrait supporter un montant significatif de dépenses au titre d'assurés qui ne remplissent plus les conditions d'activité ou de résidence stable en France.

À l'appui de cette appréciation, le nombre d'assurés ayant consommé en 2019 des soins pris en charge par l'assurance maladie, soit 66,8 millions selon les données statistiques du Sniiram, n'est qu'à peine inférieur à l'estimation par l'Insee de la population vivant en France au 1^{er} janvier 2019 ou au 1^{er} janvier 2020, soit 67 ou 67,1 millions de personnes.

Or, tous les bénéficiaires de droits à une prise en charge de leurs frais de santé par l'assurance maladie ne consomment pas chaque année des soins¹⁴⁰. Ceux qui ne l'ont pas fait en 2019 tout en remplissant les conditions d'activité ou de résidence stable en France sont vraisemblablement plus nombreux que les 0,3 million d'assurés correspondant à la différence précitée entre la population vivant en France estimée par l'Insee et le nombre d'assurés ayant consommé des soins¹⁴¹, ou même que les 2,1 millions d'assurés¹⁴² correspondant à la somme de cette différence et des 1,8 million d'assurés qui, selon la direction de la sécurité sociale, bénéficieraient à juste titre d'une prise en charge de leurs frais de santé par l'assurance maladie

¹⁴⁰ Des données précises font défaut sur ce point. Dans un sondage effectué par OpinionWay pour Medaviz (« Les Français et le médecin généraliste », mai 2018), 16 % des 1 024 personnes interrogées, représentatives de la population âgée de 18 ans et plus, déclaraient consulter un médecin généraliste moins d'une fois par an.

¹⁴¹ Ces 0,3 million d'assurés représentent moins de 0,5 % des assurés du Sniiram ayant des droits à l'assurance maladie selon la direction de la sécurité sociale.

¹⁴² Ces 2,1 millions d'assurés représentent moins de 3 % des assurés du Sniiram ayant des droits à l'assurance maladie selon la direction de la sécurité sociale.

bien qu'ils ne relèvent pas de la population vivant en France selon la définition de l'Insee (voir A - 1 - a) *supra*).

Selon le cas, les frais de santé pris en charge par l'assurance maladie pour des personnes qui ne remplissent pas les conditions incomberaient aux organismes de protection sociale de leur pays de résidence effectif, à la suite de refacturations effectuées par l'assurance maladie (cas notamment des ressortissants de pays européens) ou aux personnes concernées elles-mêmes (cas par exemple d'assurés sociaux algériens qui effectuent des soins programmés ou non dans un établissement de santé en France, non autorisés au préalable par la caisse algérienne de sécurité sociale et ne donnant dès lors pas lieu à une refacturation de l'assurance maladie à cette dernière).

**

En définitive, la reconnaissance par la direction de la sécurité sociale, devant la commission d'enquête de l'Assemblée nationale, de surnombres d'assurés et de titulaires de cartes Vitale actives par rapport à ceux qui remplissent les conditions pour bénéficier d'une prise en charge de leurs frais de santé par l'assurance maladie marque une première étape dans l'objectivation de ce dérèglement. Les estimations communiquées à ce titre appellent des compléments qui pourraient conduire à les majorer dans une mesure significative.

Il convient que le ministère des solidarités et de la santé appréhende de manière exhaustive l'ampleur des droits en surnombre, ainsi que la nature et le poids relatif des facteurs explicatifs de ce phénomène et engage sa résorption, en mettant à niveau le dispositif de contrôle par l'assurance maladie de l'application de la protection universelle maladie (voir chapitre II, II – A – 1 – *supra*), manifestement insuffisant.

La Cnam aurait vocation :

- à ne plus soustraire du fichier adressé à la DGFIP les assurés connus pour être indemnisés par Pôle emploi. En effet, Pôle emploi n'a pas mis en place à ce jour de rapprochement automatisé de sa propre population de bénéficiaires de prestations avec la DGFIP afin de vérifier le respect de la condition de résidence stable en France qui en conditionne le versement ;
- à élargir le périmètre des contrôles sur pièces aux assurés appariés avec les données de la DGFIP pour lesquels celle-ci dispose uniquement d'une déclaration de revenus nuls ;
- à étendre le périmètre des contrôles sur pièces aux assurés non appariés avec la DGFIP qui n'ont pas consommé de soins au cours d'une certaine période, alors que les assurés en question ne sont depuis l'origine pas intégrés aux plans annuels de contrôle de l'application de la PUMa ;
- à élargir le périmètre des contrôles sur pièces aux assurés non appariés avec la DGFIP qui ont consommé des soins et pour lesquels la trace la plus récente d'activité ou de résidence en France est inférieure non plus à trois ans, référence temporelle retenue depuis l'origine par les plans annuels de contrôle de l'application de la PUMa, mais uniquement à deux ans ;

- à exploiter les données du registre des Français établis hors de France tenu par le ministère des affaires étrangères et des bases élèves du ministère de l'éducation nationale¹⁴³ afin de détecter des départs non signalés par les assurés concernés et appelant des demandes de pièces justificatives auprès de ces derniers afin de vérifier leur situation ;
- à demander la production d'un nombre accru de justificatifs à même d'attester une résidence stable en France et à effectuer un nombre significatif de contrôles sur place.

B - Mettre fin aux écarts injustifiés des facturations des professionnels de santé par rapport aux prescriptions et ententes préalables

1 - Sauf exception, des facturations non rapprochées des prescriptions papier

Dans le contexte d'une progression continue de la part des feuilles de soins électroniques (FSE) dématérialisées dans l'ensemble des facturations qui lui sont adressées¹⁴⁴, l'assurance maladie a, à partir des années 2000, subordonné de plus en plus rarement la prise en charge des frais de santé à la présence des prescriptions médicales et à une vérification préalable de la conformité des données de facturation à ces pièces justificatives.

Si ces évolutions ont accéléré les délais de versement des prestations et permis de réduire les effectifs et les dépenses de gestion administrative de l'assurance maladie, elles ont aussi significativement accru les risques de fraude et, plus généralement, d'irrégularités.

C'est seulement à partir du début des années 2010 que l'assurance maladie a engagé la dématérialisation des pièces justificatives à l'appui de ses règlements, soit plus de dix années après l'instauration d'une obligation légale de télétransmission des factures de soins par les professionnels de santé¹⁴⁵. Depuis 2012-2013, elle met à la disposition des professions dont l'activité découle de prescriptions médicales un dispositif de numérisation et d'envoi dématérialisé des pièces justificatives sur une plateforme de réception (SCOR¹⁴⁶). En mars 2020, cet outil était utilisé en moyenne par 72,1 % des professionnels de santé (données hors transporteurs sanitaires et taxis conventionnés), dont 98,6 % pour les pharmaciens, 86,2 % pour les infirmiers et 75,4 % pour les masseurs-kinésithérapeutes.

Si la quasi-totalité des règlements sont aujourd'hui assortis de pièces justificatives généralement obtenues *a posteriori*¹⁴⁷, les actions visant à vérifier la justification des factures adressées par les professionnels dont l'activité résulte de prescriptions médicales sont peu nombreuses et l'absence de numéro de prescription sur les factures en complique la réalisation. Au-delà, l'absence de dématérialisation des prescriptions elles-mêmes ne permet pas la mise en

¹⁴³ Le référentiel en vigueur de contrôle de l'application de la PUMa (22 mars 2017), établi par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam) dirigée par le directeur général de la Cnam et validé par la direction de la sécurité sociale, prévoyait l'exploitation des données du registre des Français établis hors de France, mais n'a pas été appliqué sur ce point. Il n'aborde pas celle des données des bases élèves.

¹⁴⁴ En 2019, les feuilles de soins papier ne représentaient plus que 4,1 % du nombre et 4,9 % des montants de prises en charge de frais de santé par l'assurance maladie.

¹⁴⁵ L'ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 avait fixé au 31 décembre 1998 la date limite à partir de laquelle les praticiens et établissements doivent être en mesure d'émettre et recevoir les feuilles de soins électroniques.

¹⁴⁶ SCannérisation des Ordonnances.

¹⁴⁷ Le montant des règlements pour lesquels aucune pièce justificative, appropriée ou non, n'est reçue, malgré des relances, peut être estimé à 300 M€ par an. En principe, les CPAM doivent alors constater des indus.

œuvre de rapprochements automatisés avec les données de facturation, aux fins de bloquer *a priori* des paiements ou de constater *a posteriori*, dans des délais rapides, des indus.

2 - Des perspectives de développement de la e-prescription à concrétiser

La dématérialisation des prescriptions médicales peut réduire les risques de fraude, en faisant disparaître les risques de surcharge ou de réutilisation des ordonnances papier à plusieurs reprises, et en permettant une comparaison instantanée des prestations et biens de santé délivrés par rapport à ceux prescrits.

La prescription et la facturation électroniques pour les transports sanitaires

Depuis mai 2017, l'assurance maladie propose aux médecins libéraux d'utiliser le service de prescription électronique (SPE) des transports sanitaires (en ambulance ou en véhicule sanitaire léger). Ce service leur permet de créer en ligne une prescription de transport que les transporteurs récupèrent sur un serveur à partir d'un accès à un espace sécurisé (EspacePro) ou d'un webservice intégré à leurs logiciels de gestion des commandes. S'il est sans effet sur les risques d'absence de service fait ou de service effectué dans des conditions non conformes à la prescription, le SPE écarte en revanche les risques de fausse prescription ou de réutilisation d'une même prescription papier.

La prescription électronique est plus sécurisante quand elle est intégrée au dispositif de facturation en ligne (SEFI¹⁴⁸) proposé par l'assurance maladie aux transporteurs sanitaires. Les données de facturation sont alors rapprochées en ligne de celles de prescription, pour chaque transport, au plus près du trajet (réservation, réalisation, facturation), par l'intermédiaire d'un compteur. Fin avril 2019, ce dispositif était utilisé par 47 % des transporteurs sanitaires.

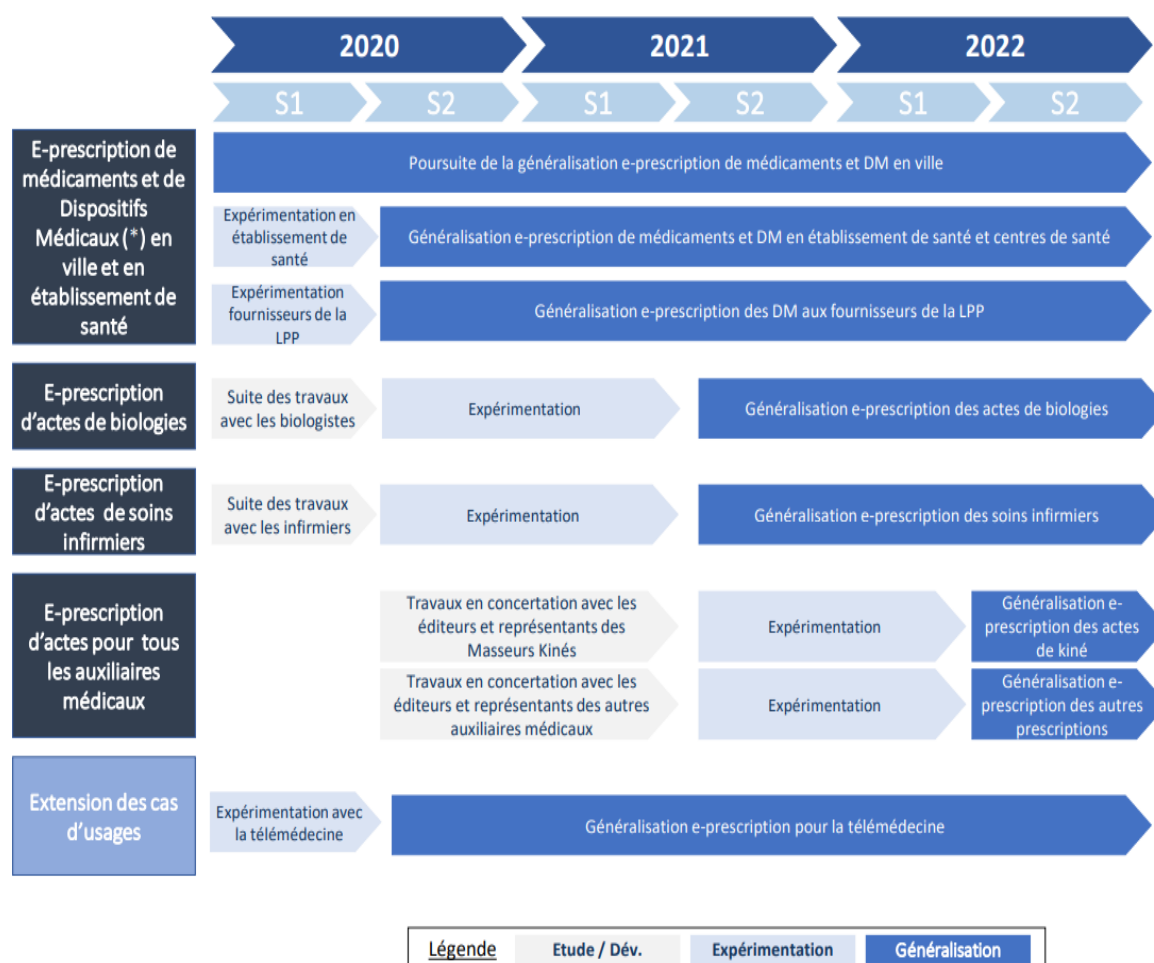
Par ailleurs, une expérimentation se poursuit en mode intégré dans les logiciels de centralisation et de régulation des transports (plateformes) de cinq hôpitaux publics (dont deux CHU). La Cnam prévoit d'expérimenter le dispositif de facturation en ligne auprès des taxis.

Pour l'application du plan gouvernemental « Ma santé 2022 »¹⁴⁹, la numérisation a vocation à couvrir d'ici fin 2022 l'ensemble des prescriptions médicales (médicaments, dispositifs médicaux, actes de biologie, actes infirmiers, de masso-kinésithérapie et des autres professions paramédicales).

¹⁴⁸ Service électronique de facturation intégré.

¹⁴⁹ L'article 55 de la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé a habilité le Gouvernement à prendre par voie d'ordonnance les mesures (notamment les règles fixant les conditions de certification des logiciels d'aide à la prescription et à la dispensation, tout en assurant la sécurité et l'intégrité des données) tendant à généraliser par étapes la prescription électronique.

Schéma n° 1 : calendrier prévisionnel de déploiement de la prescription électronique



Source : ministère des solidarités et de la santé, doctrine technique pour la mise en œuvre du plan « Ma santé 2022 »

À cet effet, la Cnam a procédé en 2019 à une expérimentation de la prescription électronique de médicaments (PEM2D) en ville dans trois départements¹⁵⁰. Elle a consisté à établir une prescription papier sur laquelle le médecin appose un QR code. En scannant ce dernier, le logiciel du pharmacien télécharge la prescription électronique. Après avoir délivré les médicaments, le pharmacien peut archiver la prescription électronique. L'information relative aux médicaments délivrés est par ailleurs archivée sur la carte Vitale de l'assuré.

En dehors d'une complicité, d'une tolérance injustifiée ou d'un motif justifié apprécié par le pharmacien (substitution, indisponibilité ou inadéquation du médicament prescrit¹⁵¹), ce dispositif élimine les risques d'écart entre les médicaments délivrés et facturés à l'assurance maladie d'une part et ceux prescrits d'autre part, par surcharge de la prescription papier. En outre, l'assurance maladie pourra détecter *a posteriori* l'ensemble des écarts entre les factures qui lui sont adressées par les pharmaciens et les prescriptions dont le QR code fait la synthèse.

¹⁵⁰ Maine-et-Loire, Saône-et-Loire et Val-de-Marne.

¹⁵¹ En application des textes, le pharmacien doit contacter le médecin prescripteur en cas d'indisponibilité ou d'inadéquation du médicament prescrit. Dans le cadre du dispositif PEM2D, le pharmacien doit indiquer les motifs de la substitution (en dehors de celle d'un médicament générique).

Toutefois, le dispositif expérimenté maintient la prescription papier et ne fait pas obstacle à la fraude consistant pour un assuré à obtenir de mêmes médicaments auprès de plusieurs pharmaciens en leur présentant une photocopie de la prescription. Pour mettre en échec ce type de fraude, il conviendrait que la prescription soit dans tous les cas dématérialisée, que le médecin dépose dans une base de données cette prescription électronique, à laquelle serait attribué un numéro, puis que le pharmacien prélève cette e-prescription dans la base, à partir du numéro de cette dernière enregistré sur la carte Vitale de l'assuré.

Le développement de la prescription électronique nécessite la réunion de nombreux prérequis, qui constituent autant d'entraves potentielles à sa concrétisation : la conception par l'assurance maladie de solutions de e-prescriptions fiables et ergonomiques pour leurs utilisateurs ; l'implication des éditeurs de logiciels pour adapter les versions qu'ils proposent aux professionnels et aux établissements de santé ; l'ouverture d'une négociation conventionnelle, alors que la Cnam avait laissé la prescription électronique en dehors de la négociation de la convention médicale de 2016 ; une articulation des systèmes d'information de l'assurance maladie avec ceux des établissements et l'utilisation d'une carte de professionnel de santé (CPS) par les médecins hospitaliers ; une maîtrise par les médecins des codes à saisir, qui pourrait appeler un accompagnement significatif des CPAM.

Les pratiques des prescripteurs doivent par ailleurs évoluer. Ainsi, si les médecins libéraux ont depuis mai 2017 la possibilité de prescrire des transports de patients de manière dématérialisée dans le cadre du SPE, tel a été uniquement le cas, en 2019, d'environ 6 000 d'entre eux au titre de près de 450 000 prescriptions de transport. Les hôpitaux publics témoignent peu d'intérêt pour les solutions techniques proposées par l'assurance maladie, alors que 60 % des transports de patients relient leur domicile et un établissement de santé.

Systématiser la e-prescription médicale d'actes, de prestations et de biens de santé nécessitera ainsi, à un moment donné, l'instauration d'une obligation à la charge des médecins libéraux et des établissements de santé, le cas échéant accompagnée d'aides ponctuelles à l'adaptation de leurs systèmes d'information.

Cette obligation aurait un précédent : la loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé a instauré une obligation de prescription électronique des arrêts de travail d'ici fin 2021, assortie de certaines exceptions. Cette décision a été prise après que l'assurance maladie a enclenché une dynamique d'utilisation de son service de e-prescription¹⁵². Il convient que la Cnam favorise la reproduction de ce scénario, en premier lieu en parvenant à tenir le calendrier des propositions techniques aux professionnels et aux établissements de santé. Pour sa part, le ministère chargé de la santé devrait favoriser l'appropriation par les établissements de santé des solutions techniques de l'assurance maladie, à commencer par la prescription électronique de transport sanitaire, dans le cadre de l'exercice de ses pouvoirs de financement et de tutelle de ces établissements.

¹⁵² En juillet 2019, 47 % des avis (contre 22,6 % en 2016) étaient établis et transmis par les médecins prescripteurs à l'assurance maladie dans le cadre du service dématérialisé qu'elle met à leur disposition.

3 - Des refus ou des plafonds d'entente préalable à appliquer dans les faits

Les enjeux financiers liés à l'application de la procédure d'accord préalable du service médical sont méconnus par la Cnam. À la demande de la Cour, elle a recensé les dépenses remboursées pour les 141 actes relevant de la classification commune des actes médicaux (CCAM) (68,8 M€ en 2018). Elle n'a pas effectué ce même décompte pour les actes relevant de la nomenclature des actes de biologie médicale (NGAP), qui concernent des enjeux financiers beaucoup plus significatifs.

Lorsque le service médical oppose un refus d'accord préalable à la prise en charge de certains actes, prestations et produits prescrits par un médecin ou la subordonne à certaines restrictions (portant par exemple sur le nombre de séances de masso-kinésithérapie), aucun dispositif informatisé ne permet de garantir l'effectivité de cette décision.

À défaut d'une liaison entre les applications informatiques des règlements des frais de santé et des accords préalables, l'assurance maladie rembourse à tort un montant indéterminé de dépenses pour lesquelles l'accord a été refusé ou assorti de restrictions.

Afin de favoriser l'effectivité de la procédure d'accord préalable, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 a mis des obligations nouvelles à la charge des professionnels de santé : pour les médecins, celle d'inscrire sur l'ordonnance le caractère non remboursable des actes, prestations et produits qu'ils prescrivent quand le service médical a refusé l'accord préalable¹⁵³ ; pour les pharmaciens, distributeurs et prestataires, celles de s'assurer que le service médical a donné son accord à la prise en charge des produits concernés par l'assurance maladie et d'agir conformément à la décision qu'il a rendue. À défaut, les professionnels de santé concernés s'exposent à devoir rembourser des indus¹⁵⁴.

À l'évidence, ces mesures sont bien moins efficaces qu'un rapprochement automatisé systématique des factures présentées au règlement de l'assurance maladie avec les accords accordés ou refusés par le service médical.

Malgré l'extension du périmètre des dépenses concernées par des accords préalables au cours des années récentes¹⁵⁵, la Cnam a renoncé à un projet informatique visant à garantir l'effectivité de la procédure d'accord préalable sur le plan financier. Si le chantier à engager serait complexe, il serait vite rentabilisé, en permettant des économies bien plus élevées que celles prévues au titre de la loi de financement pour 2018 (estimées entre 5 et 10 M€ annuels).

¹⁵³ Ou le fait que le remboursement est subordonné à l'accord du service médical quand la demande est en cours d'instruction ; article L. 162-4 du code de la sécurité sociale.

¹⁵⁴ Article L. 315-3 du code de la sécurité sociale.

¹⁵⁵ L'accord préalable s'applique notamment aux actes de masso-kinésithérapie au titre de rééducations soumises à référentiel défini par la HAS ou au-delà d'un certain nombre de séances, aux traitements d'orthopédie dento-faciale, à des pathologies inhabituelles, à certains appareillages médicaux, types d'examen et d'analyses biologiques et à certains transports, en particulier ceux prescrits en série ou d'une distance supérieure à 150 km.

C - Bloquer *a priori* les factures irrégulières des professionnels et des établissements de santé

1 - L'absence de blocage de la prise en charge de factures irrégulières, sauf exception

La loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé a accordé une garantie de paiement aux professionnels de santé qui pratiquent le tiers payant sur la part des dépenses prise en charge par l'assurance maladie. Celle-ci doit les régler dans les 7 jours ouvrés, au-delà desquels elle doit verser une pénalité d'un euro au professionnel ; à compter du 10^{ème} jour, cette pénalité est de 10 % de la part prise en charge par l'assurance maladie¹⁵⁶. Depuis lors, les conventions ou avenants aux conventions avec plusieurs professions (médecins, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes) ont réduit à 5 jours la durée maximale de traitement des feuilles de soins électroniques (FSE) générées en utilisant la carte Vitale.

Aucune exception n'est prévue à la garantie de paiement, qui bénéficie ainsi à des facturations irrégulières ou tenues pour suspectes par les CPAM au vu de leur montant, de leur dynamique ou de l'historique de leur relation avec leurs auteurs. Il conviendrait de donner aux CPAM la faculté de déroger à la garantie de paiement quand le professionnel de santé a fait l'objet d'une sanction (pénale, administrative ou ordinale) pour fraude ou faute.

La garantie de paiement a conduit l'assurance maladie à démanteler les contrôles automatisés, déjà insuffisants, qui faisaient obstacle au règlement de factures méconnaissant certaines règles d'interdiction d'association et de plafonnement d'actes et de prestations fixées par les référentiels applicables aux professions médicales et paramédicales (NGAP et CCAM). Les contrôles automatisés de cohérence des données facturées qui subsistent portent essentiellement sur les droits des assurés pris en compte par une partie des professionnels¹⁵⁷, et non sur leur comportement de facturation, qui présente un risque au moins aussi élevé.

Les irrégularités rendues possibles par l'absence de contrôles automatisés sont très nombreuses. Les actes infirmiers en fournissent un aperçu partiel.

¹⁵⁶ Articles D. 161-13-3 et 4 du code de la sécurité sociale.

¹⁵⁷ La garantie de paiement est levée si les données des assurés prises en compte dans la facturation du professionnel de santé diffèrent de celles de l'assurance maladie, au titre notamment du motif (affection de longue durée, maternité, invalidité, accident du travail) et du niveau de l'exonération du ticket modérateur. Pour plusieurs professions (médecins, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes), les conventions ou leurs avenants prévoient que les rejets liés aux droits des assurés sont supprimés pour les FSE générées en utilisant la carte Vitale.

Le cas des actes infirmiers : des interdictions dans la NGAP non intégrées à l'informatique de l'assurance maladie

- facturer plus de 4 actes de soins infirmiers auxquels s'applique un coefficient 3 (AIS3) par assuré au titre d'une même journée ;
- facturer une majoration pour acte unique pour des actes médico-infirmiers (AMI) auxquels s'applique un coefficient supérieur à 1,5 ;
- cumuler le forfait AMI5 pour arrêt et retrait d'un dispositif de perfusion avec le forfait AMI9 pour séance de perfusion courte sous surveillance continue ;
- cumuler une majoration pour acte unique (MAU) avec celle de coordination infirmier (MCI) ;
- cumuler des actes AIS3 et AMI < 4 (sauf acte de prélèvement par ponction veineuse directe) pour un même assuré le même jour (sauf à ce qu'une autre prescription le prévoit) ;
- facturer à taux plein des actes multiples réalisés au cours d'une même séance pour un même assuré ;
- facturer plus de cinq cotations de démarches de soins infirmiers (DI) par an et par patient.

AIS : actes infirmiers de soins ; AMI : actes médico-infirmiers.

D'autres irrégularités concernent la facturation à l'assurance maladie, en soins de ville, d'actes médicaux et paramédicaux et de biens de santé qu'elle finance déjà dans le cadre de forfaits versés aux établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), aux services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et aux services d'hospitalisation à domicile (HAD).

2 - Étendre les contrôles automatisés de conformité à la réglementation

La généralisation de contrôles automatisés de cohérence des facturations ferait disparaître les versements d'indus de prestations liés au non-respect de la réglementation.

En outre, elle accroîtrait l'efficacité de la lutte contre les fraudes : les ressources consacrées aux contrôles qui visent à récupérer *a posteriori*, sur un champ étroit au regard de l'étendue des irrégularités, une part réduite des sommes versées à tort pourrait être réaffectée à la détection d'irrégularités qui ne peuvent être bloquées *a priori* dans le système d'information. De fait, sur les 27 programmes nationaux de contrôle contentieux programmés par la Cnam pour 2018 qui visaient la prise en charge de frais de santé par l'assurance maladie, sept portaient en tout ou partie sur des associations d'actes incompatibles¹⁵⁸ ou des doublons de facturation¹⁵⁹. **S'agissant des actes infirmiers, les contrôles ciblés de facturation et ceux mis en œuvre par les CPAM à leur propre initiative visent notamment des actes dont le cumul est interdit ou plafonné.**

Pour assurer le déploiement le plus large et efficace des contrôles automatisés de facturation, il conviendrait que les factures distinguent chaque acte ou prestation.

¹⁵⁸ Facturation répétée et systématique d'actes incompatibles par des médecins spécialistes ; facturation d'actes techniques en lieu et place de consultations et association d'actes techniques incompatibles par des ophtalmologues ; non-respect des règles de la NGAP par des infirmiers libéraux.

¹⁵⁹ Facturations multiples et chevauchements de facturations de dispositifs médicaux (produits de la liste des produits et prestations remboursables – LPP) par des pharmaciens et des fournisseurs ; facturations en sus de forfaits versés aux Ehpad, aux services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et aux services d'hospitalisation à domicile (HAD).

À cette fin, la définition de certains actes, dont la complexité ne permet pas une gestion automatisée des données correspondantes, devrait être simplifiée. En outre, chaque acte devrait être identifié sans confusion possible avec un autre acte.

C'est chose faite dans la classification commune des actes médicaux (CCAM), instaurée en 2005 pour les actes techniques des médecins. La CCAM n'a toutefois pas été étendue aux actes cliniques des médecins, qui demeurent fixés par la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP). Les actes des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux (infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthoptistes, orthophonistes) sont définis par ce même référentiel.

Or la NGAP associe des nombres à des lettres clé (voir encadré *supra* à propos des actes infirmiers). Un même nombre de coefficients associé à une lettre clé est régulier s'il se rapporte à un certain type d'acte ou à une certaine situation du patient, mais ne l'est pas dans le cas contraire. Sans justifier l'absence de mise en œuvre de contrôles automatisés de cohérence, l'absence d'application à chaque acte d'une cotation spécifique limite le champ possible des contrôles qui devraient être déployés pour sécuriser les dépenses d'assurance maladie. La nomenclature des actes de biologie médicale (NABM) présente une difficulté de même nature.

Un autre préalable technique est l'historisation par assuré des actes, séjours, prestations et produits de santé facturés à l'assurance maladie par les professionnels et les établissements de santé. L'assurance maladie y procède déjà pour imputer les participations forfaitaires et franchises restant à la charge des assurés sur les remboursements de frais de santé et les prestations en espèces qui leur sont versés et, sur un champ plus étroit, pour détecter *a priori* ou *a posteriori* des doubles paiements.

Plutôt que d'engager une refonte de sa chaîne informatisée de règlement des frais de santé, la Cnam prévoit d'utiliser le moteur de liquidation des prises en charge de frais de santé développé par la MSA. Selon elle, ce changement de moteur de liquidation des prestations correspondantes permettrait d'intégrer ou de renforcer les contrôles automatisés sur plusieurs maillons de la chaîne précitée.

3 - Généraliser la facturation individuelle des séjours en établissement de santé

S'agissant des séjours de médecine, chirurgie ou obstétrique (MCO) effectués en établissement de santé¹⁶⁰, le déploiement par l'assurance maladie de contrôles automatisés de la conformité des facturations à la réglementation est tributaire du procédé de facturation.

Les établissements de santé privés à caractère lucratif (« ex-OQN ») facturent directement à l'assurance maladie les séjours qui y sont effectués, ce qui doit permettre le déploiement d'un nombre accru de contrôles automatisés de conformité à la réglementation.

En revanche, sauf exception, les établissements publics et privés non lucratifs (« ex-DG ») facturent à l'assurance maladie les séjours qui y sont effectués selon un procédé indirect : ils déclarent les séjours sur la plateforme PMSI¹⁶¹ mise à leur disposition par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (Atih) et les ARS notifient à l'assurance maladie des arrêtés de versement établis sur le fondement de ces données d'activité. Les ARS n'opèrent pas de vérification de la cohérence des données.

¹⁶⁰ En 2018, 18,8 millions de séjours ont été effectués, dont 12,1 millions en établissement « ex-DG ».

¹⁶¹ Programme de médicalisation des systèmes d'information.

Afin que l'assurance maladie puisse mettre en œuvre des contrôles automatisés, il conviendrait que l'ensemble des séjours en établissement de santé lui soient facturés directement, et non plus par le truchement d'arrêtés des ARS.

Or, le projet de facturation individuelle des établissements de santé (Fides) pour les établissements de santé publics et privés non lucratifs a pris un retard massif, par manque de volonté et d'affectation de ressources par les établissements de santé et l'assurance maladie. La loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie avait prévu que les établissements publics de santé facturent directement à partir de 2009, à l'instar des établissements privés lucratifs et des professionnels libéraux de santé. Cette échéance a été repoussée à plusieurs reprises et dernièrement au 1^{er} mars 2022 par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018.

La facturation directe des séjours à l'assurance maladie par les établissements publics et privés de santé non lucratifs conserve à ce jour un caractère expérimental, limité à un nombre réduit d'établissements. À la suite de la facturation directe des actes et consultations externes, désormais généralisée ou en voie de l'être¹⁶², il importe désormais que, sous l'égide du ministère de la santé, l'assurance maladie et les établissements publics de santé fassent aboutir ce projet essentiel, trop longtemps retardé.

D - Assurer la transparence des facturations

Le logiciel de facturation SEFI¹⁶³, mis par l'assurance maladie à la disposition des transporteurs sanitaires (ambulances et véhicules sanitaires légers) et utilisé de manière optionnelle par ces derniers (voir B - 2 - *supra*), fournit l'information sur le moment de la prestation. S'agissant des médecins, des auxiliaires médicaux et des taxis conventionnés, cette information existe parfois dans leurs logiciels de facturation. Il conviendrait que l'assurance maladie puisse consulter ces informations afin de dissuader et, le cas échéant, de détecter *a posteriori* la facturation d'actes et de prestations fictifs rendus à des assurés distincts, car anormalement proches dans le temps.

Déjouer les actes et prestations fictifs ou surcotés implique aussi que l'assurance maladie y voie clair quant à l'identité même de leurs auteurs. Les facturations au nom d'un même professionnel de santé peuvent en effet recouvrir plusieurs professionnels dans certains cas. Cette situation est normale quand le professionnel est remplacé pendant une période de congé, de maladie ou d'une autre indisponibilité. Elle ne l'est pas quand les facturations adressées à l'assurance maladie sous le matricule d'un professionnel de santé correspondent en fait à l'activité concomitante d'un ou de plusieurs autres praticiens ou auxiliaires, auquel le professionnel en question rétrocède une partie des honoraires. Ce type de situation explique dans certains cas le nombre et le montant aberrants des actes facturés au titre d'une année sous certains matricules, en principe attachés à un seul professionnel de santé.

Même lorsque les actes ont été effectivement réalisés, la facturation sous le matricule d'un professionnel d'actes effectués en réalité par plusieurs d'entre eux n'est pas pour autant régulière. S'agissant des infirmiers et des masseurs-kinésithérapeutes, elle peut en effet traduire le contournement des dispositions réglementaires et conventionnelles relatives au remplacement ou à l'installation des professionnels de santé, dont l'irrespect ne fait aujourd'hui l'objet d'aucune

¹⁶² Début 2019, Fides ACE était déployé dans tous les établissements, sauf l'AP-HP et certains établissements ultramarins. Les activités dites « à forfait », soit environ 1,2 Md€ en 2017, devaient être facturées directement à compter du 1^{er} mars 2020.

¹⁶³ Service électronique de facturation intégré.

sanction. De fait, de nouvelles installations interviennent dans des zones géographiques surdotées où elles sont en principe exclues.

Une difficulté particulière concerne les remplaçants. Les conventions entre l'assurance-maladie et les médecins, les infirmiers et les masseurs-kinésithérapeutes disposent que les professionnels souhaitant effectuer un remplacement doivent s'enregistrer auprès de la CPAM, sans toutefois que les textes précisent les conditions de cet enregistrement et la nature exacte des informations à transmettre. En fait, les CPAM n'ont pas connaissance des remplacements.

En revanche, sauf urgence, les professionnels souhaitant être remplacés doivent tous obtenir une autorisation préalable du conseil départemental de l'ordre (CDO) auquel ils sont affiliés, qui, une fois l'autorisation délivrée, en informe l'ARS. Ainsi, les CDO disposent de l'information la plus à jour concernant les remplacements, sous réserve qu'ils en assurent une gestion dynamique (mise à jour des remplacements et des dates de début et de fin).

La réglementation devrait être modifiée afin de prévoir que les remplaçants des professionnels de santé doivent être désignés par ces derniers auprès de l'assurance maladie, être dûment immatriculés par l'assurance maladie et facturer à cette dernière sous leur propre matricule. En outre, il convient d'instaurer les bases juridiques et les liaisons fonctionnelles permettant une transmission régulière, des CDO aux CPAM, de la liste des professionnels de santé remplacés, afin que les caisses aient une connaissance exhaustive et à jour des professionnels de santé remplacés comme remplaçants.

Enfin, il convient que l'ouverture par l'avenant n° 6 à la convention nationale des infirmiers libéraux (juin 2019) d'une possibilité de salariat d'un confrère s'accompagne du maintien d'une obligation de facturation personnelle pour chaque infirmier.

**

En définitive, réduire les fraudes et les autres irrégularités liées aux actes, séjours, prestations et biens facturés à l'assurance maladie nécessite des évolutions de grande ampleur dans les rapports de l'assurance maladie avec les professionnels et les établissements de santé, à rééquilibrer, et dans son système de production des prestations correspondant à des prises en charge de frais de santé.

Elles concernent tout à la fois la dématérialisation des prescriptions médicales, qui devrait être rendue obligatoire pour toutes les prescriptions, y compris en établissement de santé, l'individualisation de chaque acte et prestation dans les nomenclatures tarifaires applicables, l'application systématique et automatisée des règles de compatibilité et de cumul des actes et prestations pris en charge par l'assurance maladie, la conformité systématique de ces prises en charge aux décisions du service médical, la transparence des auteurs des facturations adressées à l'assurance maladie et du moment de leur intervention à l'égard des patients et l'aménagement de la garantie de paiement accordée aux professionnels de santé pratiquant le tiers payant, afin de permettre aux CPAM d'y déroger pour ceux sanctionnés pour fraude ou pour faute.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Le système déclaratif des données prises en compte pour attribuer, calculer et servir les prestations sociales, aujourd'hui trop ouvert, devrait être nettement resserré afin de sécuriser le versement à bon droit des prestations.

Les marges de progrès sont nombreuses. Dans les développements qui précèdent, la Cour s'est attachée à préciser les principales d'entre elles, sans prétendre à l'exhaustivité :

- les prestations sociales devraient dans tous les cas être versées sur les comptes bancaires de leurs seuls bénéficiaires ;*
- les salaires déclarés au titre des prélèvements sociaux devraient correspondre exactement à ceux qui ouvrent des droits aux retraites de base, aux indemnités journalières et aux allocations de chômage et réciproquement ;*
- l'assurance maladie ne devrait plus régler aux professionnels et aux établissements de santé des factures manifestement non conformes à la réglementation ;*
- les actes paramédicaux, les prestations de transport et les médicaments et dispositifs médicaux délivrés devraient correspondre à ceux prescrits par un médecin, sauf exception justifiée et les prises en charge de frais de santé respecter strictement les décisions du service médical de l'assurance maladie ;*
- les prises en charge de frais de santé par l'assurance maladie devraient s'interrompre dès la clôture des droits à l'assurance maladie ;*
- des droits ou prestations ne devraient plus être attribués ou continuer à être versées sur le fondement de revenus d'activité ou de ressources minorés par rapport à ceux que peuvent connaître les autres organismes sociaux et les administrations de l'État, ou dans l'ignorance de reprises du travail dont les salaires déclarés portent pourtant la marque ;*
- les aides au logement devraient être versées au titre de biens immobiliers qui existent et qui sont occupés par les bénéficiaires des aides et les revenus fonciers déclarés à l'administration fiscale par les bailleurs privés ne pas être inférieurs aux aides.*

La mise à niveau des systèmes d'information et des procédures des organismes sociaux est ainsi un enjeu fondamental pour réduire le périmètre particulièrement étendu des modes opératoires possibles de fraudes et, ce faisant, élever le niveau de complexité des fraudes, en contraignant leurs auteurs, s'ils n'en sont pas dissuadés, à s'exposer plus qu'ils n'ont aujourd'hui à le faire.

Par ailleurs, il importe de déterminer précisément l'étendue des situations de maintien à tort de droits à la prise en charge de frais de santé par l'assurance maladie dans le cadre de la protection universelle maladie (PUMa) pour des assurés qui ne remplissent plus les conditions d'activité ou de résidence stable en France et de résorber ces situations, en intensifiant à cette fin les contrôles de toute nature (croisement de données avec celles d'autres administrations, contrôle d'assurés appelés à produire des justificatifs).

La Cour formule ainsi les recommandations suivantes afin de tarir une part significative des fraudes et des erreurs liées aux données déclarées par les assurés, allocataires, professionnels et établissements de santé :

3. *prévenir les détournements de versement de prestations en mettant en œuvre un rapprochement automatisé des coordonnées bancaires communiquées par les assurés, allocataires, professionnels de santé et autres tiers (bailleurs) avec le fichier Ficoba des comptes bancaires ouverts en France, y compris sur le stock d'identités bancaires antérieures à la mise en œuvre de ce rapprochement (ministères chargés de la sécurité sociale, du travail et de l'emploi et de l'économie, ensemble des organismes nationaux de protection sociale) ;*
4. *réduire les fraudes et les autres irrégularités liées aux actes et prestations facturés à l'assurance maladie :*
 - *en rendant obligatoire la dématérialisation de l'ensemble des prescriptions médicales, y compris en établissement de santé ;*
 - *en individualisant chaque acte et prestation dans les nomenclatures tarifaires ;*
 - *en mettant en place des contrôles automatisés de l'application des règles de compatibilité et de cumul des actes et prestations facturés, ainsi que de conformité aux décisions du service médical ;*
 - *en prévoyant une obligation d'intégration de ces contrôles aux logiciels de facturation des professionnels et établissements de santé ;*
 - *en maintenant une facturation individualisée par professionnel de santé de ville, même salarié ;*
 - *en permettant aux caisses d'assurance maladie de consulter les données d'horodatage dans les logiciels de facturation des professionnels de santé ;*
 - *en assurant l'information des caisses sur les remplaçants des professionnels de santé via leurs ordres professionnels ;*
 - *en autorisant les caisses d'assurance maladie à déroger à la garantie de paiement sous sept jours pour les professionnels sanctionnés pour fraude ou pour faute (ministère chargé de la sécurité sociale, Cnam) ;*
5. *réduire les fraudes et les autres irrégularités liées à l'activité préalable et aux salaires pour les allocations chômage et les indemnités journalières, à la carrière pour les retraites de base, ainsi qu'aux prélèvements sociaux en mettant en œuvre un rapprochement automatisé permanent entre les assiettes de prélèvements sociaux déclarées de manière globale par les employeurs de salariés aux Urssaf d'une part et les salaires, quotités horaires et périodes travaillées déclarés de manière individualisée par salarié par ces mêmes employeurs d'autre part (ministères chargés de la sécurité sociale et du travail et de l'emploi, Acoiss, Cnav, Cnam, Pôle emploi) ;*
6. *exploiter en masse les données du dispositif ressources mutualisé afin de réduire les fraudes et les autres irrégularités portant sur l'attribution et le versement des prestations familiales, des minima sociaux, de la complémentaire santé solidaire, des indemnités journalières, des pensions d'invalidité et des allocations chômage et imputables à l'absence ou à la sous-déclaration de ressources, de revenus professionnels et de reprises du travail faisant suite à un arrêt de travail ou à une inactivité forcée (ministères chargé de la sécurité sociale et du travail et de l'emploi, ensemble des organismes nationaux de protection sociale) ;*

7. *déterminer dans un calendrier rapproché l'ampleur exacte du surnombre de droits ouverts à une prise en charge des frais de santé par l'assurance maladie dans le cadre de la protection universelle maladie (PUMa), la nature et l'importance relative des facteurs explicatifs de ce surnombre et les évolutions à apporter au périmètre et aux modalités des contrôles de l'application de la PUMa afin de le résorber (ministère chargé de la sécurité sociale, Cnam) ;*
8. *réduire les fraudes sociales et fiscales aux aides au logement :*
 - *en introduisant les références des logements concernés parmi les données devant être déclarées par les bailleurs privés en tiers payant et les locataires qui perçoivent les aides (sur communication de leurs bailleurs) et en rapprochant ces mêmes données des données sur les logements détenues par la DGFIP (nouveau répertoire national des locaux et, ultérieurement, fichier des propriétaires de locaux affectés à l'habitation) ;*
 - *en assurant l'information de l'administration fiscale sur les aides versées afin de lui permettre de fiabiliser les revenus fonciers déclarés (ministères chargés de la sécurité sociale, du logement et du budget, Cnaf, DGFIP) ;*
9. *en ce qui concerne les cartes Vitale :*
 - *mettre en place une carte dématérialisée et individualisée par assuré, y compris au titre de l'ensemble des enfants, permettant aux professionnels et aux établissements de santé de facturer à l'assurance maladie à partir de la situation à jour des droits des assurés sociaux dans le système d'information de cette dernière ;*
 - *dans l'immédiat, éteindre le stock de cartes Vitale excédentaires par rapport aux assurés habilités à en détenir et rappeler aux assurés le caractère strictement personnel de la détention de la carte, exclusif de toute remise à un tiers, quel qu'il soit (ministère chargé de la sécurité sociale, Cnam, autres régimes d'assurance maladie que le régime général) ;*
10. *continuer à améliorer les procédures d'immatriculation des assurés nés à l'étranger, en généralisant les numéros identifiants d'attente (NIA), en mutualisant l'information sur les tentatives déjouées de fraude et en développant les convocations physiques des demandeurs en cas de doute sur les justificatifs produits (ministère chargé de la sécurité sociale, Cnav, autres organismes sociaux).*

Au vu du retard pris par de nombreux projets, voire du renoncement à certains d'entre eux, et de l'ampleur des enjeux financiers qui s'attachent à la fraude, il convient d'accroître les dépenses d'investissement consacrées à la réalisation des évolutions des systèmes d'information indispensables à la sécurisation du versement des prestations sociales. Ces dépenses ponctuelles sont sans commune mesure avec les dépenses injustifiées de prestations versées chaque année qu'elles permettront d'interrompre.

Chapitre IV

Intensifier la lutte contre les fraudes et mieux les sanctionner

I - Renforcer l'effort de détection des fraudes difficiles à appréhender

Même si une grande partie des modes opératoires de fraude étaient taris à la source, notamment en prenant d'emblée en compte des données plus fiables ou en industrialisant le rapprochement de données, il n'en resterait pas moins indispensable de renforcer les actions de contrôle qui visent à détecter des fraudes. Seuls des contrôles peuvent en effet permettre d'interrompre certains types de fraude. En outre, des fraudes peuvent résulter de mécanismes complexes ou d'actions collectives dont la mise au jour nécessite des investigations approfondies. Renforcer le travail d'investigation des fraudes, en lui affectant des moyens accrus, serait d'autant plus justifié qu'indépendamment de sa portée dissuasive, il s'agit d'une activité rentable sur le plan financier pour la collectivité.

La lutte contre les fraudes : un bilan coût-efficacité favorable pour les finances publiques

Pour 2019, la Cnaf fait état de 73,5 M€ de charges de personnel engagées au titre des contrôles sur pièces et sur place qui concourent à lutter contre les fraudes, au regard de 323,7 M€ de préjudices constatés et de 20,25 M€ de pénalités, donnant lieu à notification de créances. Compte tenu du recouvrement de 64,3 % des créances à 48 mois, les Caf récupéreront au moins 221 M€. Même en prenant pour hypothèse une quote-part de 50 % de charges indirectes de personnel (au titre notamment des fonctions supports informatique, contentieuse et comptable), le bilan financier reste très favorable, avec un gain net d'au moins 110 M€. Si la Cnaf estimait les préjudices évités au titre de fraudes détectées, un gain encore plus élevé apparaîtrait.

Toujours pour 2019, la Cnav fait état de 4,3 M€ de charges de personnel pour les structures spécialisées de lutte contre les fraudes, au regard de 22,8 M€ d'indus frauduleux et fautifs notifiés. Même en prenant pour hypothèses 50 % de charges indirectes de personnel et un recouvrement des indus limité à 30 % à 48 mois, le bilan financier de la lutte contre les fraudes ressort à l'équilibre. Compte tenu par ailleurs des préjudices que la détection de fraudes et de fautes permet d'éviter (137,2 M€), il est certain que la lutte contre les fraudes procure un gain net à la branche vieillesse.

Ce bilan n'a pu être établi pour l'assurance maladie et Pôle emploi, par manque de données sur les dépenses salariales engagées au titre des actions de contrôle qui conduisent à détecter des fraudes et des fautes.

A - Les facturations de frais de santé

L'activité que facturent certains professionnels de santé à l'assurance maladie, débouchant *in fine* sur des rémunérations très importantes, alerte tout particulièrement par le caractère atypique, sinon improbable, de son volume et de sa fréquence.

S'agissant de l'activité des infirmiers libéraux, les services de lutte contre les fraudes des CPAM interrogées considèrent que des honoraires dépassant 200 000 € annuels reflètent, nécessairement, la facturation d'actes fictifs ou surcotés ou la facturation d'actes réalisés en fait par plusieurs infirmiers, dont certains ne sont ainsi pas déclarés auprès de l'assurance maladie ou violent les règles d'interdiction d'installation dans des zones géographiques surdotées.

De même, une part élevée de flux dégradés (« B2 »), sans la carte Vitale de l'assuré, au sein des facturations de médicaments et de dispositifs médicaux à l'assurance maladie par certaines pharmacies, alors que les assurés ont intérêt à être dispensés de l'avance des frais, suggère des facturations fictives par les officines concernées.

Il peut en aller ainsi, pour certains médecins, quand leur patientèle comprend une part particulièrement élevée, même en tenant compte de la sociologie de l'agglomération concernée, d'assurés bénéficiant de la complémentaire santé solidaire, qui sont de droit dispensés de l'avance des frais, ou d'enfants dont les parents bénéficient de cette aide.

Une part élevée de certaines molécules dans l'activités de pharmacies peut par ailleurs caractériser des détournements des traitements de substitution aux opiacés, pouvant parfois comporter une complicité de l'officine.

Dans l'activité de certains établissements de santé, publics comme privés, la part croissante des niveaux de sévérité les plus élevés des patients, et donc les plus rémunérateurs, dans l'ensemble des séjours tarifés à l'activité, peut susciter des interrogations sur le bien-fondé de ces cotations. Si les dossiers des patients ne font pas apparaître de comorbidités associées ou des comorbidités justifiant un moindre niveau de sévérité que celui retenu, la facturation des séjours correspondants à l'assurance maladie est irrégulière, sinon frauduleuse.

Ces observations, fréquentes parmi les gestionnaires des CPAM et les médecins conseil, requièrent une augmentation significative du nombre de contrôles effectués chaque année, permise par une hausse des effectifs administratifs et médicaux de l'assurance maladie qui leur sont consacrés, et complétée par un redéploiement des effectifs de contrôle vers les CPAM dans le ressort desquelles l'activité des professionnels de santé présente les atypies les plus marquées.

La détection d'irrégularités et leur qualification éventuelle en tant que fraudes requièrent en effet un temps d'investigation significatif, d'autant plus élevé quand des témoignages de tiers à l'auteur présumé d'une fraude (assurés et membres de leur famille pour les professionnels de santé) doivent être recueillis par des agents administratifs et le contenu de la prise en charge sanitaire retracée au dossier du patient être spécifiquement analysé par le service médical de l'assurance maladie.

Sans exclure la fixation d'objectifs quantitatifs pour d'autres secteurs, l'assurance maladie devrait relever l'objectif annuel de contrôle des séjours tarifés à l'activité au-delà de la cible de 0,7 % des séjours, reconduite année après année. Elle devrait par ailleurs contrôler, sur trois ans, l'ensemble des infirmiers dont les honoraires dépassent 200 000 € annuels, afin d'interrompre les facturations anormalement élevées. En 2018, 2,1 % des infirmiers, soit 1 838 au total, ont facturé plus de 210 000 € d'honoraires (5,1 % dans les Bouches-du-Rhône).

Les contrôles d'infirmiers réalisés par la CPAM des Bouches-du-Rhône en 2019

En 2019, la CPAM des Bouches-du-Rhône a contrôlé 28 infirmiers (hors contrôles ciblés de facturation), dans le cadre du programme national ou d'actions de contrôle décidées à sa propre initiative, parfois suite au signalement d'un assuré. Ces contrôles ont donné lieu à une phase d'analyse sur pièces et sur place de l'activité de facturation des intéressés puis à leur audition, voire à celle des assurés concernés par les actes mis en cause. Tous les contrôles ont conduit la CPAM à constater des préjudices, souvent au titre de plusieurs griefs ; pour une part, les agissements en cause sont réitérés malgré des sanctions antérieures. Ces comportements frauduleux avérés concernent des infirmiers dont les honoraires annuels dépassent pour la plupart 200 000 € et peuvent atteindre 350 000 €, voire plus de 700 000 €, soit 4 à 8 fois la moyenne régionale (83 207 €).

L'un des infirmiers mis en cause indique facturer un acte même lorsque le patient est absent ou refuse de l'accueillir en justifiant cette pratique par le temps perdu à essayer de le contacter. Ces actes fictifs ont causé un préjudice de 45 137 € pour l'assurance maladie.

Confondu pour falsification, un autre reconnaît avoir photocopié des prescriptions médicales pour en modifier la date et en avoir surchargé d'autres en y ajoutant des horaires de passages, dont un de nuit, ne correspondant pas aux besoins du patient, occasionnant ainsi un préjudice de 353 962 €. Dans un autre cas, une collusion avec un médecin prescripteur de fausses ordonnances est suspectée.

Méconnaissant sciemment la réglementation en la matière, un infirmier mis en cause indique avoir toujours exercé son activité avec plusieurs remplaçants sans pour autant cesser de travailler, le préjudice s'élevant à 242 574 €.

D'autres infirmiers facturent un nombre d'actes infirmiers de soins AIS3 manifestement supérieur à ce qu'ils auraient pu réaliser eu égard aux volumes horaires quotidiens maximaux allégués¹⁶⁴. Pour l'un d'entre eux, la facturation effectuée correspondait à des journées de travail atteignant 34 heures (hors déplacements, actes AMI et actes facturés aux autres CPAM). Pour un autre, plusieurs fois sanctionné au cours des dix-sept dernières années¹⁶⁵, l'activité facturée porte à croire que ses journées de travail intègrent une profusion de déplacements (ex. : sur une seule journée, 351 actes associés à 220 déplacements) ; le préjudice atteint 634 211 €.

B - La composition et les ressources des foyers d'assurés et d'allocataires

Fréquemment, les données du dispositif ressources mutualisé ne suffiront pas à garantir la composition du foyer, affectée par l'instabilité des structures familiales, ni la complétude des revenus d'activité, que le travail non déclaré peut en tout ou partie occulter.

Les contrôles sur place, par lesquels les contrôleurs se rendent au domicile des bénéficiaires des prestations ou les convoquent, ou procèdent à des vérifications auprès d'autres administrations ou d'établissements financiers (recueil des relevés de comptes bancaires en application du droit de communication), sont le moyen le plus efficace pour réduire ces risques.

¹⁶⁴ La jurisprudence a admis que le volume horaire quotidien ne peut dépasser 17 heures sans dégradation de la qualité des soins (C. cass., ch. civ., 12 mars 2015, n°14-14646 et C. cass., ch. civ., 9 mars 2017, n°16-11196). Le préjudice est calculé sur la base du nombre d'actes infirmiers de soins AIS3 (30 minutes par acte) dépassant le volume horaire quotidien maximal allégué ou un plafond de 17 heures si l'infirmier en déclare plus.

¹⁶⁵ Interdiction ordinaire d'exercer pendant deux ans, dont un an ferme (2003) ; pénalité financière de 15 900 € pour suractivité (2011 – préjudice de 154 800 €) ; avertissement (2014 – préjudice de 114 700 €) ; pénalité financière de 22 300 € pour cumul non autorisé d'actes (2015 – préjudice de 44 600 €) ; déconventionnement pour une durée de 12 mois pour facturation d'actes fictifs, surcotations, falsification de prescriptions et facturations d'actes non prescrits (2017 – préjudice de 84 000 €). Au moment du contrôle de 2019, cet infirmier était à l'origine d'un préjudice total non recouvré de 973 400 € pour la CPAM des Bouches-du-Rhône et de 108 600 € pour celle du Var.

En 2019, les contrôles sur place des Caf ont ainsi permis de détecter des indus dans 55 % des cas et des rappels dans 42 % des cas ; compte tenu de la constatation simultanée d'indus et de rappels au titre de différents motifs, 64 % des contrôles ont débouché sur une modification de la situation des allocataires. Au fil du temps, l'affinement des critères de ciblage des contrôles sur place a permis de détecter des proportions croissantes d'indus et de rappels, pour des montants moyens de plus en plus élevés.

Néanmoins, le plafonnement du nombre de contrôles sur place (aux alentours de 170 000 par an), imputable à une moindre productivité des agents que celle attendue par la Cnaf et au nombre d'agents affectés à ces contrôles, qui nécessitent des délais de réalisation importants, limite leur capacité à réduire les fraudes et les autres irrégularités que les autres types de contrôle appréhendent moins efficacement.

Passer du contrôle sur place annuel d'un foyer allocataire du RSA sur vingt à un sur dix nécessiterait d'augmenter non seulement la productivité des agents agréés et assermentés, mais aussi leur nombre (635 ETP en 2019).

C - La stabilité de la résidence en France

Un grand nombre de droits et de prestations sont soumis à une condition de stabilité de la résidence de leurs bénéficiaires en France : droits à la prise en charge des frais de santé dans le cadre de la protection maladie universelle de base (PUMa) et de la complémentaire santé solidaire, allocations chômage, ensemble des prestations familiales et de solidarité versées par les Caf, sauf exception. Or, la croissance des migrations internationales à partir de la France¹⁶⁶, la baisse du coût des transports aériens et la dématérialisation des moyens de paiement se conjuguent pour accroître les risques de fraude.

Les organismes sociaux ont vocation à exploiter l'ensemble des informations qu'ils détiennent, celles de leurs homologues et celles des administrations de l'État afin de confirmer ou, le cas échéant, infirmer le respect de la condition de résidence stable en France : déclarations de départ à l'étranger faites à un autre organisme social ou à la DGFIP, inscriptions au registre des Français établis hors de France, absence d'enfants scolarisés dans les bases élèves (malgré leur déclaration en tant que membres du foyer pour les prestations versées par les Caf ou d'ayants droit pour les prestations maladie), longues séries de soins à l'étranger, remise en cause de la résidence en France par un autre organisme social.

L'enjeu de la fraude à la résidence est attesté par les résultats des contrôles menés par les Caf, en 2019, sur une partie des allocataires qui effectuent des déclarations trimestrielles de ressources à partir d'une adresse « IP » située à l'étranger¹⁶⁷. Sur près de 9 000 contrôles lancés, dont 7 900 ont été achevés en 2019, 62 % ont conduit à constater des indus, pour un montant total proche de 55 M€ et un montant moyen dépassant 6 900 €. Quatre indus sur cinq étaient affectés d'une suspicion de fraude.

¹⁶⁶ Le ministère des affaires étrangères estime à 2,5 millions le nombre de Français résidant à l'étranger. Fin 2018, 1,8 million de personnes étaient inscrites au registre des Français à l'étranger tenu par les consulats français (dont près de 760 000 avec une double nationalité), contre près de 1,5 million fin 2009 (dont près de 650 000 avec une double nationalité). En 2000, leur nombre était d'un million.

¹⁶⁷ Le fait que l'adresse « IP » soit située à l'étranger n'implique pas en soi une déclaration à partir de l'étranger (le serveur peut être à l'étranger), ni qu'une déclaration de l'étranger traduise une fraude (la présence à l'étranger peut n'être que temporaire). À l'inverse, des proxys informatiques peuvent masquer le pays d'envoi de la déclaration.

D - L'existence des titulaires de prestations résidant à l'étranger

À la différence de la prise en charge de frais de santé, des prestations familiales et de solidarité et des allocations chômage, d'autres prestations, dites « exportables », peuvent être versées à des assurés résidant à l'étranger : prestations de retraite (à l'exception de celles du minimum vieillesse), rentes d'accidents du travail-maladies professionnelles (AT-MP) et pensions d'invalidité. En 2019, la branche vieillesse du régime général (régime des salariés) a ainsi versé 4 Md€ de prestations (soit 3,2 % du total) à 1,2 million de retraités résidant à l'étranger (soit 8,3 % du total). Avec environ le tiers du montant des prestations versées, l'Algérie est le premier pays de destination, suivie par le Portugal, l'Espagne, l'Italie, la Belgique, le Maroc et la Tunisie.

Les actions mises en œuvre par les régimes de retraite couvrent insuffisamment le risque de poursuite injustifiée du versement de prestations à des assurés résidant à l'étranger et dont le décès n'a pas été signalé par leurs proches ou est dissimulé par l'envoi de certificats d'existence injustifiés ou falsifiés. En termes financiers, ce risque ne concerne qu'à la marge des assurés centenaires (voir encadré *infra*) et porte pour l'essentiel sur des âges moins avancés.

Une place réduite des centenaires dans les retraites versées à des résidents à l'étranger

Si les médias braquent parfois l'attention sur la perception de prestations de régimes français de retraite par des centenaires résidant dans des pays étrangers, le risque financier lié à leur décès possible est en fait limité.

Ainsi, en décembre 2019, 1 717 bénéficiaires de prestations de retraite du régime général connus pour résider à l'étranger avaient 100 ans et plus (dont 872 en Algérie¹⁶⁸) et ont perçu un peu moins de 0,6 M€ de prestations, soit 6,8 M€ en extrapolant ce montant sur l'ensemble de l'année 2019.

Toujours en décembre 2019, 14 814 bénéficiaires de prestations de retraite du régime général connus pour résider en France avaient 100 ans et plus¹⁶⁹ et ont perçu un peu moins de 9,4 M€ de prestations, soit 112,2 M€ extrapolés sur l'ensemble de l'année 2019. S'il comprend un nombre indéterminé d'assurés dont le départ à l'étranger n'a pas été signalé, et dont certains sont décédés, le nombre de centenaires connus pour résider en France et bénéficiant d'une retraite versée par le régime général est en tout état de cause inférieur à la population des centenaires en France estimée par l'Insee (19 000 environ à fin 2019)¹⁷⁰.

Par ailleurs, il arrive dans certains cas que les âges très élevés, sinon improbables, de certains assurés, traduisent des erreurs anciennes de saisie de leurs données d'identification.

1 - Les certificats d'existence : un dispositif parfois contourné

Lorsqu'un assuré décède en France, à moins que cette circonstance soit dissimulée par ses proches, le décès est porté à la connaissance de l'état civil de sa commune de résidence et, ce faisant, au répertoire national de l'identification des personnes physiques (RNIPP) de l'Insee et au système national de gestion des identifiants (SNGI), fichier miroir du RNIPP tenu par la Cnav pour le compte de l'ensemble des organismes de protection sociale. S'agissant des personnes de nationalité française qui décèdent à l'étranger, le signalement du décès au consulat de France

¹⁶⁸ Dont 13 de 110 ans et plus, l'âge le plus élevé étant de 117 ans.

¹⁶⁹ Dont 31 de 110 ans et plus, l'âge le plus élevé étant de 115 ans.

¹⁷⁰ Insee Première n° 1789, Bilan démographique 2019.

entraîne une actualisation du RNIPP et du SNGI. L'intégration au SNGI d'une information relative à un décès interrompt automatiquement le versement des prestations.

Afin de ne pas dépendre uniquement du signalement des décès par des proches, les régimes de protection sociale adressent aux titulaires de prestations connus pour résider à l'étranger des « certificats d'existence », qu'ils doivent retourner tamponnés par une autorité administrative locale auprès de laquelle ils doivent en principe se présenter. Passé le délai déterminé dans lequel le certificat d'existence doit être retourné (3 mois à l'heure actuelle), le versement des prestations s'interrompt automatiquement.

Ce dispositif peut cependant être contourné, si l'autorité administrative locale n'exige pas la présentation physique de l'assuré et n'a elle-même pas connaissance d'un éventuel décès¹⁷¹, si elle succombe à une tentative de corruption ou si son cachet est subtilisé ou imité.

2 - Un apport réduit de la gestion mutualisée des certificats entre les régimes

Après un long délai, les régimes de retraite mutualisent depuis novembre 2019, dans le cadre du GIP Union retraite¹⁷², l'envoi, le traitement et le contrôle des certificats d'existence. Dans le cadre du nouveau dispositif, les titulaires d'une pension de base de la Cnav (ou de la MSA) et d'une pension complémentaire de l'Agirc-Arrco (ou de l'Ircantec) sont ainsi destinataires d'un formulaire unique, ce qui doit en principe mettre fin à des situations dans lesquelles le versement de la prestation de base se poursuivait, du fait de la réception d'un certificat d'existence, mais pas celui de la prestation complémentaire, faute d'une telle réception, ou inversement. À ce jour, la Cnam ne participe pas à ce dispositif au titre des rentes AT-MP et des pensions d'invalidité.

De novembre 2019 à mars 2020, des demandes de certificat d'existence ont été adressées à un peu plus d'un million de pensionnés connus pour résider à l'étranger ; début mars 2020, 99,35 % des certificats retournés ont été considérés comme valides par l'Agirc-Arrco.

La mise en place d'un certificat commun à l'ensemble des régimes de retraite a fait apparaître des désalignements des identités des pensionnés connus sous les différents régimes¹⁷³. Ces écarts nécessitent l'apport de corrections à leurs fichiers d'assurés par les régimes. Les situations, *a priori* peu nombreuses, dans lesquelles les noms et prénoms sont identiques, mais pas le NIR, ne semblent pas recensées.

En outre, la mutualisation de la gestion des certificats d'existence entre les régimes de retraite ne garantit pas en soi la fin de situations anormales dans lesquelles une retraite de base est versée, mais pas une retraite complémentaire, ou l'inverse. Contrairement à une

¹⁷¹ Notamment, parce que ce décès serait survenu à l'étranger – en France par exemple.

¹⁷² L'Agirc-Arrco envoie les certificats d'existence, les traite et envoie l'information relative à ce traitement aux régimes concernés ; la Cnav effectue des contrôles de second niveau (sur 5 % des certificats validés et 100 % des certificats invalidés) ; la Caisse des Dépôts et Consignations archive les certificats et conserve les données.

¹⁷³ Selon l'Agirc-Arrco, sur 2 144 600 titulaires de prestations de retraite transmis par les régimes de retraite, un peu plus de 724 000 avaient des NIR, nom et prénoms identiques ; 106 546 avaient le même NIR, mais des noms, des prénoms ou des noms et prénoms différents (ces situations correspondraient à 48 909 NIR uniques).

recommandation de la Cour¹⁷⁴, la Cnav et l'Agirc-Arrco n'ont pas analysé de manière précise¹⁷⁵ l'étendue et les motifs des divergences ni, *a fortiori*, n'ont engagé leur résorption en clôturant des droits injustifiés ou en ouvrant des droits manquants à l'un ou l'autre des deux étages de prestations de retraite.

3 - Étendre les échanges d'information avec les régimes étrangers de protection sociale et, à défaut, développer les contrôles sur place

Afin de réduire sa dépendance à l'égard des certificats d'existence, en la limitant à des cas de non-appariement de données, la Cnav a engagé la mise en place, avec les régimes de protection sociale étrangers, d'échanges périodiques de fichiers d'assurés destinés à acquérir, de part et d'autre, une information relative à leur éventuel décès.

En 2019, seuls 183 000 pensionnés sur un peu plus de 601 000 résidant dans un pays européen étaient concernés par ces échanges, qui utilisent une plateforme d'échanges sécurisés (Testa). Parmi les cinq pays européens à plus forts enjeux, les échanges sont opérationnels avec l'Italie, la Belgique et l'Allemagne. Selon la Cnav, ils doivent prochainement débiter avec l'Espagne. Avec le Portugal, des travaux préparatoires sont désormais engagés.

À l'extérieur de l'Europe, les prérequis techniques (sécurité informatique, prise en compte d'alphabets différents) sont en cours d'étude d'ici octobre 2020, avec le concours d'un prestataire de service et d'un financement européen¹⁷⁶, pour quatre pays à enjeux : Algérie, Maroc, Canada et Israël. S'agissant de l'Algérie, ces prérequis sont d'autant plus lourds qu'ils paraissent concerner les prérogatives de la caisse de retraite elle-même¹⁷⁷.

Il convient d'interrompre plus rapidement qu'aujourd'hui le versement de prestations à des assurés résidant à l'étranger et décédés, en croisant les fichiers respectifs d'assurés des régimes de base et complémentaires de retraite afin de détecter des anomalies et en intervenant auprès des gouvernements des principaux pays extra-européens de résidence des retraités afin de mettre en place des échanges informatisés avec leurs organismes de protection sociale.

Dans l'attente, un renforcement des contrôles sur pièces, mais aussi sur place, apparaît indispensable afin de réduire les risques de détournement de certificats d'existence.

¹⁷⁴ Cour des comptes, « Les retraites versées à des résidents à l'étranger : des risques spécifiques insuffisamment pris en compte, des outils à adapter », *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, septembre 2017*, Chapitre XIII, p. 575-602, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

¹⁷⁵ Selon l'Agirc-Arrco, une étude sur un échantillon très réduit – dont la taille n'a pas été précisée – montrerait que l'absence de versement d'une retraite Agirc-Arrco malgré celui d'une retraite du régime général aurait une explication dans 80 % des cas : versement initial en une fois de la retraite complémentaire, retraite de base de la MSA, absence de demande de la retraite complémentaire, suspension du versement de la retraite par l'Agirc-Arrco. Dans 20 % des cas, elle n'en aurait donc pas, sachant que l'absence de retraite complémentaire n'est pas une situation normale (l'assuré(e) a été lésé(e) dans ses droits) et que la poursuite du versement de la prestation de base du régime général tandis qu'Agirc-Arrco a suspendu celui de la prestation complémentaire peut comporter un préjudice au détriment du régime général. La Cnav avance une explication partielle, non chiffrée : les transmissions du régime général à l'Agirc-Arrco sont obligatoires pour l'application des règlements européens de coordination ; en revanche, il revient aux assurés qui relèvent de conventions internationales de faire par eux-mêmes une demande auprès d'Agirc-Arrco, ce qu'ils ne font pas toujours.

¹⁷⁶ Au titre du programme d'appui à la réforme structurelle (PARS), doté d'un budget de 222,8 M€.

¹⁷⁷ Lors d'une réunion entre la Cnav et la caisse nationale de retraite algérienne (3-4 septembre 2019), cette dernière a indiqué que le registre d'état civil, tenu par le ministère de l'intérieur et des collectivités locales, était disponible uniquement en langue arabe et que la caisse ne bénéficiait pas de flux automatisés d'information, mais était uniquement habilitée à le consulter.

La Cnav et l'Agirc-Arrco prévoient de mener, au cours du dernier trimestre 2020, une action expérimentale consistant en la convocation aux guichets de l'établissement financier correspondant local de leur prestataire de services financiers, de 1 000 titulaires de prestations de retraite âgés de 85 ans et plus, résidant dans quatre wilayas d'Algérie. Cette expérimentation s'engage avec retard (elle avait été annoncée pour 2017) et est tributaire de la situation sanitaire. Sous réserve de sa mise en œuvre effective, elle pourrait permettre de disposer d'éléments d'appréciation sur l'étendue des fraudes portant sur des âges avancés et d'interrompre certaines d'entre elles. C'est d'autant plus le cas que la Cnav n'a pas reconduit la réalisation, en 2016, de contrôles ciblés d'existence dans des locaux consulaires, qui avait pourtant permis d'interrompre le versement injustifié de prestations.

E - Les fraudes sophistiquées ou en bande organisée

Dans une large mesure, les actions visant à déjouer des fraudes sophistiquées ou en bande organisée, aujourd'hui mal appréhendées, restent à concevoir.

1 - Des contrôles avant tout tournés vers des fraudes individuelles simples

L'assurance maladie met régulièrement en œuvre des programmes nationaux visant à détecter et qualifier des fraudes en bande organisée portant sur des médicaments et des dispositifs médicaux, à partir de certains critères de ciblage. En revanche, elle ne déploie pas d'actions de ce type pour ce qui concerne les prestations en espèces.

En dehors du traitement d'affaires de comptes de collectage de pensions de retraite versés à des non-résidents, dont elle a été saisie par Tracfin (voir annexe n° 10), la branche vieillesse n'a pas mené au cours des années récentes d'action particulière qui aurait visé à détecter des schémas de détournement de prestations ou de constitution de carrières frauduleuses.

Les contrôles mis en œuvre par la branche famille sont avant tout conçus pour détecter des irrégularités déclaratives, le cas échéant frauduleuses, commises par des individus isolés ou des couples (en cas d'absence d'isolement du bénéficiaire des prestations). C'est seulement depuis début 2019 que la Cnaf a commencé à poser les premiers jalons d'un plan d'action visant spécifiquement la lutte contre les fraudes en bande organisée. En janvier 2020, elle a mis en place une cellule d'expertise sur les fraudes à enjeux, celles qui comportent un mode opératoire inédit ou dont le montant dépasse un certain seuil (32 plafonds mensuels de la sécurité sociale, soit 109 696 € en 2020), composée de quatre experts du réseau des Caf et chargée de la veille, de l'information des caisses, de l'accompagnement des affaires et de la définition progressive d'actions à mettre en œuvre. Depuis lors, la Cnaf a engagé la définition d'un programme national de lutte contre les fraudes à enjeux et prévoit de mettre en place des équipes pluridisciplinaires, composées d'au moins 30 contrôleurs, entièrement consacrés à ce type de fraudes.

Compte tenu de modes de gestion dans lesquels les prestations sont versées, puis une part variable des données déclaratives prises en compte est vérifiée *a posteriori* par des contrôles d'une profondeur elle-même hétérogène, l'assurance maladie (prise en charge des frais de santé et indemnités journalières), la branche famille et Pôle emploi (ensemble des prestations) sont particulièrement exposés à des comportements collectifs de prédation susceptibles de durer plusieurs mois avant d'être interrompus (voir encadré *infra* pour un exemple récent).

Un cas de prédation collective au détriment de la branche famille

En 2018, la branche famille a pris en compte environ 1 200 fausses déclarations de grossesse, effectuées en vue de bénéficier de la prime de naissance de la PAJE par des personnes originaires de Roumanie, qui s'étaient déclarées auto-entrepreneures dans le domaine de la récupération de métaux. Ce « pillage collectif » a duré plusieurs mois avant d'être interrompu. Il a occasionné un préjudice estimé à 1,7 M€, de fait non récupérable.

2 - Lutter plus efficacement contre les fraudes difficilement décelables

Malgré la complexité de leur organisation et du régime des prestations, la sécurité et la protection sociales ne sont pas protégées contre les fraudes sophistiquées.

En effet, l'existence d'un grand nombre d'organismes distincts et l'instabilité des paramètres de déclenchement d'une partie des contrôles peuvent aussi inviter à multiplier les tentatives de fraude, à partir de mêmes modes opératoires, sur une longue période. Des fraudes de grande ampleur sont susceptibles d'être opérées à travers un grand nombre d'opérations de faible montant, dans un nombre élevé d'organismes, dont les délais individuels de réaction et d'information mutuelle sont variables.

Les organismes sociaux ne mènent pas d'action particulière de veille sur internet (*dark web*), alors que des modes opératoires de fraudes et d'arnaques aux prestations sociales s'y vendent et s'y achètent. On peut ainsi acheter en ligne des « kits » de création d'entreprises fictives et des coordonnées bancaires fictives, « prêtées » ou usurpées, sur lesquelles seront versées des prestations obtenues de manière frauduleuse, rapidement transférées à d'autres comptes bancaires, hors d'atteinte car rapidement clôturés ou situés à l'étranger.

Les organismes définissent des actions de contrôle visant à déjouer des fraudes externes et internes, en fonction de la perception qu'ont les gestionnaires des processus concernés des risques qui leur sont liés. En revanche, ils n'ont pas mis en place en leur sein de structure qui aurait pour mission d'analyser de manière systématique et permanente, avec un regard neuf, leurs systèmes d'information, procédures et contrôles et d'y rechercher des failles possibles.

Enfin, face à des fraudeurs susceptibles d'exploiter des faiblesses similaires de leurs processus de gestion, les organismes sociaux ont à ce jour adopté des démarches pour l'essentiel individuelles d'amélioration de leurs dispositifs de prévention et de détection d'irrégularités et de fraudes. La faiblesse des moyens administratifs de la nouvelle mission interministérielle de coordination anti-fraude (Micaf), qui a succédé en juillet dernier à la DNLF, en matière de lutte contre les fraudes aux prestations (un chargé de mission), la faiblesse de ces mêmes moyens s'agissant de la direction de la sécurité sociale (absence d'effectifs spécifiquement consacrés à cette mission à l'heure actuelle, contre trois emplois il y a trois ans¹⁷⁸), le manque d'analyse autonome par cette direction des faiblesses des processus de gestion des organismes de sécurité sociale et des moyens de les renforcer et l'extériorité de Pôle emploi et de l'Agirc-Arrco par rapport à la sécurité sociale amoindrissent les possibilités de progrès collectif et leur impriment un rythme très lent.

¹⁷⁸ En 2017, la lutte contre la fraude, qui relevait d'une structure spécifique dotée de trois emplois, a été rattachée à la mission comptable permanente des organismes de sécurité sociale. Au moment des observations définitives de la Cour, la responsable de cette structure assumait seule la charge de travail liée à cette mission.

Par-delà les progrès à accomplir par chacun des régimes et branches, la création d'une unité spécialisée transversale à l'ensemble des organismes sociaux, composée d'experts dans la répression des agissements criminels et la cybercriminalité et fonctionnant sur le mode d'une *task force*, pourrait permettre de franchir un palier dans la lutte contre les fraudes difficilement décelables.

La Micaf a mis en place des groupes opérationnels nationaux anti-fraude (Gonaf), rassemblant ministères et organismes de protection sociale, afin de favoriser des partages d'analyses et des échanges opérationnels à partir de cartographies et de typologies communes des fraudes. Le Gonaf « Adaptation des moyens d'enquêtes aux enjeux du numérique » pourrait marquer une première étape dans la constitution de cette unité transversale.

II - Sanctionner plus efficacement les fraudes

Lutter plus efficacement contre les fraudes aux prestations sociales implique en dernier lieu de mieux les sanctionner. À cette fin, il convient que les organismes sociaux mettent en recouvrement l'ensemble des préjudices qu'ils ont subis et que leurs actions répressives soient plus fortement modulées en fonction de la gravité et de la récidive des faits.

A - Mettre en recouvrement l'ensemble des préjudices non prescrits

Une évolution des pratiques et, parfois, des règles en vigueur en matière de constatation d'indus est indispensable pour assurer la mise en recouvrement de la totalité des préjudices.

1 - Appliquer aux indus liés à des fraudes la prescription d'ordre public de cinq ans

Les prestations indûment versées par les organismes de sécurité sociale se prescrivent dans un délai de deux ans à compter de leur versement, sauf en cas de fraude ou de fausse déclaration¹⁷⁹. Dans le silence des textes, les indus liés à des fraudes se prescrivent dans le délai d'ordre public de cinq ans fixé par l'article 2224 du code civil. En cas d'action pénale, le délai de prescription est de six ans ou de 12 ans en cas d'action occulte¹⁸⁰.

Or, les systèmes d'information de l'assurance maladie et de la branche famille n'ont pas été adaptés pour assurer l'application des délais de prescription propres aux fraudes.

Ainsi, les bases de l'assurance maladie ne conservent les données de remboursement que sur une période de deux ans ainsi que le trimestre en cours. Si l'indu notifié peut dépasser deux ans lorsque les délais de réalisation du contrôle s'allongent, il ne peut remonter en arrière au-delà de deux ans.

¹⁷⁹ Articles L. 332-1 (maladie et maternité), L. 355-3 (vieillesse hors minimum vieillesse et invalidité), L. 431-2 (AT-MP), L. 553-1 (prestations familiales et prime d'activité), L. 815-11 (minimum vieillesse) et L. 821-5 (AAH) du code de la sécurité sociale ; article L. 262-45 du code de l'action sociale et des familles (RSA).

¹⁸⁰ Articles 8, alinéa 1 et 9-1, alinéa 3 du code de procédure pénale. Le délai de prescription de deux ans prévu par les codes de la sécurité sociale et de l'action sociale et des familles part du jour où la caisse de sécurité sociale aurait dû connaître les faits justifiant la notification d'indus, celui de cinq ans du code civil de l'envoi d'une lettre de mise en demeure et ceux du code de procédure pénale du premier acte d'instruction.

Le système d'information de la branche famille limite à deux ans le calcul automatisé des indus. Lorsque le préjudice ainsi déterminé dépasse le plafond de la sécurité sociale, la Cnaf prescrit aux Caf de calculer les indus sur trois ans, en utilisant à cet effet un outil bureautique. À la demande des conseils départementaux ou en cas d'escroquerie, elle les invite par ailleurs à calculer les indus sur les durées plus longues de prescription du code civil et du code de procédure pénale. Compte tenu de la lourdeur des tâches manuelles à effectuer, les Caf appliquent ces consignes de manière hétérogène.

Il convient que le chantier informatique nécessaire à la détection, l'implantation et la gestion automatisée des indus frauduleux sur l'ensemble des cinq années non prescrites soit enfin réalisé par la Cnaf. Appliquer la prescription de cinq ans en cas de fraude conduit à augmenter significativement le montant des indus constatés et mis en recouvrement¹⁸¹.

Pour sa part, la Cnam ne prévoit pas d'adapter le système d'information de l'assurance maladie afin d'appliquer aux indus frauduleux la prescription d'ordre public de cinq ans. Selon toute vraisemblance, l'enjeu financier est pourtant lui aussi significatif.

2 - Permettre à l'assurance maladie d'extrapoler les indus sur des échantillons représentatifs de factures et de séjours contrôlés

Les dépenses de l'assurance maladie liées à des prises en charge de frais de santé procèdent de la facturation par les professionnels et les établissements de santé d'une multitude d'actes, de prestations et de biens (1,3 milliard au total en facturation directe pour le seul régime général en 2019). Cette atomisation des facturations implique que l'assurance maladie ne peut en contrôler qu'une fraction limitée. Dès lors, il importe que ses contrôles lui permettent, par-delà les seules factures contrôlées, de tirer des conséquences financières globales et juridiquement inattaquables de constats d'irrégularités d'une partie des facturations.

C'est imparfaitement le cas aujourd'hui, malgré des jurisprudences de la Cour de cassation favorables à la détermination par l'assurance maladie des indus liés à des fraudes ou à des fautes par extrapolation des résultats de contrôles portant sur des échantillons de factures.

Des arrêts de la Cour de cassation favorables à l'assurance maladie

La Cour de cassation (chambre criminelle, 24 mars 2015, pourvoi n° 14-81224) a rappelé admettre « *en vertu d'une jurisprudence constante la possibilité pour l'organisme social victime d'une fraude d'évaluer le montant du préjudice subi à partir d'une méthode par extrapolation* » et jugé « *qu'en rejetant en l'espèce la demande d'indemnisation de la CPAM sur le fondement du rejet de la méthode d'évaluation par extrapolation utilisée par celle-ci pour évaluer son préjudice, en raison de son prétendu manque de fiabilité, la cour d'appel a méconnu les exigences du droit à réparation résultant de l'article 1382 du code civil et la jurisprudence constante de la chambre criminelle rendue sur son fondement* ».

¹⁸¹ Depuis 2016, les Caf mènent une opération de contrôle des bailleurs privés bénéficiaires d'aides au logement par ailleurs titulaires du RSA. En 2019, 917 contrôles ont été réalisés, dont 83 % ont débouché sur le constat d'indus et, spécifiquement, 70 % d'indus frauduleux. Au total, 5,2 M€ d'indus frauduleux et non frauduleux ont été constatés, soit 6 756 € en moyenne (48 258 € pour l'indu le plus élevé). Comme en 2018, la levée de la prescription à deux ans a permis d'augmenter le montant des indus d'environ 10 %.

Dans le même sens, elle a estimé que la cour d'appel de Versailles n'avait pas recherché l'étendue du préjudice résultant de la culpabilité du prévenu, en limitant l'évaluation du dommage frauduleusement obtenu aux seuls actes fictifs retenus par sondage par l'expert judiciaire qu'elle avait désigné (chambre criminelle, 27 juin 2018, pourvoi n° 17-83001).

La Cour de cassation (chambre criminelle, 2 février 2016, pourvoi n° 14-88059) a par ailleurs considéré que la cour d'appel de Bordeaux, qui avait admis que la preuve de l'existence d'une fausse déclaration à la sécurité sociale puisse résulter d'une analyse statistique du nombre d'actes remboursés par la sécurité sociale comparée à une moyenne régionale, avait « *sans insuffisance ni contradiction, caractérisé en tous ses éléments, tant matériels qu'intentionnel, le délit de fraude* ».

Selon des dispositions introduites par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010, l'article L. 162-1-14-2 du code de la sécurité sociale prévoit que le contrôle par une caisse d'assurance maladie de tout ou partie de l'activité de certaines professions de santé (pharmacies, laboratoires d'analyses biologiques, fournisseurs de dispositifs médicaux, transporteurs sanitaires et taxis) et des établissements de santé, pour les seuls actes et consultations externes, est effectué sur la base d'un échantillon d'opérations quand leur chiffre d'affaires annuel dépasse un certain seuil. En cas de constat d'indus, la caisse peut prononcer une pénalité dont le montant dépend du pourcentage des sommes indûment versées par rapport au total de celles prises en charge par l'assurance maladie. En fonction de la gravité des faits, ce montant peut être supprimé, minoré ou majoré (dans la limite de 25 %). Lorsque les sommes versées à tort sont principalement liées à des fraudes¹⁸², la majoration peut être augmentée (jusqu'à 100 %).

Toutefois, le décret en Conseil d'État qui devait fixer les périmètres d'activité contrôlés sur échantillon, les seuils de chiffres d'affaires et la méthodologie de contrôle sur échantillon n'a toujours pas été pris, si bien que ces dispositions restent inappliquées.

Par ailleurs, la Cnam souligne que la somme des indus constatés par les CPAM et des sanctions notifiées par les directeurs généraux d'ARS, dont le montant maximal a été réduit en 2011 (voir annexe n° 7), ne couvre qu'en partie¹⁸³ le préjudice¹⁸⁴ que subit l'assurance maladie du fait de codages erronés de séjours de médecine, chirurgie ou obstétrique (MCO), détectés lors des contrôles de l'application de la T2A. Il y a plusieurs raisons à cela :

- les indus constatés à la suite de contrôles ne sont pas extrapolés, même quand les échantillons de séjours contrôlés ont un caractère représentatif au plan statistique ;
- seule la moitié environ des séjours est contrôlée dans des champs de contrôle dits « sanctionnables » par les directeurs généraux d'ARS, suivant la définition de cette notion convenue par la Cnam, le ministère chargé de la santé et les fédérations hospitalières¹⁸⁵ ;

¹⁸² Au sens de l'article L. 114-17-1 du code de la sécurité sociale.

¹⁸³ Soit 32,6 M€ sur 68,7 M€ pour la campagne 2016 et 30,9 M€ sur 42,9 M€ pour la campagne 2017.

¹⁸⁴ La Cnam estime le montant du préjudice subi par l'assurance maladie au titre des champs de séjours ayant fait l'objet de contrôles en multipliant le montant moyen des indus détectés par séjour contrôlé avec le nombre total de séjours, contrôlés ou non, des champs en question.

¹⁸⁵ Selon le guide du contrôle externe de la T2A MCO, pour qu'un champ soit sanctionnable, le contrôle doit être exhaustif lorsque le champ en question comporte moins de 300 séjours, doit porter sur plus de 150 séjours lorsque le champ en question comporte entre 300 et 1 500 séjours et doit couvrir au moins 10 % du nombre de séjours lorsque ce dernier comporte plus de 1 500 séjours.

- les directeurs généraux d'ARS ne suivent que très partiellement¹⁸⁶ les propositions de sanction des unités de coordination régionale (UCR), elles-mêmes modérées au fil du temps afin de favoriser l'acceptabilité des contrôles par les fédérations hospitalières. En moyenne, les propositions des UCR sont plus suivies pour les établissements « ex-OQN » (privés lucratifs) que pour les « ex-DG » (publics et privés non lucratifs). Les difficultés financières d'une partie des hôpitaux publics concourent à expliquer cet état de fait.

Le champ d'application des dispositions législatives qui prévoient la détermination du montant des indus à partir de l'extrapolation des résultats de contrôles sur des échantillons de factures devrait être étendu à l'ensemble des soins de ville, y compris les actes médicaux et les prestations paramédicales. De même, le code de la sécurité sociale devrait prévoir que le montant des indus constatés à la suite du contrôle d'échantillons représentatifs de séjours tarifés à la T2A est déterminé en extrapolant les résultats de ces contrôles. Il importe aussi que les dispositions réglementaires fixant les règles d'extrapolation soient enfin publiées.

3 - Tirer des conséquences plus étendues du constat de fraudes à l'assurance maladie

En complément de la rémunération à l'acte ou à la boîte ou au dispositif médical vendu, les médecins exerçant à titre libéral et les pharmaciens d'officine bénéficient, en application de conventions négociées avec l'assurance maladie, de forfaits de rémunération liés à la réalisation de certains objectifs de santé publique. Au titre de 2019, les sommes versées au titre de ces dispositifs de rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) ont atteint en moyenne 5 021 € pour les médecins généralistes traitant de l'adulte et 3 658,5 € pour les pharmaciens.

Par nature, les fraudes et fautes sanctionnées par la voie administrative ou pénale disqualifient la réalité du concours apporté par les professionnels de santé concernés à la réalisation des objectifs de santé publique poursuivis par l'assurance maladie.

Les conventions nationales organisant les rapports entre l'assurance maladie et les médecins et les pharmaciens devraient être amendées afin de prévoir la récupération de la ROSP versée au cours des périodes où des fraudes et des fautes ont été sanctionnées. Si tel n'était pas le cas, le cadre législatif de ces conventions aurait vocation à être modifié en ce sens.

B - Moduler plus fortement la sanction des irrégularités constatées

1 - Mieux distinguer la fraude de la simple erreur

En 2018, 5,3 % seulement des décisions rendues par les commissions administratives « fraude » des Caf ont écarté la suspicion de fraude, au regard des critères définis par la Cnaf (11 % en 2017).

¹⁸⁶ Les sanctions prononcées par les directeurs généraux d'ARS sont passées de 30 % des propositions des UCR pour la campagne de contrôle 2012 à 25 % pour celle de 2015, avant de chuter à 9 % pour la campagne 2016 et à 8 % pour celle de 2017. Au titre de la campagne 2017, seules 3,3 M€ de sanctions ont été prononcées pour 39,6 M€ proposées.

La loi n° 2018-727 du 10 août 2018 pour un État au service d'une société de confiance a prévu un droit de régularisation en cas d'erreur pour les personnes dans leurs relations avec les administrations, sauf « *en cas de mauvaise foi ou de fraude* »¹⁸⁸. En outre, elle a modifié les dispositions du code de la sécurité sociale afin d'exclure l'application d'avertissements ou de pénalités par les directeurs de caisses de sécurité sociale, en cas d'inexactitude ou de caractère incomplet des déclarations ou d'absence de déclaration d'un changement de situation, lorsque la personne concernée est « de bonne foi ».

Ces évolutions appellent les organismes sociaux à mieux distinguer les erreurs involontaires des erreurs intentionnelles et à mieux justifier la qualification de ces dernières.

À cet égard, l'un des critères matériels retenus par la Cnaf pour suspecter une fraude, la fausse déclaration¹⁸⁹, n'apparaît pas évident au regard de la complexité et de l'hétérogénéité de la définition des ressources entre les prestations¹⁹⁰.

La Cnaf devrait définir de manière plus précise les critères qui, sous réserve notamment des résultats de la procédure contradictoire avec l'allocataire, conduisent à qualifier des fraudes, en tenant compte à ce titre de difficultés spécifiques que peuvent soulever certaines notions (comme celle des salaires pour la prime d'activité, voir *supra*). Les précisions à apporter devraient ainsi prendre en compte l'objet des informations omises ou erronées et la communication préalable à l'allocataire d'une information personnalisée sur sa situation.

2 - Permettre, à certaines conditions, des régularisations de situation sans sanction

Souvent, les assurés ou allocataires ne connaissent pas, ne comprennent pas ou oublient leurs obligations déclaratives, notamment lorsque leurs situations familiale, d'emploi ou de ressources changent. Ils pensent moins à déclarer les changements de vie transitoires ou positifs que les changements définitifs ou négatifs. Ils peuvent présumer que l'administration les connaît, alors que ce n'est pas le cas.

La branche famille développe les actions visant à interrompre certaines fraudes potentielles ou à en prévenir le renouvellement.

En présence d'une omission de déclaration de plus de six mois ou d'erreurs répétées, les Caf adressent depuis 2016 à une partie des allocataires qui en sont à l'origine des lettres de mise en garde destinées à leur rappeler leurs obligations déclaratives. En 2019, près de 72 000 lettres ont été adressées par 94 Caf sur 100, contre 47 000 en 2018, soit plus de deux fois l'objectif fixé

¹⁸⁸ Article L. 123-1 du code des relations entre le public et l'administration : « *Une personne ayant méconnu pour la première fois une règle applicable à sa situation ou ayant commis une erreur matérielle lors du renseignement de sa situation ne peut faire l'objet, de la part de l'administration, d'une sanction, pécuniaire ou consistant en la privation de tout ou partie d'une prestation due, si elle a régularisé sa situation de sa propre initiative ou après avoir été invitée à le faire par l'administration dans le délai que celle-ci lui a indiqué. La sanction peut toutefois être prononcée, sans que la personne en cause ne soit invitée à régulariser sa situation, en cas de mauvaise foi ou de fraude* ». Selon l'article L. 123-2, « *est de mauvaise foi, au sens du présent titre, toute personne ayant délibérément méconnu une règle applicable à sa situation. En cas de contestation, la preuve de la mauvaise foi et de la fraude incombe à l'administration* ».

¹⁸⁹ La Cnaf définit la fausse déclaration comme une déclaration erronée, spontanée ou en réponse à un formulaire adressé par la Caf, ou bien deux déclarations successives de ressources (annuelles ou trimestrielles) inexactes ou encore trois déclarations comportant des informations divergentes.

¹⁹⁰ À titre d'illustration, les allocataires doivent déclarer la rémunération de l'enfant apprenti présent au foyer lorsqu'elle dépasse 55 % du SMIC, mais pas celle de l'enfant stagiaire, tandis que celle des parents stagiaires de la formation professionnelle doit dans tous les cas être déclarée.

par la Cnaf. Selon cette dernière, il s'agit d'un dispositif efficace : le taux de récurrence suite à une lettre serait de 1,75 % en moyenne, contre 5,5 % sans cet envoi.

Par ailleurs, la Cnaf a généralisé à la mi-2019 des propositions, faites par courrier, courriel ou sms, à certains allocataires, de régulariser spontanément leur situation s'ils n'ont pas déclaré une vie maritale, les revenus d'activité des enfants majeurs membres du foyer (s'agissant des salariés et apprentis dont la rémunération dépasse 55 % du SMIC) ou un départ à l'étranger (appréhendé par l'envoi de déclarations trimestrielles de ressources à partir d'une adresse « IP » située à l'étranger). Si la proportion d'allocataires qui régularisent leur situation suite à ces propositions reste limitée (de l'ordre de 2 % à 3 %), elle est néanmoins plus élevée que pour les « groupes miroir » d'allocataires auxquels cette proposition n'a pas été faite.

À la suite de l'envoi des lettres de mise en garde et des propositions de régularisation de leur situation, les allocataires doivent acquitter des indus, mais n'encourent pas de sanction au titre d'une fraude. En revanche, si un contrôle ultérieur conduit à identifier des omissions déclaratives, l'existence d'une fraude sera constatée.

Pour sa part, l'assurance maladie entend repositionner les actions de contrôle des professionnels de santé par rapport à celles de gestion du risque. Ainsi, elle met en œuvre des campagnes d'accompagnement des professionnels dont les facturations présentent des atypies ou des anomalies (comme la facturation d'actes incompatibles de la CCAM). À l'issue de ces actions, l'absence d'amélioration des pratiques de facturation doit déboucher, outre la mise en recouvrement d'indus, sur l'application de sanctions (cas des masseurs-kinésithérapeutes intervenant en Ehpad en 2019). L'assurance maladie déploie aussi des actions d'accompagnement des professionnels nouvellement installés, afin de les guider et éviter que leurs pratiques de facturation ne copient celles, parfois déviantes, de leurs homologues. Elle projette par ailleurs des actions d'accompagnement des modifications des nomenclatures d'actes et de prestations.

Il conviendrait que la direction de la sécurité sociale recense les pratiques de régularisation sans sanction mises en œuvre par une partie des organismes sociaux, afin d'apprécier l'intérêt de leur extension éventuelle, ainsi que la nécessité de modifier les dispositions du code de la sécurité sociale afin d'en sécuriser l'application.

3 - Mieux proportionner les conséquences de la qualification d'indu frauduleux

Que l'indu ait un caractère frauduleux ou non, les Caf ont l'obligation légale d'appliquer un plan de remboursement personnalisé (PRP)¹⁹¹, tenant compte de la situation du débiteur. Ce plan est déterminé en faisant application d'une formule de calcul¹⁹² conçue pour laisser un reste à vivre au foyer de l'allocataire.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 et le décret n° 2019-268 du 2 avril 2019 pris pour son application ont introduit des dispositions¹⁹³ dérogeant au barème de calcul du plan de remboursement personnalisé lorsque les indus à récupérer sont liés à une fraude : les Caf peuvent alors majorer jusqu'à 50 % le montant de la mensualité du recouvrement découlant du PRP et porter cette majoration à 100 % en cas de réitération de la fraude. Ces plafonds de

¹⁹¹ Article L. 553-2 du code de la sécurité sociale.

¹⁹² Article D. 553-1 du code de la sécurité sociale.

¹⁹³ Codifiées aux articles L. 553-2 et D. 553-5 du code de la sécurité sociale.

majoration couvrent l'ensemble des prestations, minima sociaux compris, et sont systématiquement appliqués.

Dans une préoccupation d'équité de traitement des allocataires et afin de ne pas reproduire à un moindre degré les conséquences des pratiques antérieures de recouvrement des indus frauduleux¹⁹⁴, la Cnaf devrait identifier *a priori* des situations pouvant justifier l'application de majorations de la mensualité du recouvrement moins élevées que le plafond de 50 % prévu par les textes (par exemple, pour l'allocation de soutien familial, l'absence de ressources notables que procurerait le conjoint de l'allocataire pour laquelle une absence d'isolement a été constatée).

4 - Déconventionner d'office les professionnels de santé récidivistes de fraudes

Comme souligné (voir chapitre I, I - C - 2 - *supra*), l'assurance maladie recourt peu au déconventionnement des professionnels de santé prévu par l'article L. 162-15-1 du code de la sécurité sociale lorsqu'elle entend sanctionner des fraudes.

Si, dans l'ensemble des conventions, la liste des manquements n'est pas limitative, la gravité des faits, qui justifierait d'y mettre fin le plus rapidement possible, constitue rarement un motif d'accélération des procédures qui précèdent la notification d'un déconventionnement. En dehors, dans certains cas, des directeurs de laboratoires d'analyses médicales, l'avertissement est un préalable obligatoire. En outre, la durée envisagée du déconventionnement peut justifier un allongement de la procédure au-delà des phases permettant aux professionnels mis en cause de formuler leurs observations et aux commissions paritaires locales d'exprimer leur avis. Enfin, plusieurs conventions prévoient la saisine d'une commission paritaire nationale ; pour les pharmaciens, celle du directeur de l'Uncam.

Afin d'interrompre rapidement les agissements les plus graves, l'article L. 162-15-1 du code de la sécurité sociale prévoit, depuis la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007, qu'en cas d'urgence, lorsque la violation des engagements prévus par la convention est particulièrement grave ou qu'il en résulte pour l'organisme un préjudice financier, la CPAM peut décider de suspendre les effets de la convention après avoir mis à même le professionnel de présenter ses observations. Toutefois, le décret d'application en Conseil d'État n'est jamais intervenu.

Afin de suppléer ce vide juridique, certaines conventions (infirmiers et masseurs-kinésithérapeutes) accordent aux directeurs de caisses d'assurance maladie la possibilité d'appliquer une procédure exceptionnelle de déconventionnement lorsque la violation particulièrement graves de dispositions législatives, réglementaires ou conventionnelles est à l'origine d'une plainte au pénal et d'un préjudice financier dépassant huit plafonds mensuels de la sécurité sociale (soit 27 424 € en 2020).

De surcroît, la durée du déconventionnement prononcé par les CPAM a un caractère variablement dissuasif. Seule la convention des transporteurs sanitaires prévoit une durée minimale de déconventionnement, d'un mois, ou bien d'un an en cas de condamnation pénale pour faux ou usage de faux, de même que la possibilité d'un déconventionnement définitif dans cette même situation.

¹⁹⁴ Avant la loi de financement pour 2019, les Caf dérogeaient sans base légale aux PRP sur le fondement d'instructions de la Cnaf et allaient parfois jusqu'à saisir la totalité des prestations, dès lors qu'elles ne constituaient pas un minimum social.

Enfin, les modalités de mise en œuvre gênent ou limitent les effets du recours au déconventionnement. Si le masseur-kinésithérapeute ou le médecin ne peut ni se faire remplacer, ni exercer aucun remplacement pendant la période de déconventionnement, aucune disposition conventionnelle ne l'interdit aux infirmiers exerçant à titre libéral. La possibilité de prononcer le déconventionnement avec sursis (qui n'existe pas pour les masseurs-kinésithérapeutes) se combinant parfois avec l'avertissement préalable, un médecin ou un infirmier libéral peut persister plusieurs mois dans sa pratique avant de se voir infliger une sanction ferme.

Malgré l'intérêt intrinsèque de la procédure de déconventionnement pour faire cesser les fraudes, les conditions de sa mise en œuvre n'incitent pas l'assurance maladie à y recourir plus largement.

Il convient en premier lieu d'appliquer la loi, en mettant un terme au paradoxe selon lequel, depuis treize ans, la procédure de déconventionnement d'urgence est rendue inopérante par l'abstention de l'exécutif à en définir les modalités d'application. En outre, les procédures de déconventionnement devraient être alignées sur les dispositions les plus protectrices pour l'assurance maladie, en généralisant à l'ensemble des professions les durées minimales de déconventionnement et l'interdiction de remplacement du professionnel concerné, en écartant l'application du sursis lorsqu'une procédure d'avertissement préalable est prévue et en suspendant toute phase d'avertissement en cas de fraude.

Il importe aussi d'empêcher les professionnels de santé fraudeurs de financer, en pratique, le recouvrement des indus et des pénalités financières ou des amendes pénales qui leur ont été infligées en continuant à facturer des actes, des prestations ou des biens fictifs ou à pratiquer des surfacturations. Or, dans le cas général, l'évolution des facturations à l'assurance maladie effectuées par des professionnels sanctionnés qui relèvent des 20 principales CPAM ne marque pas de recul significatif, comme on pourrait s'y attendre¹⁹⁵. Il est fréquent que des professionnels déjà sanctionnés le soient à nouveau pour des faits identiques.

Afin de dissuader ces comportements réitérés et d'éviter les dépenses anormales d'assurance maladie qu'ils provoquent, les dispositions législatives du code de la sécurité sociale devraient prévoir que sont déconventionnés d'office, pour une durée minimale, l'ensemble des professionnels déjà sanctionnés au pénal ou par la voie administrative au titre de fraudes qualifiées, à nouveau sanctionnés à ce même titre selon l'une ou l'autre de ces modalités et ayant épuisé leurs voies de recours contre ces nouvelles sanctions.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Même en resserrant le système déclaratif, certains risques de fraude, parmi les plus sensibles, parce qu'ils portent sur des données difficiles à appréhender – l'activité réelle des professionnels et des établissements de santé, les revenus d'activités non déclarées, l'isolement, la stabilité de la résidence en France –, ne pourront être réduits sans un renforcement des actions de contrôle et des investigations visant à les détecter.

¹⁹⁵ S'agissant par exemple des infirmiers libéraux, une étude conduite par la Cnam en 2019 sur 2 927 dossiers montre que les sanctions « lourdes » infligées en 2017 (*i.e.* sanction conventionnelle, pénalité financière, signalement au parquet, plainte pénale avec ou sans constitution de partie civile et sanction ordinale) ne se sont traduites, au cours des douze mois suivants, que par une baisse de 13 % des montants remboursables mensuels moyens. Ceux-ci restent proches de 10 000 €.

Au-delà du renforcement des contrôles de toute nature visant à assurer le respect de la condition de résidence stable en France pour la prise en charge des frais de santé par l'assurance maladie (voir chapitre III supra), la Cour formule ainsi les recommandations suivantes afin d'intensifier la prévention et la recherche des fraudes aux droits et prestations :

- 11. prévoir dans la prochaine génération de conventions d'objectifs et de gestion avec l'État une hausse significative des budgets informatiques, afin de réaliser les chantiers nécessaires à la sécurisation a priori des droits et des prestations, ainsi que des effectifs d'agents affectés à la lutte contre les fraudes, afin de développer les contrôles sur place et les investigations qui leur sont liées (ministères chargés de la sécurité sociale et du budget, Cnaf, Cnam et Cnav) ;*
- 12. créer une unité spécialisée transversale à l'ensemble des organismes sociaux, de lutte contre les fraudes externes et internes en bande organisée, faisant intervenir des schémas sophistiqués ou opérant sur internet, composée d'agents spécialisés dans la répression des agissements criminels et la cybercriminalité (ministères chargés de la sécurité sociale, du travail et de l'emploi et de l'économie et du travail, ensemble des organismes nationaux de protection sociale).*

Enfin, si plusieurs instruments permettent de réprimer les fraudes – sanctions pénales, administratives, ordinales –, les conséquences financières de leur survenance et de leur répétition sont incomplètement réparées.

La Cour formule ainsi les recommandations suivantes afin de mettre en recouvrement, à l'encontre de leurs auteurs, l'ensemble des préjudices financiers liés à des fraudes et mettre fin à des situations dans lesquelles, en pratique, tout ou partie des sommes recouvrées proviennent de la poursuite de fraudes :

- 13. constater les indus liés à des fraudes sur la totalité de la période de cinq années précédant leur prescription d'ordre public, et non plus uniquement sur une partie de celle-ci (ministère chargé de la sécurité sociale, Cnaf et Cnam) ;*
- 14. prendre les textes réglementaires d'application de l'article L. 162-15-1 du code de la sécurité sociale (déconventionnement en urgence d'un professionnel de santé) et de l'article L. 162-1-14-2 du code de la sécurité sociale (extrapolation des indus mis en recouvrement à partir des résultats de contrôles opérés sur des échantillons) et étendre le champ d'application de ce dernier aux actes médicaux et paramédicaux et aux séjours tarifés par les établissements de santé (ministère chargé de la sécurité sociale) ;*
- 15. instaurer un déconventionnement d'office, d'une durée variable en fonction de la gravité des faits, des professionnels de santé sanctionnés à deux reprises par la voie pénale ou administrative au titre de fraudes qualifiées et ayant épuisé leurs voies de recours (ministère chargé de la sécurité sociale).*

Annexes

Annexe n° 1 : échange de courriers entre le président de la commission des affaires sociales du Sénat et le Premier président.....	149
Annexe n° 2 : les avis du directeur général de la Cnam sur les propositions de pénalité financière des directeurs de caisses d'assurance maladie	151
Annexe n° 3 : des structures nationales de petite taille, sauf à la Cnam	152
Annexe n° 4 : éléments complémentaires d'analyse sur l'enquête annuelle « paiement à bon droit et fraudes » de la Cnaf	153
Annexe n° 5 : au niveau international, des estimations de la fraude aux prestations sociales rares, mais comportant des indications utiles	155
Annexe n° 6 : des objectifs non atteints de réduction des erreurs définitives affectant les prestations sociales fixés par les Cog avec l'État	159
Annexe n° 7 : le rôle de l'assurance maladie et des directeurs généraux des agences régionales de santé dans le contrôle de l'application de la T2A	161
Annexe n° 8 : un soutien inégal des caisses nationales du régime général à l'exercice des missions de lutte contre les fraudes des caisses locales	163
Annexe n° 9 : les référentiels d'identification et l'immatriculation des assurés nés à l'étranger	165
Annexe n° 10 : des circuits de blanchiment d'argent via des comptes collecteurs (<i>source</i> : Tracfin)	179

Annexe n° 1 : échange de courriers entre le président de la commission des affaires sociales du Sénat et le Premier président

R É P U B L I Q U E F R A N Ç A I S E



COMMISSION
DES
AFFAIRES SOCIALES

LE PRÉSIDENT

Monsieur Didier MIGAUD
Premier Président
COUR DES COMPTES
13, rue Cambon
75100 PARIS CEDEX 01

Paris, le 9 octobre 2019

Réf. : AFSOC_PDT_2019_521

Monsieur le Premier Président,

En application de l'article LO 132-3-1 du code des juridictions financières, j'ai l'honneur de vous demander que la Cour des comptes remette à la commission une enquête sur la fraude aux prestations sociales.

Ce sujet fait l'objet d'un débat public qu'il me semble nécessaire de structurer par des données objectives produites selon une méthodologie étayée.

Les résultats de cette enquête pourraient être communiqués à la commission au 1^{er} semestre 2020.

Afin que ce travail s'insère dans le calendrier des autres travaux sollicités par la commission des affaires sociales du Sénat, la remise de l'enquête relative aux prises en charge en santé à domicile pourrait être décalée à la fin du 1^{er} trimestre 2021.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Premier Président, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Avec mon cordial respect

Alain MILON

Cour des comptes

KCC D1903539 KZZ
15/11/2019

Le Premier président

Le 15 NOV. 2019

Monsieur le Président,

Comme indiqué dans mon courrier du 14 octobre 2019, la sixième chambre de la Cour, présidée par M. Denis Morin, vous remettra d'ici la fin du premier semestre 2020 une enquête sur la fraude aux prestations sociales, en application de l'article LO 132-3-1 du code des juridictions financières.

Je vous indiquais qu'en conséquence, la remise du rapport sur les prises en charge en santé à domicile, alors prévue pour janvier 2021, serait décalée à la fin du premier trimestre 2021, comme vous le suggériez.

Toutefois, comme indiqué à vos services, il apparaît, après une analyse plus approfondie, et la prise en compte de l'ensemble des rapports pour le Parlement devant être réalisés par la sixième chambre, que ce rapport ne pourra vous être remis que fin 2021. Je suis désolé de ce contretemps et espère qu'il ne remettra pas en cause l'organisation des travaux de la commission.

Vous remerciant de votre compréhension, je vous prie d'agréer, Monsieur le Président, l'expression de ma haute considération.

*en vos remerciant, très
cordialement.*

Didier Migaud

Monsieur Alain Milon
Président de la Commission
des affaires sociales
Sénat
15, rue de Vaugirard
75006 Paris

Annexe n° 2 : les avis du directeur général de la Cnam sur les propositions de pénalité financière des directeurs de caisses d'assurance maladie

En 2018, le directeur général de la Cnam a reçu 3 886 demandes d'avis conformes pour notifier une pénalité financière. Pour la première année, les demandes d'avis conforme ont diminué (4 486 demandes en 2017). Cette évolution traduit la diminution du nombre de demandes d'avis au titre du programme national de contrôle contentieux de la CMU-C, ainsi que le renouvellement des membres de la commission des pénalités financières.

Toujours en 2018, le directeur général de l'Uncam a rendu 3 848 avis conformes (24 avis non conformes)¹⁹⁶, qui ont conduit à la notification d'un montant total de 8 088 270 € de pénalités financières. Au total, 87 % des demandes d'avis ont concerné des assurés ; 48 % de ces demandes se rapportaient à des fraudes et à des fautes à la CMU-C. En revanche, 53 % des montants de pénalités ont concerné les professionnels de santé. Préalablement à la mise en œuvre des suites contentieuses du programme national de contrôle contentieux de la CMU-C, les assurés représentaient les $\frac{3}{4}$ des demandes d'avis en nombre et $\frac{1}{4}$ en montant et l'inverse pour les professionnels de santé. Les demandes d'avis au titre d'employeurs ou d'établissements représentent une part minime des nombres et montants des demandes d'avis.

S'agissant des assurés, le montant moyen des pénalités s'est élevé à 1 119 €. La pénalité la plus faible a atteint 10 € et la plus élevée 50 000 €. 70 % des pénalités étaient inférieures à 1 000 €. Les pénalités les plus fortes se rapportent à des fraudes aux indemnités journalières :

- 50 000 € : présentation de fausses attestations de salaires et exercice d'une activité rémunérée pendant un arrêt de travail indemnisé au titre d'un accident du travail ; préjudice de 279 811 € ;
- 27 500 € : exercice d'une activité non autorisée pendant le versement d'indemnités journalières ; préjudice de 54 000 € ;
- 14 000 € : production de faux documents pour bénéficier d'indemnités journalières.

Le montant moyen de la pénalité financière pour fausse déclaration lors de la demande de CMU C a atteint 937 € pour 2018, avec des valeurs extrêmes de 10 € et de 13 076 € (cas de deux dossiers).

Pour ce qui concerne les professionnels de santé, le montant moyen des pénalités a atteint 8 400 €. Les valeurs extrêmes des pénalités ont été de 100 € et de 174 321,80 €. Au total, 80 % des pénalités ont dépassé 1 000 €. Les pénalités les plus élevées sont les suivantes :

- 174 321 € : pharmacie n'ayant pas respecté de manière répétée les conditions de prise en charge et procédé à des délivrances fictives de biens de santé (préjudice de 350 000 €) ;
- **100 000 € : infirmier ayant facturé des actes fictifs (préjudice de 262 000 €) ;**
- 75 000 € : cardiologue ayant facturé de fausses revoyures de patients (préjudice de 52 000 €).

En 2018, le montant moyen des pénalités a augmenté pour toutes les catégories d'acteurs sauf pour les professionnels de santé, pour lequel il s'est réduit à 8 400 €, contre 8 993 € en 2017 (-6,6 %). S'agissant des assurés, le montant moyen de la pénalité est passé de 1 053 € en 2017 à 1 119 € en 2018 (+ 6,3 %).

¹⁹⁶ Par rapport à 3 886, les 14 demandes d'avis pour lesquelles un avis n'a pas été rendu correspondent à des abandons de procédure.

Annexe n° 3 : des structures nationales de petite taille, sauf à la Cnam

À la suite de la délégation nationale à la lutte contre les fraudes, à laquelle elle a succédé, la nouvelle Mission interministérielle de coordination anti-fraude (Micaf) compte à l'heure actuelle un chargé de mission pour les fraudes aux prestations sociales.

À la direction de la sécurité sociale, les fraudes aux prestations étaient confiées avant 2018 à une structure spécialisée dotée de trois agents. Depuis lors, elles relèvent de la mission comptable permanente des organismes de sécurité sociale. Au moment des constats de la Cour, la responsable de la mission assumait seule l'ensemble des tâches liées à la lutte contre les fraudes aux prestations.

Le périmètre des missions, le positionnement interne et les effectifs des structures nationales de lutte contre les fraudes diffèrent fortement entre la Cnam d'une part et les deux autres caisses nationales du régime général et Pôle emploi d'autre part, qui se sont dotés de structures beaucoup plus légères, non rattachées directement à leurs directeurs généraux.

À la Cnam, la direction de l'audit, du contrôle contentieux et de la répression des fraudes (DACCRF) rapporte directement au directeur général. En dehors de l'audit général (audits relevant du directeur général de la caisse nationale), elle comprend six départements spécialisés et est de surcroît dotée d'un cabinet (à l'instar des autres directions de la Cnam). Fin 2017, elle comptait 41 agents hors audit général (59 y compris), dont le nombre a quadruplé depuis 2005.

À la Cnaf, la direction du réseau a, entre autres attributions, la maîtrise des risques affectant les activités de la branche famille et, ce faisant, les actions visant à détecter a posteriori des irrégularités déclaratives potentiellement frauduleuses. En son sein, ces missions sont confiées au département « maîtrise des risques, lutte contre la fraude, pilotage des outils et de l'activité du contentieux », doté de 10 agents. Il bénéficie du concours de la direction statistique de la Cnaf pour l'estimation de la fraude et d'un centre de ressources consacré au *datamining*, rattaché à la Caf de la Gironde (doté de trois statisticiens).

À Pôle emploi, la lutte contre les fraudes relève également de la direction du réseau. En son sein, une direction ayant pour mission la prévention des fraudes et le contrôle interne comprend un département « prévention des fraudes ». Doté de 8 agents, dont 7 auditeurs agréés et assermentés, il est responsable de la définition de la stratégie nationale et de l'animation du réseau, ainsi que des dossiers complexes (« affaires coordonnées ») qui se rapportent à des fraudes commises par des allocataires ou employeurs relevant de plusieurs directions régionales de Pôle emploi. Dans ce cadre, des agents affectés en région peuvent être ponctuellement détachés auprès de la direction générale.

À la Cnav, les fraudes relèvent du département « pilotage du réseau fraude retraite », doté de 3 agents en 2019 (deux autres agents étaient en cours de recrutement à la mi-2020), rattaché à la direction juridique et de la réglementation nationale, qui est l'une des directions de la direction nationale de la retraite ; le département contentieux de cette direction est par ailleurs chargé de la politique répressive.

Les retraites complémentaires Agirc-Arrco sont gérées par 10 groupements de protection sociale (GPS), qui ont également des activités concurrentielles (complémentaire santé et prévoyance). Si chaque GPS a sa propre organisation, tous ont néanmoins un référent fraude et deux correspondants pour les aspects opérationnels, l'un pour les individus, l'autre pour les entreprises. Depuis 2016, une cellule nationale (trois agents) du groupement d'intérêt économique anime et coordonne leur action.

Annexe n° 4 : éléments complémentaires d'analyse sur l'enquête annuelle « paiement à bon droit et fraudes » de la Cnaf

Dans la dernière enquête annuelle « paiement à bon droit et fraudes », effectuée en 2019 sur les prestations légales versées en 2018, 7 145 dossiers de foyers allocataires ont été tirés, parmi lesquels 6 743 ont perçu une prestation en 2018 et ont ainsi été contrôlés.

Au-delà des modalités de tirage de l'échantillon de dossiers à contrôler, la Cnaf met en œuvre un dispositif visant à garantir que l'enquête fournisse une estimation fiable du montant de la fraude. Ainsi, elle a défini un protocole de contrôle des échantillons de dossiers d'application obligatoire par les Caf, l'ensemble des rapports de contrôle doivent être supervisés au sein des Caf, les liquidations des rapports de contrôle doivent être supervisés ou contrôlés en Caf ou par la caisse nationale et les dossiers pour lesquels une fraude est suspectée au vu de la réunion des critères matériels définis par la Cnaf pour l'ensemble des contrôles sur pièces et sur place effectués par les Caf (voir encadré *infra*) sont examinés par une commission nationale qui statue sur l'intentionnalité qui doit caractériser la fraude. À cet égard, le taux de suspicion de fraude parmi les dossiers contrôlés tend à augmenter (15 % dans l'enquête 2019 sur les prestations versées en 2018, contre 11 % et 8 % dans les deux enquêtes précédentes).

Les critères matériels de la suspicion de fraude définis par la Cnaf

Les Caf doivent suspecter une fraude dans deux cas de figure :

- une fausse déclaration : déclaration erronée de l'allocataire, spontanée ou en réponse à une demande de la Caf ; transmission de deux déclarations annuelles ou trimestrielles de ressources inexactes ou de trois déclarations comportant des informations divergentes ;
- une non-déclaration : absence de réponse ou réponse incomplète de l'allocataire à deux demandes successives de la Caf ; absence de déclaration d'un changement de situation pendant plus de 6 mois lorsque la non-déclaration porte sur des informations que l'allocataire ne peut méconnaître (état civil, nationalité, résidence, situations familiale et professionnelle, personnes à charge).

La rencontre de l'un ou de ces deux cas de figure dans un dossier entraîne une suspicion de fraude, l'allocataire étant présumé avoir été informé de ses obligations sur les formulaires qui lui ont été adressés au moment où ses droits ont été ouverts. L'intentionnalité de l'auteur ou du bénéficiaire des indus versés à tort doit néanmoins être démontrée. À cet égard, les Caf doivent parvenir à la conclusion et être en mesure de justifier en cas de contentieux que l'allocataire connaissait ses obligations déclaratives, qu'il les avait comprises et qu'il les a donc sciemment méconnues.

La démonstration de l'intentionnalité est plus difficile quand elle porte sur des données complexes, comme les ressources, que sur des éléments aisément intelligibles (déclaration par l'allocataire d'une absence d'emploi alors qu'il a des bulletins de salaires, de ressources nulles alors qu'il a encaissé des revenus d'activité, d'une présence en France alors qu'il ne s'y trouve plus).

Malgré les progrès intervenus, la fraude reste néanmoins sous-estimée dans l'enquête « Paiement à bon droit et fraude », en raison d'une part d'une recherche de fausses ou de non-déclarations généralement limitée à la période de 24 mois des indus non frauduleux (elle devrait couvrir les cinq années précédant la prescription d'ordre public) et, d'autre part, de facteurs involontaires : l'application inégale des consignes fixées par la Cnaf entre Caf et au sein même de ces dernières par les agents agréés et assermentés qui effectuent les contrôles sur place.

Des facteurs involontaires de sous-estimation de la fraude

Les indus qualifiés de frauduleux et extrapolés à la masse des prestations sont sous-estimés :

- en raison de pratiques de contrôle hétérogènes, malgré les consignes de la Cnaf, les agents agréés et assermentés des Caf ne détectent pas la totalité des indus, ce qui minore les indus susceptibles d'être suspectés, puis qualifiés de frauduleux ;
- les agents de contrôle n'identifient pas systématiquement de suspicions de fraudes sur les indus détectés, même quand les critères matériels définis par la Cnaf sont réunis (voir encadré *supra*) ;
- dans leurs rapports de contrôle, les agents ne justifient pas systématiquement leur décision de ne pas proposer une qualification d'indu frauduleux quand ces mêmes critères sont réunis.

Par ailleurs, les rapports de contrôle donnent lieu à des erreurs de liquidation, c'est-à-dire de traitement des données qui y figurent, du fait d'un manque de clarté des rapports, d'une mauvaise compréhension de leur contenu ou d'erreurs de saisie. Ces erreurs peuvent conduire à surestimer ou minorer les indus.

Dans le cadre de l'audit des comptes 2019, sur 90 dossiers qu'elle a contrôlés de manière aléatoire dans cinq Caf, la Cour a constaté que 62 d'entre eux étaient affectés par des anomalies liées au contrôle (non-respect des consignes de contrôle, erreurs d'analyse lors de l'enquête ou de saisie de données du rapport de contrôle) ; 11 de ces 62 dossiers comportaient des anomalies portant sur la suspicion de fraude et 38 des anomalies de liquidation des rapports de contrôle, dont 10 ayant entraîné un impact financier (prenant la forme d'indus ou de rappels supplémentaires). Ces dossiers avaient pourtant, pour la plupart d'entre eux, fait l'objet d'une supervision ou d'un contrôle de leur liquidation. Les audits internes effectués par la Cnaf émettent des constats identiques.

Enfin, la Cnaf constitue un « échantillon de réserve » de dossiers¹⁹⁷, utilisé pour remplacer les dossiers dont les allocataires ne peuvent être contrôlés sur place.

Afin de prévenir des biais dans l'estimation de la fraude, les motifs de recours à cet échantillon sont dûment définis de manière limitative et excluent le refus de l'allocataire ou un départ inconnu de ce dernier¹⁹⁸.

Le recours éventuel à l'échantillon de réserve pour des motifs autres que ceux admis par la Cnaf est néanmoins susceptible d'affecter l'exhaustivité des cas de fraude détectés, pour ce qui concerne notamment le respect de la condition de résidence stable en France. Afin d'écartier ce risque, la Cnaf devrait mettre en place une traçabilité auditable des motifs de recours à l'échantillon de réserve par les Caf, ainsi que des vérifications effectuées par la direction des statistiques de la Cnaf préalablement à l'attribution de dossiers supplémentaires à ces dernières.

¹⁹⁷ Parmi les 6 743 dossiers contrôlés dans la dernière enquête PBDF (2019), 188 (soit 2,8 %) ont été tirés dans l'échantillon de réserve.

¹⁹⁸ Décès, transfert dans une autre Caf, départ connu à l'étranger et absence momentanée et justifiée de l'allocataire (hospitalisation, études, mission de longue durée ou incarcération).

Annexe n° 5 : au niveau international, des estimations de la fraude aux prestations sociales rares, mais comportant des indications utiles

1. Un phénomène non chiffré par les organisations internationales

La problématique de la lutte contre la fraude aux prestations sociales se prête aux comparaisons internationales dans la mesure où ce type de risque se présente à tout dispositif de protection sociale. De fait, les dispositifs mis en place pour lutter contre la fraude aux prestations – au premier chef en matière de prestations de santé – sont documentés au niveau des organisations internationales. Celles-ci ne s’engagent cependant pas sur une estimation du coût de cette fraude.

Ainsi, une étude de la Banque Mondiale¹⁹⁹ a exposé les grandes lignes des dispositifs anti-fraude dans le domaine des prestations de santé dans six États (Corée du Sud, Croatie, États-Unis, Indonésie, Philippines, Turquie) et en a tiré un ensemble d’enseignements sur les voies d’amélioration de la lutte contre la fraude.

Au niveau de l’Union européenne, la Commission européenne a produit un rapport sur les erreurs et fraudes en matière de coordination des régimes de sécurité sociale²⁰⁰, qui n’aborde cependant pas la question du montant des fraudes.

Dans un rapport²⁰¹ de 2017, l’OCDE revient sur les enjeux de la lutte contre la fraude aux prestations d’assurance santé, tout en soulignant la difficulté à mesurer l’ampleur de ce phénomène, notamment du fait de son caractère protéiforme. Ce rapport revient sur les indicateurs de fraude détectée utilisés dans de nombreux pays, y compris la France, tout en rappelant les biais susceptibles d’affecter les déductions qui pourraient en être faites sur le niveau de la fraude et que le recours aux techniques de traitement de données en masse ne permet pas de neutraliser.

2. Une étude sur les fraudes et erreurs affectant les dépenses de santé d’un panel de pays, dont la France

S’agissant de l’estimation du coût de la fraude aux prestations de santé, le rapport de l’OCDE renvoie à une étude coproduite depuis une dizaine d’années par l’université britannique de Portsmouth et un cabinet de prestations d’expertise comptable et de conseil aux entreprises (PKF Littlejohn LLP), à partir de l’analyse de données de sept pays (Royaume-Uni, États-Unis, France, Belgique, Pays-Bas, Australie et Nouvelle Zélande).

Selon l’étude la plus récente²⁰², menée conjointement avec l’association *European Healthcare Fraud and Corruption Network* (EHFCN)²⁰³ et portant sur des données relatives aux

¹⁹⁹ Banque Mondiale, « Preventing, detecting and deterring fraud in social health insurance programs: lessons from selected countries », *discussion paper*, 2018.

²⁰⁰ Commission européenne, *Fraud and error in the field of EU social security coordination*, 2018.

²⁰¹ OCDE, *Tackling-wasteful-spending-on-health*, 2017.

²⁰² Jim Gee, Mark Button, *The Financial Cost of Healthcare Fraud – 2015 Report*, University of Portsmouth, Center for Counter Fraud Studies.

²⁰³ Créée en 2005, l’EHFCN est l’organisation européenne dédiée à la lutte contre la fraude et la corruption dans le secteur de la santé. Elle regroupe des représentants de 14 pays de l’Union européenne. L’IGAS et l’assurance maladie en font partie.

années 1997 à 2013, les pertes imputables à des fraudes et à des erreurs s'élèveraient à 6,19 % en moyenne, dont 4,6 % au titre de la fraude.

Si le champ de l'étude²⁰⁴ et la définition des fraudes et des erreurs correspondent pour l'essentiel à ceux retenus dans la présente communication à la commission des affaires sociales du Sénat, l'étude ne fournit pas d'estimation détaillée par pays, alors que les systèmes de santé et les modalités de rémunération de l'activité de leurs acteurs comportent des différences substantielles. Sollicités par la Cour, les auteurs de l'étude n'ont pas explicité la nature des données exploitées, qui selon l'étude correspondent à des données publiques, ni apporté de précisions sur leur méthodologie.

Selon l'étude, « *On the basis of the evidence, it is clear that fraud (and error) losses in any organisation should currently be expected to be at least 3%, probably more than 5% and possibly more than 10%* ». En suivant cette conclusion, les fraudes et erreurs affectant les dépenses de prestations légales des régimes français d'assurance maladie en 2019 atteindraient au moins, de manière certaine, 4,5 Md€ et, de manière probable, 7,5 Md€.

Les auteurs de l'étude avancent que « *The research demonstrates that it is possible to measure the nature and extent of healthcare losses – and to reduce them. It may be embarrassing for some organisations to find out just how much they are losing but it is possible to do this* ». Cet enjeu d'image semble en effet constituer un obstacle significatif à la mise en œuvre d'estimations de la fraude aux dépenses de santé socialisées par des dispositifs publics.

3. Des estimations de la fraude aux prestations par les administrations britanniques

3.1. Les dépenses du *National Health Service*

Avant 2015, *NHS England* estimait selon une périodicité déclinante le coût des fraudes et des erreurs sur un périmètre variable d'activités (15 mesures entre 1998 et 2006, six mesures en 2007/2008 et deux mesures entre 2009 et 2014). Selon ces deux dernières mesures, les fraudes et erreurs étaient comprises entre 2,9 % et 3,5 % des dépenses.

Depuis novembre 2017, le ministère britannique de la santé et de la protection sociale (*Department of Health and Social Care*) est doté d'une unité spéciale de lutte contre la fraude (*NHS Counter Fraud Authority*), dotée de 164 agents fin mars 2019 et travaillant en réseau avec les autres services ministériels et les structures internes de *NHS England*, ainsi qu'avec *NHS Improvement*.

Selon le dernier rapport de *NHSCFA* (janvier 2020), les divers types de fraude – à l'exclusion des simples erreurs – auxquels est exposé *NHS England* auraient un coût annuel de 1,27 Md£, soit 1,1 % des dépenses de cette entité pour l'année fiscale 2018/2019. La méthode d'estimation utilisée n'est pas précisée.

Une partie des fraudes porte sur des achats et des rémunérations versées par les établissements de santé faisant partie de *NHS England*. Si des dépenses de cette nature peuvent donner lieu à des fraudes au détriment des établissements de santé en France, elles ne constituent pas des fraudes aux prestations constituées par les rémunérations et dotations versées par l'assurance maladie à ces derniers. En les retranchant, le montant des fraudes à *NHS England* s'établirait 0,90 Md£, soit 0,8 % de ses dépenses.

²⁰⁴ Les pertes ont été mesurées pour les fraudes et erreurs dues aux professionnels de santé, aux établissements, aux patients, aux employés des organismes d'assurance maladie.

En sens inverse, le financement des dépenses de santé en France repose beaucoup plus qu'au Royaume-Uni sur la rémunération individualisée d'actes, de séjours, de prestations et de biens effectués ou délivrés par les acteurs du système de santé. De plus, l'assurance maladie française prend en charge des indemnités journalières (qui relèvent des seuls employeurs au Royaume-Uni). Dans le contexte français, le pourcentage précité de 0,8 % de dépenses de *NHS England* correspondant à des fraudes devrait ainsi être significativement majoré pour parvenir à une estimation fiable de la fraude.

3.2. Les revenus de remplacement et les compléments de revenus versés par le *Department for Work and Pensions* et *Her Majesty's Revenue and Customs*

Depuis l'année fiscale 2005/2006, le ministère britannique du travail et des pensions (*DWP*) mesure la portée financière des fraudes et des erreurs qui affectent la plupart des prestations dont il assure le versement (pensions de retraite et d'invalidité, aides aux personnes dépendantes, compléments de revenus aux personnes pauvres, allocations chômage, aides au logement notamment) à partir d'échantillons représentatifs de prestations (16 000 pour l'estimation relative à l'année fiscale 2019/2020). S'agissant des excès de versement, les données distinguent, par prestation, les fraudes et les erreurs et, au sein des erreurs, celles imputables soit aux bénéficiaires, soit à l'administration. Cette dernière distinction est appliquée aux insuffisances de versement.

Pour l'année fiscale 2019/2020, le *DWP* a estimé à 4,6 Md£, soit 2,4 % du montant des prestations²⁰⁵ (dont 1,4 % du fait de fraudes, 1 % d'erreurs des bénéficiaires des prestations et 0,4 % d'erreurs de l'administration), l'excès brut de versement de prestations du fait d'erreurs et de fraudes et à 2 Md£, soit 1,1 % l'insuffisance de versement, au regard de 191,7 Md£ de prestations versées au total (dont 98,8 Md£ de pensions de retraite).

Dans l'ensemble des prestations, les pensions de retraite sont celles le moins affectées par un excès de versement : cet excès est estimé à 0,1 % de leur montant au titre exclusivement d'erreurs des bénéficiaires, mais l'estimation est ancienne (2005/2006) et a été reconduite depuis lors. La prestation *Universal Credit* (complément de revenu attribué aux personnes pauvres en activité ou non, qui se substitue progressivement à plusieurs prestations et crédits d'impôt²⁰⁶), qui répond aux mêmes finalités que le RSA et la prime d'activité, est celle qui comporte l'excès de versement le plus élevé (9,4 %, dont 7,6 % du fait de fraudes, 0,5 % d'erreurs des bénéficiaires et 1,3 % d'erreurs de l'administration), suivie des aides au logement (6 %, dont 3,7 %, 1,7 % et 0,5 % respectivement). L'excès de versement d'allocations chômage est lui aussi significatif (4,1 %, dont 1,9 %, 1,2 % et 1,1 % respectivement).

Le *DWP* indique avoir récupéré 1 Md£, ce qui réduit à 3,6 Md£, soit 1,9 % du montant des prestations versées, l'excès net de versement imputable à des fraudes et à des erreurs.

²⁰⁵ Valeur centrale statistique au sein d'un intervalle de confiance de 95 %.

²⁰⁶ Aides au logement, soutien au revenu, crédits d'impôt pour enfants ou activité professionnelle.

Pour sa part, l'administration fiscale (*HMRC*) estime chaque année les erreurs et les fraudes qui affectent les crédits d'impôt liés à la présence d'enfants au sein du foyer ou à l'activité professionnelle (*Child and Working Tax Credits*), à partir d'un échantillon représentatif de ces concours financiers (4 000). Pour l'année fiscale 2017/2018, les erreurs et fraudes en faveur des bénéficiaires auraient atteint 1,41 Md£, soit 5,5 % du montant des droits reconnus à ces crédits d'impôt, dont 1,12 Md£ du fait d'erreurs (4,4 %) et 0,29 Md£ (1,1 %) du fait de fraudes. L'insuffisance d'attribution du fait d'erreurs de l'administration a par ailleurs représenté 0,18 Md£, soit 0,7 % du montant des droits.

La minoration des ressources et, dans une moindre mesure, l'absence de déclaration de la présence d'un conjoint, la majoration ou la minoration de l'activité professionnelle, la majoration du nombre d'enfants rattachés au foyer et l'absence de résidence au Royaume-Uni sont les principaux facteurs d'erreurs et de fraudes relevées dans les estimations effectuées par le *DWP* et *HMRC*.

Les définitions et méthodologies mises en œuvre par le *DWP* et *HMRC* présentent de fortes analogies avec celles retenues par la Cnaf, dans l'enquête annuelle « Paiement à bon droit et fraude », pour estimer la fraude et les erreurs définitives qui affectent les prestations au bout de 24 mois du fait de données déclaratives erronées et non corrigées.

Annexe n° 6 : des objectifs non atteints de réduction des erreurs définitives affectant les prestations sociales fixés par les Cog avec l'État

1. Les objectifs fixés par les Cog 2018-2022

Les conventions d'objectifs et de gestion (Cog) des branches du régime général de sécurité sociale avec l'État pour les années 2018 à 2022 prévoient une réduction au cours de leur période d'application du nombre et de la portée financière des erreurs qui affectent à titre définitif ces prestations :

- la Cog de l'assurance maladie prévoit une réduction de 5,5 % à 4,3 % du nombre de **prises en charge de frais de santé** facturées directement à l'assurance maladie²⁰⁷ qui comportent une erreur de portée financière, et de 1,3 % à 1,0 % du montant des erreurs rapporté à celui des prestations versées. En outre, la fréquence et le montant des erreurs affectant les **indemnités journalières nouvellement attribuées** doivent baisser respectivement de 9,0 % à 7,7 % et de 2,8 % à 2,5 %, par rapport au nombre et au montant des prestations ;

- selon la Cog 2018-2022 de la branche famille, le montant des erreurs affectant les prestations légales imputables aux **données déclaratives prises en compte pour attribuer les prestations et non corrigées** 24 mois après leur versement, lorsqu'intervient la prescription de droit commun en faveur des allocataires (erreurs liées aux « données entrantes ») doit reculer de 4,2 % à 3,0 % de celui des prestations versées. En outre, le montant des **erreurs ayant une origine interne aux caisses et non corrigées** au bout de 6 mois (« erreurs métier ») doit baisser de près de 1,4 % à un peu moins de 1,2 % de celui des prestations ;

- la Cog 2018-2022 de la branche vieillesse du régime général prévoit que les erreurs affectant à titre définitif les **retraites nouvellement attribuées** (ou révisées de droit²⁰⁸) doivent diminuer de 11 % à 8 % du nombre de pensions et d'un peu moins de 1 % à 0,65 % de leur montant.

Ces objectifs agrègent en faveur absolue les erreurs en faveur et celles au détriment des bénéficiaires des prestations.

Ils concernent de manière variable les erreurs qui affectent les données prises en compte pour attribuer les prestations :

- ils concernent exclusivement ces données pour ce qui concerne les erreurs affectant au bout de 24 mois les prestations légales versées par la branche famille du fait de données non corrigées, ainsi que les erreurs affectant les prises en charge de frais de santé par l'assurance maladie (les feuilles de soins adressées par les assurés représentent une part désormais très minoritaire des dépenses) ;

- pour leur part, les erreurs affectant les indemnités journalières ont principalement une origine interne aux caisses d'assurance maladie ;

- les erreurs affectant les retraites ont pour l'essentiel une origine interne aux caisses de retraite ;

²⁰⁷ Cette définition exclut les séjours de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) facturés de manière indirecte par les établissements publics et privés non lucratifs de santé (« ex-DG »), par l'intermédiaire d'arrêtés des agences régionales de santé qui décalquent leurs déclarations d'activité.

²⁰⁸ Dont le montant est recalculé rétroactivement jusqu'à la date de l'entrée en jouissance de la pension, à la suite par exemple de la production de justificatifs de salaires par l'assuré.

- les « erreurs métier » qui affectent les prestations légales versées par la branche famille ont toutes une origine interne aux caisses.

Le caractère erroné des données prises en compte pour attribuer les prestations traduit, dans des proportions inconnues, une circonstance fortuite ou une intention des allocataires, des assurés, des professionnels et des établissements de santé qui les ont déclarées.

2. Des objectifs non réalisés en 2019 et compromis pour 2022

Les objectifs fixés par les Cog pour 2022 apparaissent compromis :

- en 2018, les prestations versées par la branche famille ont comporté 3,3 Md€ d'erreurs du fait de **données déclaratives prises en compte pour attribuer les prestations et non corrigées** au bout de 24 mois, soit 4,9 % du montant des prestations versées, au regard d'un objectif de 4,2 % pour cette même année. Pour l'essentiel (à 90 %), ce montant d'erreurs est au détriment de la branche famille et, plus encore, des financeurs d'une partie des prestations (départements pour le RSA et État pour la prime d'activité et les aides au logement) ;

- en 2019, les erreurs affectant les **prises en charge de frais de santé** par l'assurance maladie ont concerné 7,5 % du nombre de prestations pour 1,3 % de leur montant, soit 1 Md€, contre des objectifs respectifs de 5,2 % et de 1,3 %. Pour l'essentiel (à 90 %), ce montant d'erreurs est au détriment de l'assurance maladie ;

- en 2019, 10 % des **indemnités journalières nouvellement attribuées** ont été affectées par des erreurs, représentant 3 % de leur montant, soit 0,4 Md€, à comparer à des objectifs de 8,7 % et de 2,8 %. Une part majoritaire de ce montant d'erreurs (à près de 60 %) est au détriment de l'assurance maladie ;

- en 2019, 15,3 % des **retraites nouvellement attribuées** (ou révisées de droit) ont été affectées par des erreurs définitives et la portée financière de ces erreurs a atteint 1,8 % du montant des prestations, au regard d'objectifs de 11 % et de 0,95 %. Une part majoritaire de ce montant d'erreurs (plus de 60 %) est au détriment des assurés sociaux ;

- en 2019, les **erreurs ayant une origine interne aux caisses et non corrigées** au bout de 6 mois ont atteint 1,7 % du montant des prestations versées par la branche famille, soit 1,2 Md€, au regard d'un objectif de 1,35 %. Une part majoritaire de ce montant d'erreurs (à 60 % environ) est au détriment des allocataires, avec des différences selon les prestations.

Les niveaux d'erreurs affectant les prises en charge de frais de santé et les indemnités journalières sont proches des objectifs fixés par la Cog 2018-2022 de l'assurance maladie, mais les mesures correspondantes ne sont pas exhaustives et manquent globalement de fiabilité²⁰⁹.

Les erreurs qui affectent les retraites connaissent une dégradation particulièrement préoccupante. Entre 2016 et 2019, la proportion de retraites nouvellement attribuées (ou révisées de droit) et affectées d'une erreur de portée financière a augmenté d'un tiers, de 11,5 % à 15,3 %, et la portée financière des erreurs a doublé, de 0,9 % à 1,8 % du montant des prestations. Compte tenu de l'origine principalement interne des erreurs, cette évolution traduit une dégradation de la qualité de la production des caisses de retraite. Lorsque les erreurs affectent le montant mensuel de la pension, ce qui est le cas pour une majorité d'entre elles, elles ont généralement un caractère définitif, jusqu'au décès des titulaires des prestations.

²⁰⁹ Voir Cour des comptes, *Certification des comptes du régime général de sécurité sociale pour l'exercice 2019*, mai 2020, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

Annexe n° 7 : le rôle de l'assurance maladie et des directeurs généraux des agences régionales de santé dans le contrôle de l'application de la T2A

1. Des pouvoirs décisionnaires attribués aux directeurs généraux des ARS

L'assurance maladie ne contrôle pas et ne sanctionne pas de son propre chef les manquements aux règles de facturation résultant d'erreurs de codage – intentionnelles ou non – ou de l'absence de réalisation d'une prestation facturée par les établissements de santé (publics, privés sans ou avec but lucratif). En effet, cette responsabilité relève des agences régionales de santé (ARS).

En fonction des priorités nationales présentées chaque année lors de l'Observatoire économique des établissements de santé publics et privés²¹⁰, et sur la proposition de la commission de contrôle de l'agence, le directeur général de l'ARS arrête le programme régional annuel de contrôle.

De même, c'est le directeur général de l'ARS qui notifie au représentant légal de l'établissement de santé un avis de contrôle, qui l'informe des activités, prestations ou ensemble de séjours sur lesquels portent le contrôle, de la période concernée et des débouchés potentiels (constatation d'indus et/ou application de sanctions financières).

C'est enfin le directeur général de l'ARS qui, après avis de la commission de contrôle, arrête le montant de la sanction résultant du contrôle. S'il s'écarte de l'avis de la commission de contrôle, il doit motiver sa position.

Une réduction en 2011 du montant maximal des sanctions des directeurs généraux d'ARS

En 2011²¹¹, les montants maximaux de sanction susceptibles d'être fixés par les directeurs généraux d'ARS ont été réduits. Au lieu de correspondre à un pourcentage croissant du financement par l'assurance maladie des activités contrôlées²¹², le montant de la sanction est depuis lors fixé dans la limite de la moins élevée de trois bornes²¹³.

L'assiette de calcul de la sanction intègre non plus seulement les surfacturations, mais aussi les sous-facturations.

Le directeur général de l'ARS doit prendre en considération non seulement la gravité, mais aussi le caractère réitéré des manquements constatés.

²¹⁰ Dont la présidence est assurée par le DGOS et la vice-présidence par le DSS.

²¹¹ Décret n° 2011-1209 du 29 septembre 2011 modifiant les dispositions relatives au contrôle de la tarification à l'activité des établissements de santé.

²¹² Lorsque le contrôle portait sur la totalité de l'activité, la sanction devait être fixée dans une limite comprise entre 1 % et 5 % des recettes de l'établissement liées à la T2A, en fonction du niveau du pourcentage des sommes indûment perçues par rapport aux sommes dues. Lorsque le contrôle portait sur certaines activités ou prestations en particulier ou sur des séjours présentant des caractéristiques communes, cette même fixation devait intervenir dans une limite comprise entre 5 % et 50 % des recettes de T2A afférentes à ces mêmes activités, prestations ou séjours, en fonction du niveau du pourcentage des sommes indûment perçues par rapport aux sommes dues.

²¹³ i/ le produit du taux d'anomalies constaté sur le champ de séjours contrôlés par le montant annuel des recettes d'assurance maladie afférentes à toutes les activités, prestations ou ensemble de séjours dont sont issus les séjours du champ ayant fait l'objet du contrôle, ii/ 10 fois les sommes indûment perçues calculées pour le champ résultant de la différence entre les surfacturations et les sous-facturations constatées sur tous les séjours du champ ou iii/ 5 % des recettes annuelles procurées par l'assurance maladie dans le cadre de la T2A au titre de l'année civile antérieure à l'année du contrôle.

2. Un rôle néanmoins essentiel de l'assurance maladie dans la programmation, la réalisation et la détermination des résultats des contrôles de la T2A

La Cnam participe avec la direction de la sécurité sociale, la direction générale de l'offre de soins et l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (Atih) au groupe national de suivi des contrôles de la T2A qui élabore les priorités nationales de contrôle.

En outre, elle influence le programme annuel de contrôle et les sanctions adoptés par le directeur général de l'ARS, à travers sa participation à la commission de contrôle de l'agence, à parité avec cette dernière (cinq représentants respectivement) et à l'unité de coordination régionale du contrôle externe (UCR, composée pour les deux tiers de représentants de l'assurance maladie).

L'UCR prépare le projet de programme de contrôle régional annuel, coordonne la réalisation des contrôles décidés par le directeur général de l'ARS, établit le bilan annuel d'exécution du programme de contrôle et, à partir des éléments d'information obtenus des caisses d'assurance maladie concernées, adresse à la commission de contrôle et au directeur général de l'ARS le rapport de contrôle, le cas échéant les avis d'experts, les observations de l'établissement contrôlé, un avis sur ces dernières, le montant maximal de la sanction encourue et les éléments permettant d'apprécier la gravité et le caractère réitéré des manquements constatés.

Lorsqu'un établissement fait obstacle à la préparation ou à la réalisation du contrôle, l'UCR en informe le directeur général de l'ARS, qui adresse alors une mise en demeure à l'établissement ; si la situation persiste, il peut le sanctionner.

Les praticiens-conseils de l'assurance maladie effectuent, sur pièces et sur place, les contrôles d'établissements, conformément au programme de contrôle régional établi par l'agence. La participation à ces contrôles des médecins de santé publique et des inspecteurs de l'ARS ayant la qualité de médecin a pratiquement disparu. En 2018, selon les informations communiquées par la Cnam, le service médical de l'assurance maladie a consacré 51,4 ETP de praticiens conseils et 48,2 ETP de personnels administratifs au contrôle de la T2A.

Enfin, si l'assurance maladie ne dispose pas du pouvoir de sanction des établissements, c'est sous sa seule responsabilité qu'elle arrête le montant des indus et les met en recouvrement.

Annexe n° 8 : un soutien inégal des caisses nationales du régime général à l'exercice des missions de lutte contre les fraudes des caisses locales

Entre 2016 et 2018, la Cnaf a formalisé, dans le cadre de sa démarche de qualité intégrée, trois processus de gestion que les Caf doivent obligatoirement appliquer : « piloter et gérer la lutte contre la fraude externe » ; « piloter et gérer les contrôles sur place » ; « piloter et gérer les contrôles sur pièces ». Ils comportent une modélisation (représentation graphique des étapes, des activités et des tâches), une fiche d'identité (périmètre, objectifs opérationnels, indicateurs de suivi, dont les résultats sont centralisés au niveau national), des procédures de pilotage et de gestion, une grille d'analyse et de cotation des risques, une description de bonnes pratiques et une « boîte à outil » visant à en faciliter la mise en œuvre.

Le processus « piloter et gérer la lutte contre la fraude externe » va de la prévention de la fraude à la prise de sanctions vis-à-vis de l'auteur de la fraude en passant par la qualification de la suspicion de fraude²¹⁴. En termes de champ couvert, il a pour principale lacune l'absence de suivi de la contestation par les allocataires de la notification d'indus et de sanctions.

En lien avec la conception, la diffusion et la maintenance des processus de gestion, des améliorations sont apportées aux outils dont sont dotés les contrôleurs et aux applications informatiques qui traitent les contrôles et leurs résultats. Au cours des années récentes, la réalisation des contrôles sur place a ainsi bénéficié de l'établissement d'un protocole de contrôle intégré au système d'information, de la mise à disposition d'un guide de rédaction du rapport de contrôle et d'un applicatif permettant d'élaborer ce dernier.

Les programmes nationaux de contrôle contentieux définis par la Cnam, qui doivent obligatoirement être réalisés par les CPAM et les échelons territoriaux du service médical, comportent des modes opératoires de réalisation dont le degré de précision s'est accru avec le temps. Depuis 2018, la Cnam a renforcé son soutien aux CPAM en formalisant des cartographies des modes opératoires de fraudes et en mettant à leur disposition une bibliothèque nationale de méthodes et d'outils en matière de détection, d'investigations, de suites contentieuses et d'outils informatiques. Au-delà des supports pédagogiques jusque-là diffusés, cet outil doit permettre aux CPAM d'utiliser, pour leurs propres actions de contrôle, les instruments développés par la Cnam pour les programmes nationaux.

Depuis 2012, les fraudes et fautes à l'assurance maladie détectées par les actions de contrôle menées de leur propre initiative par les CPAM qui donnent lieu à des suites contentieuses sont gérées dans un outil initialement développé par une CPAM (OG3S). Cependant, c'est seulement en 2018 que le *reporting* des programmes nationaux de contrôle contentieux, auparavant saisi dans un autre outil, lui a été intégré. Depuis lors, l'ensemble des activités relatives à la lutte contre les fraudes, à l'exception du recouvrement, sont gérées et suivies dans un même outil. La Cnam dispose de manière plus aisée des informations nécessaires au pilotage national de la lutte contre la fraude. Depuis 2018, elle diffuse dans son réseau des tableaux de bord permettant d'analyser plus finement les résultats de cette activité au niveau national, régional et par CPAM et d'établir des comparaisons entre régions et CPAM.

Fin 2019, la Cnam a diffusé aux organismes de son réseau un référentiel national de processus relatif à la fraude. Par ailleurs, la Cnam apporte un soutien technique aux caisses qui éprouvent des difficultés à réaliser les objectifs qui leur sont fixés (quatre caisses en 2019).

²¹⁴ Le recouvrement des indus et pénalités relève du processus « Piloter et recouvrer les créances ».

Le pilotage de la lutte contre les fraudes par la **Cnav** diffère sur un point fondamental de ceux de la Cnaf et de la Cnam : l'absence d'objectifs de contrôles à réaliser, même sur le champ partiel des dossiers sélectionnés par le modèle de *datamining* (OCDC) mis en œuvre depuis 2016.

D'autres constats placent le pilotage de la lutte contre les fraudes par la Cnav en retrait par rapport à la Cnaf et à la Cnam, malgré l'avantage que devrait lui procurer un réseau plus resserré de caisses locales (20 caisses régionales ou interdépartementales, contre une centaine de caisses départementales pour la Cnaf et la Cnam).

Contrairement à la Cnaf et à la Cnam, la Cnav, en dehors de l'OCDC, ne mène pas d'action visant à favoriser l'homogénéisation des organisations, des méthodes de travail et des résultats des caisses de son réseau. En outre, la Cnav n'est pas destinataire, pour échange, des plans de lutte contre les fraudes que formalisent, avec une précision variable, ces dernières.

Les caisses de la branche vieillesse sont moins bien outillées que celles de la branche famille et de l'assurance maladie en matière de reporting et de gestion des activités liées à la lutte contre les fraudes. Ainsi, les dossiers qualifiés de frauduleux sont retracés dans une base nationale (BNSF) ; les dossiers pour lesquels une faute est constatée sont quant à eux retracés dans de simples tableurs locaux. Un outil de gestion des dossiers frauduleux et fautifs, du signalement interne ou externe jusqu'aux suites contentieuses en passant par la révision du dossier du pensionné (OGEDA), est en projet depuis 2013. Plutôt que de les optimiser au préalable, la Cnav a pris en compte la totalité des organisations locales existantes de la lutte contre les fraudes au niveau local, ce qui l'a conduite à créer pas moins de 23 profils différents d'acteurs. Fin 2018, la Cnav a mis cet outil à la disposition des caisses de son réseau. Toutefois, des anomalies techniques ont conduit à interrompre son utilisation en avril 2019. Depuis lors, les caisses gèrent à nouveau sous tableur les dossiers frauduleux et fautifs.

Par ailleurs, la Cnav a formalisé un guide pratique des contrôles, qui décrit des méthodes de contrôle et identifie par domaine de risque les situations suspectes et les investigations pouvant être menées. En revanche, elle ne prévoit pas, contrairement à la Cnaf et à la Cnam, de formaliser un processus de gestion des activités « fraude ».

Annexe n° 9 : les référentiels d'identification et l'immatriculation des assurés nés à l'étranger

1. Les référentiels d'identification

L'affiliation de toute personne physique à une assurance sociale est conditionnée par son identification préalable organisée par l'article R. 161-1 du code de la sécurité sociale.

Elle repose sur deux référentiels assurant quotidiennement leur mise à jour réciproque.

Il s'agit, d'une part, de l'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques (RNIPP), tenu depuis 1946 par l'institut national de la statistique et des études économiques (Insee), au moyen d'un identifiant unique, le numéro d'inscription au répertoire (NIR)²¹⁵, appelé plus communément numéro de sécurité sociale, qui permet de s'assurer qu'à une identité correspond une seule personne²¹⁶. Les informations d'identification portées par le RNIPP²¹⁷ sont régulièrement mises à jour à la suite de naissances, décès, mariages et de toute autre mention portée en marge des actes de naissance²¹⁸.

D'autre part, le système national de gestion des identifiants (SNGI) est le fichier de référence en matière d'état civil pour l'ensemble des organismes de protection sociale. Ce référentiel a été créé en 1988, à la suite de la délégation par l'Insee au service administratif national d'immatriculation des assurés (Sandia), service spécialisé de la caisse nationale d'assurance vieillesse (Cnav), de l'immatriculation des personnes nées à l'étranger, dans les territoires d'outre-mer et dans certaines collectivités d'outre-mer. En plus des informations portées par le RNIPP, le SNGI contient le numéro de l'organisme ayant demandé l'attribution du NIR, un indice de certification des NIR²¹⁹, le statut du décès lorsque ce dernier est porté à la connaissance des organismes de protection sociale²²⁰ et, dans les cas où cette procédure est opérationnelle, le numéro identifiant d'attente (NIA) et les informations afférentes (ex. : type, date de création)²²¹.

Cette dualité de référentiels ne fait toutefois pas naître de risque notable de désynchronisation. En effet, selon une analyse de l'Insee réalisée au premier trimestre 2020 sur un échantillon comportant 8 666 349 NIR enregistrés dans le SNGI, 8 461 NIR seulement n'étaient pas enregistrés au sein du RNIPP, soit 0,01 %.

²¹⁵ Identifiant constitué de 13 chiffres et construit à partir de l'état civil (sexe, année et mois de naissance, département et commune de naissance ou pays de naissance pour les personnes nées à l'étranger). Il ne peut être modifié que dans le cas où les informations qu'il décrit ne sont pas ou ne sont plus conformes aux registres de l'état civil.

²¹⁶ Comme l'autorise l'article L. 114-12-4 du code de la sécurité sociale, le NIR constitue la donnée pivot des échanges d'informations entre les organismes de sécurité sociale, en particulier au moyen du répertoire national commun de la protection sociale (RNCPS, institué par l'article L. 114-12-1 du code de la sécurité sociale).

²¹⁷ Nom de famille, nom d'usage, prénoms, sexe, date et lieu de naissance, numéro d'acte de naissance, NIR, filiation. Si la personne est décédée, date et lieu de décès, numéro de l'acte de décès.

²¹⁸ L'inscription au RNIPP est généralement effective dans les huit jours suivant la naissance.

²¹⁹ La certification des NIR consiste à vérifier et compléter les informations liées au NIR d'une personne déjà identifiée mais dont l'état civil n'a jamais fait l'objet d'une confirmation avec une pièce justificative. Cette hypothèse concerne par exemple certains états civils présents dans les fichiers de la Cnav avant 1988, date à laquelle le SNGI a été créé.

²²⁰ Le décès peut être certifié, authentifié ou présumé (voir 3. *infra*).

²²¹ Cf. paragraphe 4.2. *infra*.

Il convient par ailleurs de souligner qu'une personne née à l'étranger n'est inscrite dans ces référentiels que dans la mesure où elle bénéficie ou a bénéficié de droits à des prestations d'un organisme de sécurité sociale. Par conséquent, une personne née à l'étranger peut avoir demandé et obtenu valablement un NIR, sans forcément continuer de percevoir des prestations sociales, par exemple en raison d'un retour dans son pays d'origine. De plus, à elle seule, la fraude documentaire ne permet généralement pas de bénéficier de prestations sociales puisque nombre d'entre elles supposent de réunir d'autres conditions et de présenter les pièces justificatives afférentes²²². Enfin, lorsqu'une fraude à l'obtention d'un NIR est malgré tout avérée, le code de la sécurité sociale prévoit, depuis 2012, la suspension du versement des prestations et le réexamen du droit à l'ensemble des prestations versées par les organismes de protection sociale et les administrations de l'État²²³.

Au 1^{er} septembre 2019, le nombre de NIR enregistrés au sein du SNGI se décomposait ainsi :

	Personnes vivantes	Personnes décédées	Total
Nombre total de NIR	85 497 610	28 267 337	113 764 947
<i>Dont personnes nées en France</i>	<i>68 144 023</i>	<i>24 310 985</i>	<i>92 455 008</i>
<i>Dont personnes nées à l'étranger</i>	<i>17 353 587</i>	<i>3 956 352</i>	<i>21 309 939</i>

Source : Sandia

Dans les référentiels d'identification, aucun NIR n'a jamais été supprimé depuis 1946, ce qui explique la présence d'un nombre élevé d'identifiants correspondant à des personnes décédées²²⁴. Par ailleurs, le nombre de personnes vivantes excède la population française. Il s'agit en effet de personnes réputées vivantes, en l'absence d'une trace formelle de décès (voir 3. *infra*).

Cette circonstance n'implique cependant pas en soi que des droits soient ouverts au nom de l'ensemble des personnes réputées vivantes, l'ouverture et le maintien des droits étant soumis à d'autres conditions et vérifications, comme évoqué *supra*.

²²² Par exemple, la perception de la prime d'activité suppose d'apporter la preuve d'une activité salariée ; le bénéfice du revenu de solidarité active (RSA) nécessite cinq années de présence régulière en France ; les prestations familiales sont elles aussi soumises à des conditions de résidence. Par ailleurs, si l'attribution d'un NIR permet immédiatement de bénéficier du remboursement de soins médicaux, l'intérêt de la fraude documentaire en la matière reste limité au trafic de médicaments ou de matériel médical, hypothèses supposant une collusion avec un professionnel de santé et par conséquent plus complexes à mettre en œuvre. Pour sa part, le bénéfice de l'aide médicale d'État (AME) n'est pas subordonné à l'identification préalable du demandeur, par définition en situation irrégulière sur le territoire.

²²³ Cf. article L. 114-12-3 du code de la sécurité sociale, introduit par loi de financement de la sécurité sociale pour 2012.

²²⁴ La conservation du NIR d'une personne dont le décès est certain présente par exemple un intérêt pour le recensement des comptes bancaires inactifs et des contrats d'assurance vie en déshérence. La loi n° 2014-617 du 13 juin 2014 qui renforce l'encadrement de ces derniers et la protection des épargnants a rendu notamment obligatoires le recensement annuel des comptes considérés comme inactifs et la recherche des titulaires décédés au moyen d'une consultation annuelle des données figurant au RNIPP (article L. 312-19 du code monétaire et financier).

2. La procédure d'identification²²⁵

Pour les personnes nées en France, le RNIPP est l'image des registres d'état civil. Il est régulièrement mis à jour grâce aux bulletins statistiques de l'état civil établis et adressés à l'Insee par les communes²²⁶. Il est aussi actualisé sur le fondement des actes de décès des Français à l'étranger transmis par le Service central d'état civil (SCEC) du ministère de l'Europe et des Affaires étrangères²²⁷.

L'identification des personnes nées à l'étranger concerne principalement des immigrants légaux, des étudiants venant suivre une formation en France ou encore des personnes demandant le bénéfice d'une pension de réversion au titre de leur conjoint défunt ayant travaillé en France.

Cette procédure relève du Sandia et se fonde sur des dispositifs d'état civil nationaux par nature hétérogènes quant à leur formalisme juridique et à leur fiabilité. Les pièces d'identité et d'état civil fournies à l'appui des demandes d'identification transmises au Sandia présentent donc souvent des particularités par comparaison aux pièces françaises, ce qui accroît les risques de falsification et rend leur vérification plus complexe. De plus, ces documents sont souvent rédigés en langue étrangère et nécessitent donc d'être traduits²²⁸.

Les particularités des états civils étrangers concernent principalement le nom et le prénom du demandeur²²⁹. Ces difficultés conduisent même parfois à l'impossibilité de renseigner le champ du NIR dédié au patronyme, lequel reste vide ou comporte la mention « sans nom patronymique » (SNP), sans pour autant qu'il s'agisse d'une anomalie puisque certains pays admettent que le seul prénom suffise à établir l'identité. Ce cas de figure ne concerne toutefois qu'un nombre très limité de NIR²³⁰.

²²⁵ En application du décret n° 2017-736 du 3 mai 2017 relatif aux règles d'identification, d'affiliation et de rattachement des bénéficiaires des prestations de sécurité sociale et portant modifications de diverses dispositions relatives à l'assurance maladie, le terme d'identification se substitue depuis lors à celui d'immatriculation.

²²⁶ L'inscription au RNIPP est généralement effective dans les huit jours suivant la naissance.

²²⁷ Sous réserve que les décès survenus à l'étranger aient été portés à la connaissance des consulats.

²²⁸ Les pièces d'état civil doivent faire l'objet d'une traduction uniquement pour les ressortissants des pays non membres de l'Union européenne. L'absence de traduction n'étant pas un motif de rejet du dossier par l'organisme de protection sociale sollicité, ce dernier peut recourir à la plateforme de traduction du centre des liaisons européennes et internationales de sécurité sociale (Cleiss) pour effectuer des demandes de traduction ou accéder à des modèles types.

²²⁹ Ainsi, par exemple, en Algérie, si le nom du père est le même que celui de l'assuré, le nom de naissance de la mère n'est pas toujours précisé sur la pièce d'état civil. Ex. : FATMA BENT ALI (FATMA fille d'ALI). Dans ce cas, l'identification en France retient les deux vocables « BENT ALI » dans le nom de famille ou à la suite du prénom.

Pour la Chine, certains extraits d'actes de naissance font figurer deux noms et deux prénoms différents, l'un en langue officielle, l'autre en dialecte de la province.

Pour l'Égypte, le Pakistan ou l'Inde, les états civils ne distinguent pas le nom du ou des prénoms, l'identité étant généralement composée de plusieurs « vocables ».

Pour la Grèce et les enfants nés après 1983, le nom de l'enfant peut être formé soit par le nom du père, soit par celui de la mère, soit par la combinaison des deux noms. De plus, lorsque le nom de naissance d'une personne de sexe féminin est celui de son père, il est accordé au féminin (Ex. : nom du père : SYMEONIDIS ; nom de sa fille : SYMEONIDOU).

En Russie et pour toutes les républiques de l'ex-URSS, le nom de naissance d'une personne de sexe féminin est parfois légèrement différent de celui de son père car il se décline.

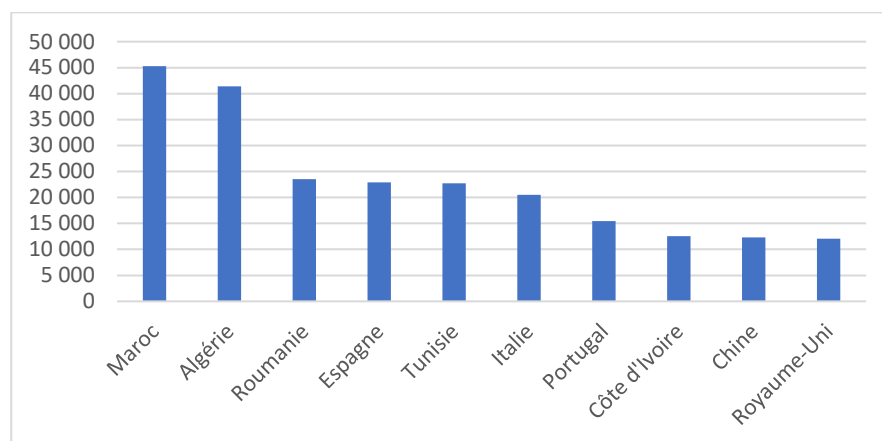
²³⁰ Au 1^{er} septembre 2019, le nombre de NIR présentant cette particularité s'élevait à 12 939, dont 10 268 NIR correspondant à des personnes vivantes parmi lesquels 8 361 NIR correspondent à des personnes nées à l'étranger (3 953 pour le Portugal, 1 620 pour l'Inde, 905 pour l'Algérie et 1 883 pour les autres pays étrangers).

Par ailleurs, l'hétérogénéité de l'application locale de la réglementation nationale en matière d'état civil²³¹, voire la corruption des services d'état civil ou leur défaillance dans les pays en proie à des conflits armés ou à des catastrophes naturelles peuvent constituer d'autres sources de difficulté dans l'authentification des pièces d'état civil.

Pour l'Europe, un dispositif d'harmonisation des états civils existe néanmoins. En l'absence d'une réglementation à l'échelle de l'Union européenne, la commission internationale de l'état civil (CIEC) promeut en effet la coopération en matière d'état civil et l'amélioration du fonctionnement des services nationaux d'état civil à travers la mise à disposition de documents exposant le droit des États membres²³² en la matière et la conclusion de conventions internationales permettant d'harmoniser le droit matériel des États membres en matière d'état civil et de faciliter le fonctionnement de l'état civil à travers les frontières, à l'aide notamment de documents normalisés plurilingues²³³. En 2019, les demandes d'identification de ressortissants de ces pays (membres et observateurs), ont représenté 17,3 % des 447 212 demandes au total²³⁴.

Les diagrammes suivants exposent la répartition, par pays d'origine des demandeurs, des dossiers d'identification transmis au Sandia en 2019 :

Graphique n° 7 : nombre de dossiers d'identification reçus par le Sandia en 2019 pour les dix premiers pays en volume



Source : Sandia

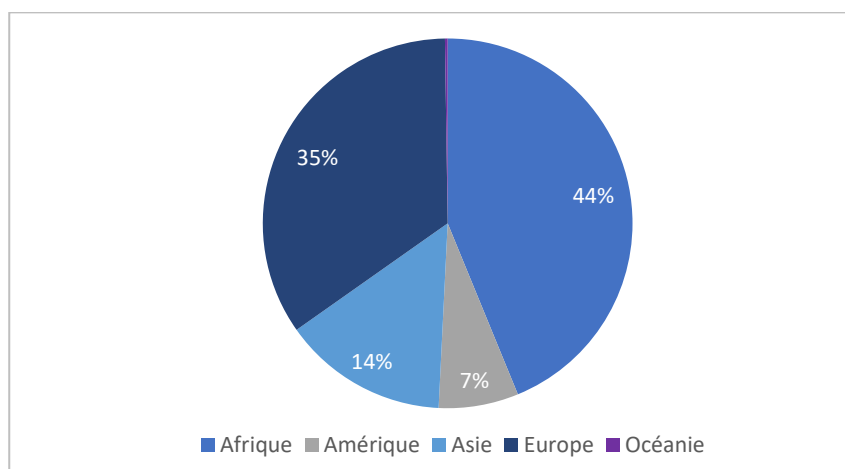
²³¹ Ex. : en Algérie, coexistent encore deux types de formulaires pour les extraits d'actes de naissance, alors que le formulaire EC 12, encore utilisé par la plupart des communes, aurait dû disparaître en 2014 au profit du formulaire EC 7 (cf. décret n° 2014-75 du 17 février 2014).

²³² Pays membres de la CIEC : Belgique, Espagne, Grèce, Luxembourg, Suisse et Turquie. Pays observateurs : Chypre, Lituanie, Moldavie, Roumanie, Russie, Saint-Siège, Slovénie et Suède.

²³³ Par exemple, la CIEC a élaboré la convention n° 25, signée le 6 septembre 1995, créant un système de codage numérique des mentions figurant dans les actes et documents d'état civil.

²³⁴ Pour 17,5 % en 2018 et 15 % en 2017.

Graphique n° 8 : part par continent des demandes d'identification reçues par le Sandia



Source : Sandia

3. Un recensement nécessairement incomplet des personnes décédées

Le principe est qu'une personne est considérée vivante tant qu'aucune information ne permet d'établir le contraire²³⁵.

Comme le montre le tableau ci-après, la plupart des NIR correspondant à des personnes décédées ont été mis à jour sur le fondement de l'information systématique délivrée par l'Insee à partir de celle communiquée par les services d'état civil des communes ou par les consulats (ou de jugements déclaratifs de décès ou d'absence)²³⁶.

²³⁵ Conformément à la circulaire n° DSS/SD4D/2011/195 du 12 juillet 2011 relative à l'exploitation prioritaire du système national de gestion des identifiants (SNGI) et au rappel de la validité des statuts de décès, il existe trois statuts de décès :

- certifié : lorsque l'information relative au décès a été mise à jour dans le SNGI par l'Insee ou le Sandia. Cette information est considérée comme la plus fiable ;
- authentifié : lorsqu'une Carsat met à jour le SNGI suite à la déclaration auprès d'elle d'un décès accompagnée d'une pièce justificative valide. Cette catégorie correspond également aux informations transmises, depuis 2015, par un organisme de protection sociale européen. Le décès authentifié devient certifié lorsqu'il est confirmé par l'Insee ou le Sandia ;
- présumé : lorsque le décès est déclaré à un organisme de protection sociale autre qu'une Carsat et qu'il est accompagné d'une pièce justificative, ou lorsqu'il est déclaré à une Carsat sans pièce justificative ou avec une pièce justificative non recevable. L'organisme prend les mesures conservatoires liées à une situation de décès dans l'attente d'une confirmation (statut certifié ou authentifié). Les procédures associées au décès avéré du bénéficiaire ne sont cependant pas mises en œuvre tant que le décès n'a pas été confirmé dans le SNGI (authentifié ou certifié) ou qu'une pièce justificative n'a pas été produite par un proche du bénéficiaire décédé. Le décès conserve ce statut jusqu'à ce qu'une information complémentaire permette de l'authentifier ou de le certifier. Si ce statut perdure au-delà de 40 jours après la date du décès, l'organisme conduit les diligences nécessaires pour confirmer l'information de manière fiable.

²³⁶ Soit 25 581 474 décès certifiés par l'Insee au 31 décembre 2018, sur un total de 27 650 014 NIR correspondant à des personnes décédées à la même date au sein du SNGI, soit 92,5 %.

S'agissant des autres NIR correspondant à des personnes décédées, soit 7,5 %, un principe de prudence est appliqué puisqu'aux décès ayant fait l'objet de la présentation d'une pièce justificative valide²³⁷, le Sandia y ajoute, pour une part importante, des présomptions de décès fondées sur les notifications transmises à la Cnav par les organismes de sécurité sociale²³⁸, les certificats de décès de l'institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) ou les avis de radiation des listes électorales.

Tableau n° 8 : nombre de NIR correspondant à des personnes décédées et enregistrées dans le SNGI au 31 décembre 2018

	Personnes nées en France	Personnes nées à l'étranger	Total	%
Certifié Insee (décès normal)	23 412 943	2 160 793	25 573 736	92,5%
Certifié Insee (jugement déclaratif de décès)	5 747	52	5 799	
Certifié Insee (jugement définitif d'absence)	1 194	76	1 270	
Certifié Insee (décès en mer)	664	5	669	
Certifié Sandia	3 246	140 631	143 877	0,5%
Authentifié	36 638	697 625	734 263	2,7%
Présumé décédé ou disparu	348 703	841 697	1 190 400	4,3%
Total	23 809 135	3 840 879	27 650 014	100%

Source : Sandia

S'agissant des décès survenus en France, leur absence de prise en compte par les états civils municipaux correspond, en première analyse, à des situations anecdotiques (absence de déclaration par des membres de la famille ou des proches qui dissimulent ou détruisent le corps du défunt). Un risque plus élevé affecte les décès survenus à l'étranger et qui n'ont pas été signalés au réseau consulaire, aux organismes de sécurité sociale ou au Sandia. Lorsque les personnes décédées ne perçoivent pas de prestations d'un régime français de protection sociale, leurs familles n'ont pas de raison particulière de rechercher un interlocuteur administratif français auquel communiquer cette information.

Si le SNGI abrite plusieurs millions de NIR réputés vivants²³⁹, les prestations de retraite versées à des centaines résidant dans un pays étranger représentent un enjeu financier modeste. En 2019, comme le montre le tableau ci-dessous, seuls 1 717 centenaires, connus ou déclarés

²³⁷ i.e. décès « certifiés Sandia » et « authentifiés ».

²³⁸ Les organismes peuvent être informés d'un décès avant l'Insee grâce aux informations qui leur sont transmises par les membres de la famille du défunt.

²³⁹ Au 1^{er} septembre 2019, 4 642 880 NIR enregistrés au SNGI correspondent à des personnes centenaires pour lesquelles le Sandia ne dispose d'aucune information concernant un décès potentiel. Dans une mesure indéterminée, il comprend des personnes en réalité décédées en France ou dans un pays étranger. Il est à rapprocher d'une étude de l'Insee de 2016 qui évaluait à 21 000 le nombre de centenaires vivant en France (Insee Première, n° 1620, 03/11/2016).

comme tels, établis à l'étranger bénéficiaient d'une pension de retraite du régime général, pour un montant annuel de 6,81 M€.

Tableau n° 9 : nombre de retraités du régime général résident en France ou à l'étranger dont l'âge est au moins égal à 100 ans

	Effectif		Montant total mensuel versé (en M€)		Extrapolation annuelle (en M€)	
	Décembre 2018	Décembre 2019	Décembre 2018	Décembre 2019	2018	2019
France	13 605	14 814	8,48	9,36	101,71	112,28
Pays étrangers	1 517	1 717	0,50	0,57	6,04	6,81
Total	15 122	16 531	8,98	9,92	107,75	119,10

Source : Cnav - DSPR - infocentre SNSP

4. La mise en œuvre de mesures visant à réduire le risque de fraude documentaire

4.1. Un double niveau de vérification des pièces justificatives transmises à l'appui des demandes

Le processus d'identification des personnes nées à l'étranger se caractérise par un double niveau de vérification des pièces justificatives d'identité. En effet, si le Sandia est la seule structure habilitée, *in fine*, à valider l'attribution d'un numéro d'immatriculation, ce sont les organismes de sécurité sociale auprès desquels le bénéfice d'une prestation est demandé (ex. : Caf, CPAM, Carsat²⁴⁰, MSA) qui constituent le premier échelon d'enregistrement des demandes et de collecte et de vérification des pièces justificatives.

Ces organismes (comme le Sandia) ont accès à différents outils et bases de données informatisés leur permettant de réaliser des contrôles. Outre la consultation du SNGI, qui leur permet de vérifier que le demandeur ne dispose pas déjà d'un NIR, ils consultent l'application de gestion des dossiers des ressortissants étrangers en France (AGDREF), créée en 1993, qui leur permet d'accéder à une partie des informations exploitées par les préfetures et à celles enregistrées au sein du fichier national tenu par le ministère de l'Intérieur²⁴¹. En cas de doute sur l'authenticité des pièces d'identité présentées, les organismes peuvent consulter le registre public PRADO²⁴², qui propose des images et des informations succinctes relatives aux éléments de sécurité présents sur les documents de voyage et d'identité les plus courants délivrés par les États membres de l'Union européenne et par certains pays tiers. Enfin, l'accès aux données du service central d'état civil (SCEC) leur permet d'authentifier les actes de naissance des personnes nées à l'étranger et ayant acquis la nationalité française.

²⁴⁰ S'agissant des Carsat, la demande de prestation émane de veuves n'ayant jamais résidé en France et devant être immatriculées pour bénéficier d'une pension de réversion.

²⁴¹ AGDREF fait notamment apparaître la nature du titre de séjour (ex. : carte de frontalier, carte de séjour temporaire, carte de résident, autorisation provisoire de séjour, etc.), ainsi que sa durée et un indicateur de droit au travail.

²⁴² Pour *Public Register of Authenticity identity and travel Documents Online*.

Depuis 2015, le taux de rejet des dossiers pris en charge par le Sandia après transmission par les organismes sociaux a été divisé par près de deux. Le Sandia ayant lui-même renforcé ses exigences quant à la qualité des pièces justificatives transmises (voir 4. *infra*), cette évolution tend à montrer que les organismes de premier niveau adressent au Sandia des dossiers de meilleure qualité que par le passé.

Tableau n° 10 : rejets par le Sandia des demandes d'immatriculation qui lui sont adressées

<i>Année</i>	Dossiers transmis Sandia	Dossiers rejetés	Taux de rejet
2015	549 407	76 963	14,0 %
2016	562 591	74 265	13,2 %
2017	602 493	69 263	11,5 %
2018	551 628	42 167	7,6 %
2019	520 775	38 625	7,4 %

Source : Sandia

Comme le montre le tableau-ci-après, la baisse des taux de rejet par le Sandia des dossiers soumis à sa validation concerne l'ensemble des organismes sociaux. Les dossiers transmis par le réseau des Caf affichent le taux de rejet le moins élevé.

Tableau n° 11 : nombre (en milliers) des demandes d'identification des rejets en 2019, par type d'organisme à l'origine de la demande

	2017			2018			2019		
	Entrée	Rejet	Taux	Entrée	Rejet	Taux	Entrée	Rejet	Taux
Carsat	35,11	4,21	12,0 %	32,09	3,00	9,4 %	29,73	2,80	9,4 %
CPAM	234,82	34,26	14,6 %	176,63	17,03	9,6 %	207,74	19,26	9,3 %
Caf	246,30	21,44	8,7 %	266,39	17,00	6,4 %	233,61	13,60	5,8 %
Autres ²⁴³	86,26	9,35	10,8 %	76,52	5,14	6,7 %	49,70	2,97	6,0 %
Total	602,49	69,26	11,5 %	551,63	42,17	7,6 %	520,78	38,63	7,4 %

Source : Sandia

En définitive, le double niveau de contrôle des demandes d'identification favorise la maîtrise du risque de fraude documentaire. Cependant, sauf exception, le demandeur n'est pas convoqué, alors qu'une convocation faciliterait l'authentification des pièces justificatives qu'il présente. Il y a deux raisons à cela : la charge de travail supplémentaire qu'engendrerait une convocation plus fréquente des demandeurs ; le fait que, s'agissant des assurés nés à l'étranger et titulaires d'un titre de séjour, leur identité a déjà été vérifiée par les services des préfectures lors de son attribution ou de son renouvellement.

²⁴³ Autres organismes de sécurité sociale et de protection sociale et mutuelles (ex. : MSA, CNMSS, MGEN, Agirc-Arrco).

4.2. Un principe de double pièce justificative qui réduit les possibilités de fraude documentaire et en facilite la détection

Afin de limiter les risques de fraude documentaire, une personne née à l'étranger ne peut être identifiée à la sécurité sociale, depuis 2012, que sur présentation cumulative de deux pièces justificatives²⁴⁴ :

- pour les ressortissants de l'Union européenne, le formulaire européen de rattachement à un organisme de protection sociale ou, à défaut, une pièce d'identité, ainsi qu'une pièce d'état civil dont la traduction n'est pas exigée (sauf pour la Grèce et la Bulgarie) ;
- pour les ressortissants d'États n'appartenant pas à l'Union européenne, un document d'identité (titre ou document de séjour) attestant de la régularité du séjour ainsi qu'une pièce d'état civil²⁴⁵ plurilingue ou traduite par un traducteur assermenté, la pièce d'état civil en langue originale devant alors être jointe à la traduction²⁴⁶.

Ce principe de la double pièce justificative trouve une traduction particulière dans le cadre de la procédure d'attribution d'un numéro identifiant d'attente (NIA).

Cette procédure permet au demandeur ne disposant pas encore d'un NIR de bénéficier d'un numéro provisoire et de l'attribution de prestations à partir de la production d'une seule pièce justifiant son identité. Le risque de fraude est maîtrisé par le fait qu'après un délai de 6 mois, la non-production de la seconde pièce justificative entraîne la suspension de la prestation et le déclenchement d'une enquête administrative puis, après un nouveau délai de trois mois, la suppression de la prestation et l'inactivation du NIA. Lorsque la seconde pièce est produite, le Sandia peut en revanche certifier l'identité du demandeur et transformer le NIA en NIR.

La procédure d'attribution du NIA est totalement dématérialisée et réalisée au moyen d'un système d'information unique et partagé par l'ensemble des organismes raccordés, ce qui empêche ainsi la création d'un NIA pour une même personne par plusieurs organismes. Par ailleurs, l'archivage par le système des NIA non certifiés permet de limiter les risques de récurrence.

Néanmoins, à ce stade, le dispositif des NIA ne bénéficie qu'à un nombre réduit d'organismes sociaux. En effet, bien que le dispositif ait été défini dès 2012²⁴⁷, seules les Caf (qui ont effectué en 2019 près de 45 % des demandes d'immatriculation au Sandia) sont équipées depuis 2017 de l'outil informatique permettant de traiter les NIA. La mise en production de ce dispositif est prévue au second semestre 2020 pour la MSA et début 2021 pour l'assurance maladie. Au moment des constats définitifs de la Cour, la Cnav n'avait en revanche pas arrêté de calendrier précis pour les caisses de la branche vieillesse du régime général, qui demandent au Sandia l'immatriculation des veufs(ves) de titulaires de pensions de retraite de droit propre, qui résident à l'étranger, n'ont jamais résidé auparavant en France et dont le décès du conjoint justifie l'attribution d'une pension de réversion.

²⁴⁴ Par exception, l'identification peut intervenir lorsque la personne née à l'étranger est dans l'impossibilité matérielle de fournir les pièces justificatives demandées, faute de services d'état civil opérationnels, par exemple en cas de guerre ou de catastrophe naturelle.

²⁴⁵ Copie intégrale de l'acte de naissance, extrait d'acte de naissance avec filiation, livret de famille, acte de mariage.

²⁴⁶ L'absence de traduction n'est pas un motif de rejet du dossier de l'assuré par l'organisme de sécurité sociale à l'origine de la demande d'identification.

²⁴⁷ L'article L. 114-12-3 du code de la sécurité sociale, introduit par loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012, a consacré l'emploi du NIA. Par ailleurs, la circulaire interministérielle n° DSS/SD4C/2012/213 du 1^{er} juin 2012, relative à l'attribution d'un numéro identifiant d'attente aux demandeurs ou aux bénéficiaires de prestations de protection sociale, a précisé les règles présidant à l'attribution d'un NIA par la Cnav ainsi que ses modalités de création et de gestion.

4.3. L'organisation du Sandia : un cadre robuste de maîtrise du risque de fraude documentaire

4.3.1. Des outils adaptés mais des supports de contrôle qui ne facilitent pas la tâche des techniciens

Afin de réaliser leurs vérifications, les techniciens du Sandia disposent des mêmes outils et bases de données informatisés que les organismes qui leur adressent les demandes d'identification (AGDREF, PRADO, SCEC). Les superviseurs qualité et les responsables de secteur ont également accès à l'intranet des faux documents et des documents authentiques en ligne (i-FADO²⁴⁸), système à accès restreint qui propose notamment des informations sur les faux documents typiques et sur les techniques de falsification concernant les documents de voyage et d'identité, visas et cachets authentiques des États membres de l'Union européenne et de certains pays tiers.

En revanche, les opérations de vérification des pièces justificatives transmises au Sandia à l'appui des demandes d'identification portent sur des documents numérisés qui ne sont pas toujours faciles à exploiter. Ainsi, 95 % des pièces justificatives parviennent au Sandia en noir et blanc²⁴⁹, ce qui prive ses techniciens de certains points de contrôle des pièces d'identité n'apparaissant qu'en couleur. Surtout, la qualité de la définition des documents n'en garantit pas toujours la lisibilité, ce qui accroît le risque d'identification ou de rejet à tort du dossier. En effet, à défaut de réception physique des demandeurs et de numérisation des pièces originales par les organismes eux-mêmes, les documents transmis peuvent, dès l'origine, s'avérer de piètre qualité. Par la suite, la multiplication des étapes de photocopie et de numérisation de ce type de pièce peut en renforcer le manque de lisibilité²⁵⁰.

Dans ce contexte, les documents transmis à l'appui des demandes ayant fait l'objet de l'attribution d'un NIA présentent généralement une meilleure lisibilité, sous réserve que le document original ait été correctement photocopié par le demandeur. En effet, la procédure d'attribution du NIA suppose l'utilisation, par les organismes qui en disposent, d'un système d'information dédié, interfacé avec le système de gestion des identifications du Sandia et permettant l'intégration des pièces justificatives numérisées au sein du dossier dématérialisé. Ainsi, les étapes d'impression des pièces justificatives par les organismes pour transmission au Sandia et de numérisation par ce dernier aux fins d'exploitation par les techniciens disparaissent.

En définitive, la réception physique d'une part accrue des demandeurs par les organismes de premier ressort permettrait non seulement d'offrir un point de contrôle supplémentaire susceptible de prévenir des usurpations d'identité, mais aussi de réaliser les premiers contrôles documentaires sur des pièces originales et d'en assurer une dématérialisation de bonne qualité en vue de leur exploitation par le Sandia. Par ailleurs, la généralisation de la procédure d'attribution des NIA et de l'emploi du système d'information propre à cette procédure permettraient de

²⁴⁸ Pour *False and Authentic Documents Online*.

²⁴⁹ Seules les Caf font parvenir au Sandia 10 % environ de leurs pièces justificatives en couleur, les autres organismes transmettant exclusivement des documents en noir et blanc.

²⁵⁰ Dans la plupart des cas, ce sont quatre opérations de reproduction du document original qui se succèdent avant exploitation par les techniciens du Sandia : 1- le demandeur transmet à l'organisme une photocopie des documents originaux ; 2- les organismes numérisent ces photocopies afin de les archiver dans leur système de gestion électronique de documents ; 3- les organismes impriment les documents archivés afin de les transmettre au Sandia à l'appui d'une demande d'immatriculation ; 4- à réception des documents, le service du Sandia compétent pour la gestion des flux entrants les numérise à nouveau aux fins d'exploitation par les techniciens.

réduire les étapes de reproduction des pièces justificatives et, ce faisant, d'améliorer la lisibilité de ces pièces et de faciliter les contrôles.

4.3.2. Un dispositif de supervision qui contribue à garantir la qualité des contrôles et à limiter le risque de rejet ou d'immatriculation à tort

Toute attribution de NIR à une personne née à l'étranger doit être validée par le Sandia après vérification de la complétude et de la recevabilité des pièces justificatives qui lui sont transmises par les organismes de sécurité sociale.

Pour réaliser ces vérifications, le Sandia comptait, fin février 2020, 51 postes, dont trois vacants. Les 40 techniciens et les 11 personnes qui supervisent leurs travaux à différents échelons sont répartis entre des secteurs de taille similaire, adaptés à une supervision de proximité.

Une documentation spécifique est mise à la disposition de chaque technicien de contrôle. Elle consiste principalement en le guide de l'identification, qui décrit les procédures d'identification des personnes nées à l'étranger, et en un recueil de fiches techniques plus opérationnelles. En outre, une base documentaire par pays est régulièrement enrichie par les informations recueillies auprès des ambassades et des consulats et par les fiches d'alerte régulièrement transmises par la DCPAF²⁵¹. En cas de doute sur la recevabilité d'une pièce d'état-civil ou d'un document d'identité, les spécialistes de la DCPAF peuvent être contactés pour expertiser le document.

Le Sandia met en œuvre des plans annuels de supervision des travaux d'identification ou de traitement des litiges, qui comportent plusieurs dispositifs complémentaires, permettant d'une part d'accompagner les techniciens dans une logique d'amélioration continue et, d'autre part, de s'assurer que les risques propres à certains pays ou types de procédures sont bien maîtrisés.

Ainsi, tout agent nouvellement recruté fait l'objet d'une supervision exhaustive des dossiers qu'il traite, pour une période permettant de valider l'appropriation de la formation initiale reçue. Par la suite, le suivi mensuel des taux individuels d'erreur s'accompagne de plans de supervision ciblés pour les techniciens en difficulté.

Des supervisions thématiques sont également mises en œuvre. Elles couvrent des catégories particulières de dossiers (ex. : fusion de NIR, rejet des demandes d'identification, type de pièce d'état civil, etc.) ou des dossiers identifiés comme présentant un risque accru, notamment à la suite d'alertes de la DCPAF. Enfin, des campagnes ciblées de supervision sont réalisées plusieurs fois par an afin de couvrir des dossiers relatifs à des pays dont les états civils présentent de fortes particularités ou pour faire suite à des évolutions de procédures²⁵².

Par ailleurs, depuis le début de l'année 2020, un dispositif de supervision croisée entre secteurs permet de confronter les méthodes de supervision et d'en renforcer l'objectivité.

²⁵¹ Par exemple, une fiche d'alerte transmise en 2016 concerne l'augmentation des faux actes de naissance en République démocratique du Congo. Depuis lors, la Sandia conditionne l'acceptation des actes de naissance en tant que pièces justificatives d'état civil à leur validation préalable par le consulat de ce pays.

²⁵² Ainsi, en 2019, deux campagnes de supervision sont intervenues suite au changement de réglementation des états civils de Madagascar et des Comores sur tout ou partie des dossiers concernant des ressortissants de ces pays et traités au cours du mois précédent. Deux autres campagnes ont porté sur l'analyse de tous les rejets de dossiers intervenus sur une même journée ou encore sur un échantillon de dossiers complexes.

Au total, le traitement de 19 700 demandes d'identification a été supervisé en 2019, soit 3,8 % du total des dossiers transmis au Sandia sur cette période. Ces supervisions font apparaître des taux d'erreur détectées (qui donnent lieu à des corrections), qui restent faibles depuis 2015, de l'ordre de 4,5 % en moyenne annuelle, tout particulièrement pour les années pendant lesquelles le service n'a pas accueilli de nouveaux techniciens (2015, 2017 et 2018)²⁵³.

Il convient de souligner que certains dossiers peuvent cumuler plusieurs erreurs et qu'une erreur n'implique pas nécessairement que l'agent a pris une décision erronée. Ainsi, en 2019, seules 43 % des erreurs détectées ont été à l'origine d'une décision erronée, celle-ci ne consistant pas nécessairement en la validation d'un nouveau NIR mais parfois, au rejet à tort de la demande d'identification²⁵⁴.

Le tableau ci-après détaille les résultats des supervisions relatives au traitement de demandes d'identification.

Tableau n° 12 : résultats de la supervision des dossiers de demandes d'identification

Année	Nombre de dossiers supervisés	Taux de supervision	Nombre d'erreurs	Taux d'erreur
2015	14 420	2,13 %	495	3,4 %
2016	17 149	3,07 %	944	5,5 %
2017	14 616	2,45 %	523	3,6 %
2018	20 184	3,68 %	699	3,5 %
2019	19 700	3,79 %	1 133	5,75 %

Source : Sandia

Des contrôles complémentaires *a posteriori* sont réalisés par les techniciens de l'agence comptable sur une sélection aléatoire de dossiers²⁵⁵. Ils font apparaître peu d'anomalies : en 2018, 2,9 % des dossiers d'identification contrôlés présentaient des erreurs ; moins de 1 % avaient une possible incidence financière.

²⁵³ Le Sandia supervise systématiquement les opérations réalisées par ces agents à l'issue de leur formation initiale, lesquels commettent plus d'erreurs que leurs collègues du fait de leur inexpérience. Cette bonne pratique entraîne inévitablement une augmentation du taux global d'erreur.

²⁵⁴ Les erreurs n'ayant pas d'impact sur la décision d'identification ou de rejet du dossier concernant par exemple les informations relatives à la filiation du demandeur.

²⁵⁵ L'agence comptable consacre une journée par mois au contrôle des dossiers traités par le Sandia le mois précédent. Ses techniciens ont contrôlé 927 dossiers en 2018 et 1 765 en 2019.

4.3.3. Un risque résiduel de fraude qui reste à un niveau faible, comme le montrent les derniers audits partenariaux réalisés avec le concours de la DCPAF

En complément du dispositif de supervision mis en œuvre par le Sandia, plusieurs campagnes de contrôle *a posteriori* ont été organisées depuis 2011 avec le concours d'agents de la DCPAF.

Après les campagnes de 2011 et 2013, qui avaient conduit à relever des taux d'anomalies critiques²⁵⁶ respectivement de 6,3 % et de 5,4 % sur les pièces justificatives ayant permis l'attribution de NIR, les audits partenariaux réalisés en 2018 et 2019 ont été prolongés par des investigations complémentaires visant à distinguer les dossiers régularisables, c'est-à-dire correspondant bien aux assurés identifiés malgré les anomalies critiques affectant les pièces justificatives présentées à l'appui de leur demande, de ceux pour lesquels un doute sérieux subsistait.

Les résultats de ces deux dernières évaluations font apparaître une diminution significative du risque résiduel en la matière. En effet, le contrôle réalisé en 2018 sur un échantillon de dossiers d'identification traités au cours de l'année 2017²⁵⁷ a permis de relever 55 dossiers présentant des anomalies critiques, soit 4,2 % de l'échantillon, parmi lesquels seuls 13 dossiers, soit 1,0 %, ont été considérés comme effectivement non conformes, faute de production par les demandeurs de nouvelles pièces lors des investigations complémentaires réalisées par les organismes sociaux²⁵⁸.

En 2019, une nouvelle évaluation, réalisée à la demande de la commission des affaires sociales du Sénat²⁵⁹, a porté sur une assiette élargie à l'ensemble des NIR certifiés par le Sandia depuis la création du SNGI²⁶⁰. Un échantillon statistiquement représentatif de 1 575 dossiers d'assurés connus pour être vivants, dont 1 127 avaient perçu des prestations au cours des douze mois précédant l'enquête, a été analysé. Parmi ces dossiers, 47 ont fait apparaître des anomalies critiques, soit 3,0 % de l'échantillon. Ce recul de 1,25 % par rapport aux résultats de l'année 2018 est d'autant plus significatif que l'échantillon sur lequel les contrôles ont porté était composé à 85 % de dossiers antérieurs à l'année 2012²⁶¹, période durant laquelle une seule pièce justificative devait être présentée, ce qui suscitait un risque accru d'identification à tort.

²⁵⁶ Les anomalies critiques concernent les documents qui ne remplissent pas les conditions d'authenticité. Les audits partenariaux distinguent cette notion des anomalies mineures, qui correspondent aux documents ne répondant pas pleinement aux conditions de recevabilité, mais pour lesquels il est raisonnable de considérer que cette situation est imputable à de mauvaises pratiques administratives locales, et non à une volonté de frauder de la part du demandeur (ex. : extraits d'actes de naissance algériens encore établis sur les formulaires EC 12 alors que la réglementation prévoit un nouveau formulaire EC 7 depuis 2014). Enfin, certains dossiers peuvent être classés comme « indéterminés », lorsqu'il n'existe pas de document de référence à même de retenir ou d'infirmer l'authenticité de la pièce d'état civil présentée, sans toutefois qu'un indice de fraude puisse être constaté.

²⁵⁷ Soit un échantillon représentatif de 1 300 NIR extrait du SNGI de manière aléatoire et concernant des personnes non décédées nées à l'étranger.

²⁵⁸ Parmi ces dossiers non conformes, sept seulement avaient fait l'objet de versements de prestations en espèce ou en nature, soit 0,5 % de l'échantillon.

²⁵⁹ Rapport d'information n°545 (2018-2019) du 5 juin 2019 réalisé au nom de la commission des affaires sociales sur les conséquences de la fraude documentaire sur la fraude sociale.

²⁶⁰ L'analyse a porté sur les dossiers archivés au format numérique, pratique mise en œuvre depuis 1991.

²⁶¹ Soit 1 336 dossiers.

Tableau n° 13 : résultats des audits partenariaux Sandia-DCPAF réalisés en 2018 et 2019

Classification des dossiers contrôlés	Audit 2018		Audit 2019	
	Nombre de dossiers	Part du total	Nombre de dossiers	Part du total
Dossiers favorables	1 032	79,4 %	906	57,5 %
Dossiers avec anomalies mineures ²⁶²	156	12,0 %	376	23,9 %
Dossiers avec anomalies critiques	55	4,2 %	47	3,0%
Indéterminés ²⁶³	57	4,4 %	246	15,6 %
Total	1 300	100 %	1 575	100 %

Source : Sandia

Tableau n° 14 : décomposition des dossiers examinés dans le cadre de l’audit partenarial Sandia-DCPAF réalisé en 2019

Classification des dossiers contrôlés	Nombre de dossiers antérieurs à 2012	En %	Nombre de dossiers 2012 et années suivantes	En %	Total
Dossiers favorables	698	52,2 %	208	87,0 %	906
Dossiers avec anomalies mineures	356	26,6 %	20	8,4 %	376
Dossiers avec anomalies critiques	42	3,1 %	5	2,1 %	47
Indéterminés	240	18,0 %	6	2,5 %	246
Total	1 336	100,0 %	239	100,0 %	1 575

Source : Sandia

Les investigations complémentaires des organismes de protection sociale sur les 47 dossiers précités ont permis ensuite de confirmer l’identité des demandeurs pour 33 d’entre eux si bien qu’au final, seuls 14 dossiers ont été considérés comme non conformes à défaut de production de nouvelles pièces, soit 0,9 % du total des dossiers. Pour l’essentiel, les dossiers indéterminés correspondent à des immatriculations antérieures à 2012, lorsque seule une pièce d’identité était requise pour procéder à une immatriculation.

²⁶² L’élargissement de l’assiette sur laquelle a été réalisé l’échantillon analysé en 2019 a conduit à identifier de nouvelles causes d’anomalies mineures en raison de l’évolution des conditions de validité de certains documents depuis 2012 (ex. : fiches individuelles d’acte de naissance ne portant pas la référence du livret de famille ou de l’acte de naissance sur le fondement duquel elles ont été établies). Cette évolution méthodologique explique donc pour partie l’écart important que présente cette catégorie d’anomalie par rapport à l’audit de 2018.

²⁶³ De même que pour les anomalies mineures, la différence de méthode d’échantillonnage explique en partie l’écart constaté entre les résultats de 2018 et de 2019. En l’espèce, l’absence de copie des documents référencés par les fiches individuelles d’acte de naissance analysées a conduit à une classification en dossier indéterminé.

Annexe n° 10 : des circuits de blanchiment d'argent via des comptes collecteurs (*source* : Tracfin)

Le cas suivant décrit un circuit financier frauduleux de grande ampleur dans lequel la technique de « comptes de collecte » est utilisée.

Profil des intervenants

Personnes physiques :

- les personnes assurant le rôle de collecteurs : ce sont des hommes non-résidents français déclarant la profession d'écrivain public ;
- les personnes dites « collectées » (apportant les fonds aux collecteurs) : ce sont des retraités non-résidents français.

Personnes morales :

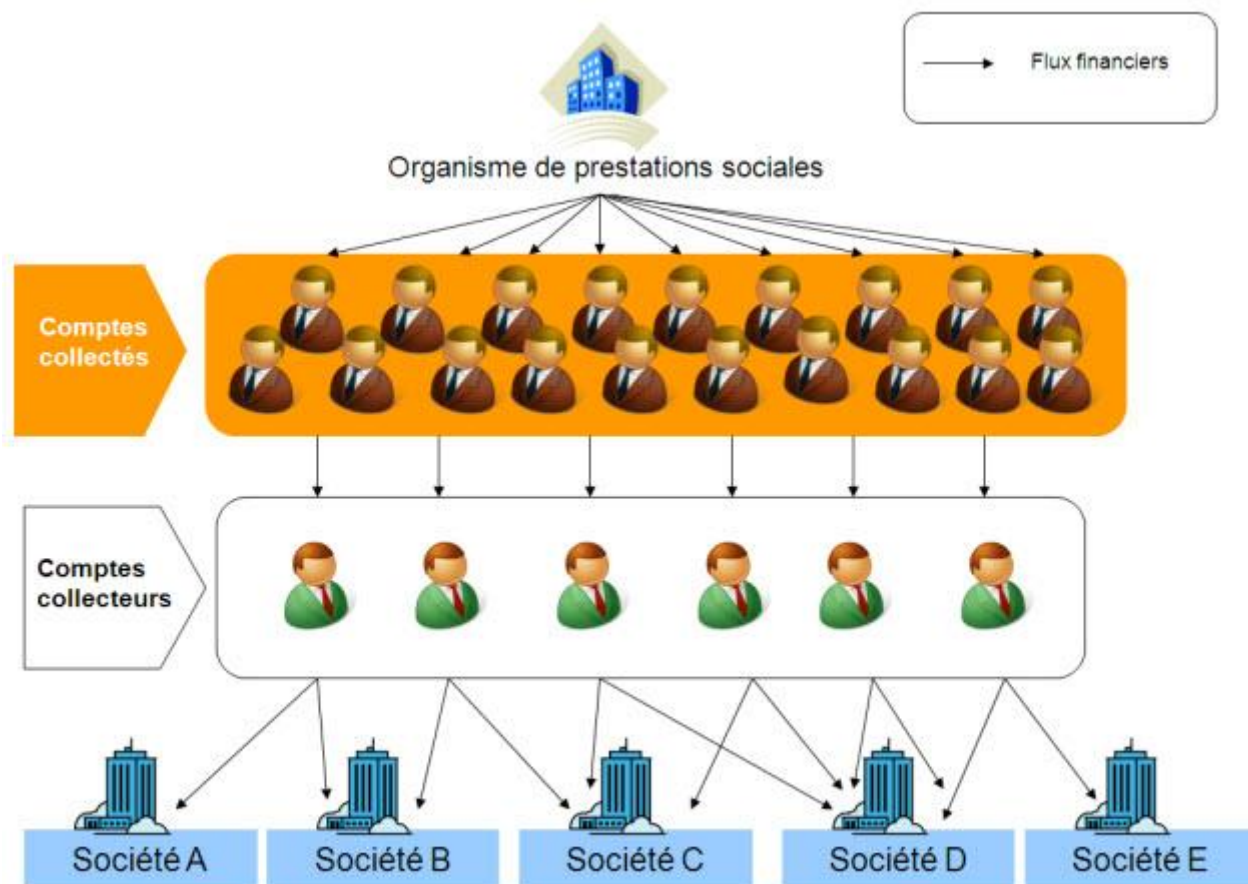
- les sociétés A, B, C, D et E, sociétés de commerce et d'exportation de biens de consommation (électroménager, véhicules, pièces détachées) ;
- organisme de prestations sociales (Cnav).

Flux à l'origine du soupçon d'infractions

Les mouvements constatés sont les suivants :

- des retraités, titulaires de comptes bancaires en France, ont émis des virements réguliers (d'un montant équivalent à leur pension de retraite) à destination de plusieurs comptes situés en France. Les conditions dans lesquelles ces virements ont été émis restent à éclaircir mais on peut pour le moins s'interroger sur le consentement réel des personnes concernées. Ces retraités sont de nationalité étrangère et ne sont plus résidents en France. Plus de 90 % ont plus de soixante ans et tous résident dans le même pays, parfois dans la même région. Ils ont travaillé en France et perçoivent, à ce titre, des prestations de la Cnav. Dans certains cas, il semblerait que de faux dossiers aient parfois été constitués pour percevoir indûment des prestations vieillesse de la Cnav ;
- plus de 17 000 titulaires de comptes bancaires ont été identifiés pour une centaine de comptes collecteurs. Les collecteurs réalisent ces opérations à titre habituel, à grande échelle et ne disposent pour ce faire d'aucun agrément. Ils exercent dès lors, illégalement, la profession de banquier ;
- les fonds perçus sur les comptes collecteurs sont ensuite virés, soit vers des sociétés françaises de commerce et d'exportation de biens de consommation, soit vers des centrales d'achat basées à l'étranger. Ces sociétés destinataires n'ont aucun lien avec les titulaires de comptes collecteurs. Il est par ailleurs possible que les marchandises exportées aient été minorées, en quantité ou en valeur, participant ainsi à une fraude fiscale et douanière dans le pays de destination.

Schéma de blanchiment



Les critères d'alerte

Les mouvements réalisés au débit comme au crédit des comptes bancaires (plusieurs millions d'euros) ne sont pas cohérents avec l'activité professionnelle des titulaires de comptes bancaires.

Le solde des comptes bancaires des collecteurs est généralement nul. Le total des fonds collectés est proche du montant transféré aux entreprises de commerce de biens de consommation. Le fait de ne pas réaliser de bénéfice peut permettre de supposer que l'intéressé est probablement rémunéré d'une manière alternative, notamment par l'appartenance à un réseau.

Dans certains cas, des comptes bancaires collectés ont été ouverts dans le même établissement bancaire, dans la même agence et parfois le même jour.