

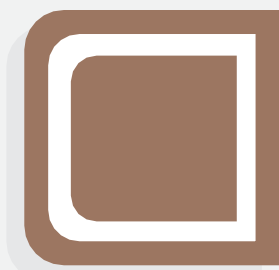
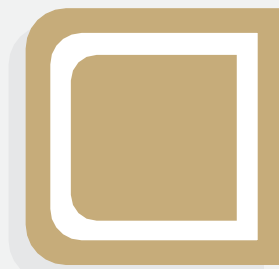
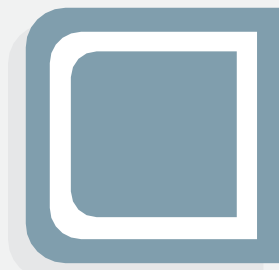


RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE

*Liberté
Égalité
Fraternité*



HAUT CONSEIL DU FINANCEMENT
DE LA PROTECTION SOCIALE



LUTTE CONTRE LA FRAUDE SOCIALE ÉTAT DES LIEUX ET ENJEUX

Rapport

Juillet 2024

Table des matières

• LETTRE DE MISSION	7
• INTRODUCTION	9
• SYNTHÈSE.....	11
• La fraude sociale : que nous dit le droit ?.....	12
• La fraude sociale : quelles données ? quels résultats ?.....	13
• Prévenir la fraude : une nécessité démocratique et financière	17
• Contrôler pour dissuader : mieux coordonner les efforts	20
• Protéger les usagers du service public de la sécurité sociale des risques d'usurpation de leur identité	26
• LISTE DES RECOMMANDATIONS	29
• CHAPITRE 1 - LA FRAUDE SOCIALE : QUE NOUS DIT LE DROIT ?	36
• 1. Fraudes, fautes, abus, erreurs : qu'est-ce que la fraude sociale ?	36
1.1. Faut-il créer une définition générique propre au code de la sécurité sociale ?.....	37
1.2. Après la loi Essoc : finir de bien positionner juridiquement fraudes et erreurs dans l'environnement de la sécurité sociale	39
1.3. Faut-il élargir le recours à la notion d'abus ?	43
• 2. Poursuivre la mise en cohérence des textes associés à la fraude.....	46
• 3. Utiliser au mieux les voies du droit pour recouvrer au mieux.....	50
• 4. Prendre en compte le processus déclaratif par internet.....	54
• 5. Traiter le sujet des activités illégales	55
• CHAPITRE 2 - LA FRAUDE SOCIALE. QUELLES DONNÉES ? QUELS RÉSULTATS ?	59
• 1. L'évaluation de la fraude : des efforts à parfaire ; une compréhension à améliorer.....	62
1.1. L'évaluation de la fraude : une nécessité politique et opérationnelle aujourd'hui largement mise en œuvre dans la sphere sociale.....	62
1.2. Une évaluation qui mobilise des techniques complexes et peine à mesurer la dynamique de la fraude.....	67
1.3. Un renouvellement nécessaire des axes d'analyse de l'évaluation	73
1.4. Détection, redressements et recouvrement : des indicateurs de gestion, aux contours parfois différents selon les organismes	74

- 2. Les chiffres de la fraude77
 - 2.1. Un manque à gagner évalué à environ 13 Md€ 77
 - 2.2. Comment évolue la fraude ?..... 81
 - 2.3. Un peu plus de 2 Md€ de fraude détectée..... 82
 - 2.4. Un niveau de recouvrement logiquement dissemblable selon les branches 83
- 3. Structurer la gouvernance de l'évaluation de la fraude84
- **CHAPITRE 3 - PRÉVENIR LA FRAUDE : UNE NÉCESSITÉ DÉMOCRATIQUE ET FINANCIÈRE 86**
- 1. Élargir la focale pour limiter les dérives..... 89
 - 1.1. Comprendre les sous-jacents économiques des secteurs financés par la protection sociale 89
 - 1.2. Lutter contre la dilution des responsabilités dans l'organisation du travail..... 93
 - 1.3. Lutter contre les entreprises éphémères 95
 - 1.4. Bien appréhender les risques de dérives associés à l'économie numérique..... 96
- 2. Agir sur le cadre juridique et bien l'explicitier pour poser correctement les enjeux97
 - 2.1. Une norme mal construite peut être génératrice de nombreuses erreurs 97
 - 2.2. Une norme très (trop) permissive peut susciter des comportements délictueux.....100
 - 2.3. Une norme mal explicitée peut conduire à mal positionner les enjeux104
 - 2.4. Une norme mal pensée peut limiter les capacités de contrôle 107
- 3. Accompagner et responsabiliser assurés sociaux et professionnels de santé110
 - 3.1. Permettre aux assurés sociaux de bien appréhender les règles applicables..... 110
 - 3.2. Restaurer un contrôle par l'assuré de la sincérité des déclarations des professionnels de santé..... 112
 - 3.3. Accompagner les professionnels de santé pour assurer une bonne maîtrise des règles..... 114
 - 3.4. Mettre en place des règles de tarification désincitatives à la fraude..... 116
 - 3.5. Développer l'éducation à la citoyenneté et le civisme social 118
- 4. Améliorer les processus de gestion pour accroître la fiabilité des données119
- 5. Mettre en place une gouvernance axée sur la prévention, en capacité de mener des analyses à 360° 122
 - 5.1. Une gouvernance à mettre en place en amont de la construction de la norme.....122
 - 5.2. Une gouvernance à repenser lors de la conception de la norme.....123
 - 5.3. Une organisation à faire évoluer dans la mise en œuvre des actions de lutte contre la fraude125

• CHAPITRE 4 - CONTRÔLER POUR DISSUADER : MIEUX COORDONNER LES EFFORTS.....	127
• 1. Un système de protection sociale contrôlé	128
• 2. Des populations encore trop faiblement contrôlées ou contrôlées seulement sur une partie du risque.....	135
2.1. Un contrôle insuffisant des travailleurs indépendants, même si des progrès sont réalisés sur les micro-entrepreneurs.....	136
2.2. Des populations contrôlées mais seulement sur une partie des risques : l'exemple du médico-social	139
2.3. Le contrôle des professionnels de santé : un investissement récent mais significatif de l'assurance maladie.....	140
• 3. Une diversification croissante des sources et méthodes de contrôle..	143
3.1. Des échanges de données de plus en plus nombreux qui posent des questions d'efficience.....	143
3.2. Un outillage qui s'adapte à l'univers numérique	146
• 4. Une amélioration nécessaire des échanges entre organismes	148
4.1. Poursuivre la mutualisation des données entre organismes.....	149
4.2. La mise en place indispensable d'une mutualisation avec les organismes complémentaires	153
• 5. Un renforcement nécessaire de l'organisation de la lutte contre les fraudes complexes	157
5.1. Une organisation interne aux organismes qui doit permettre de prendre en charge des schémas de fraude sophistiqués.....	159
5.2. Associer à cette organisation interne aux organismes un volet « ressources humaines » pour prendre en charge des schémas de fraude sophistiqués	162
5.3. Un pilotage interministériel, indispensable pour prendre en charge de nouveaux schémas de fraude.....	164
• CHAPITRE 5 - CONCILIER EFFICACITÉ DE LA LUTTE CONTRE LA FRAUDE ET NON-DISCRIMINATION	172
• 1. La lutte contre la fraude : des techniques de détection de plus en plus sophistiquées mais aujourd'hui fortement critiquées	173
• 2. Les algorithmes sont globalement efficaces dans la lutte contre la fraude.....	177
• 3. Garantir le caractère non discriminatoire des algorithmes à tous les stades de production et d'utilisation de ces outils.....	182

- 4. Assurer vis-à-vis des usagers du service public la transparence sur les usages..... 188
- **CHAPITRE 6 - PROTÉGER LES USAGERS DU SERVICE PUBLIC DE LA SÉCURITÉ SOCIALE DES RISQUES D'USURPATION D'IDENTITÉ.....192**
- 1. Les usurpations de données personnelles : un risque croissant..... 193
- 2. Limiter les risques d'usurpations d'identité, par le déploiement d'une culture du risque numérique et la sécurisation des sites..... 199
 - 2.1. Informer les usagers sur les risques et les aider à trouver les parades adaptées.....199
 - 2.2. Assurer la prise en compte par les agents des organismes de sécurité sociale des impératifs de cybersécurité201
 - 2.3. Préserver au mieux les données personnelles sur les sites internet, en prenant en compte l'accessibilité au droit pour l'ensemble des assurés, y compris ceux disposant de faibles capacités numériques 202
- 3. Détecter au plus tôt les risques d'usurpation.....205
 - 3.1. Détecter au plus tôt les usurpations d'identité 206
 - 3.2. Détecter au plus tôt les RIB frauduleux..... 207
 - 3.3. S'assurer que l'usage de RIB frauduleux ne recouvre pas des fraudes plus larges, notamment des fraudes en bande organisée215
- 4. Approfondir la gouvernance de la sphère sociale sur les questions de cybersécurité 215
- **ANNEXE : LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES PAR LE HCFIPS220**
- **CONTRIBUTIONS DES MEMBRES221**
- Confédération Générale du Travail (CGT)222
- Confédération Française Démocratique du Travail (CFDT)225
- Force Ouvrière (FO)228
- Confédération Française des Travailleurs Chrétiens (CFTC)230
- Mouvement des Entreprises DE France (MEDEF)235
- Union Nationale des Syndicats Autonomes (UNSA).....237

 LETTRE DE MISSION*La Première Ministre*

Paris, le 09 JUIN 2023

Monsieur le Président,

Je vous remercie des travaux que vous avez récemment menés sur la lutte contre la fraude, tant au travers de la deuxième partie de votre rapport sur l'avenir du recouvrement social, que des synthèses que vous produisez dans le cadre de l'observatoire du travail dissimulé.

Ces éléments alimentent nos réflexions collectives et ont pu contribuer à l'élaboration de la stratégie nationale de lutte contre la fraude comme elles participeront aux orientations des prochaines conventions d'objectifs et de gestion.

Dans la suite de ces travaux, je souhaiterais que vous élargissiez les analyses que vous avez engagées et qui sont centrées sur la lutte contre la fraude aux prélèvements sociaux, à l'ensemble de la lutte contre la fraude sociale, notamment autour des axes suivants.

1. Comme vous l'aviez évoqué dans votre rapport sur la soutenabilité des finances sociales, la lutte contre la fraude est importante pour garantir l'équité du prélèvement social et un droit « juste » aux prestations. Afin de poser ce sujet sur des bases sereines, vous aviez suggéré d'approfondir les travaux d'évaluation pour mieux fixer les enjeux et guider l'action. Cette approche me semble effectivement tout à fait pertinente et il me semble hautement souhaitable que vous mobilisiez les différents travaux disponibles sur ce sujet pour présenter, de manière objectivée et pédagogique, les différents chiffres et concepts associés à la lutte contre la fraude, tant au niveau de l'évaluation que de la détection et du recouvrement des sommes dues. Dans le cadre du nouveau comité d'évaluation des fraudes fiscales et sociales, vous proposerez une méthodologie et un calendrier d'évaluation, en lien avec les organismes de protection sociale et avec un nombre limité d'indicateurs clés.
2. Vous porterez votre attention sur les nouveaux risques de fraudes, dont le développement de la fraude « en bande organisée », notamment lié au numérique, et le développement des fraudes transnationales. Vous vous demanderez si le cadre juridique, les organisations, les systèmes d'information, les politiques de sanction, les choix de communication aujourd'hui à l'œuvre sont adaptés à ces fraudes à enjeux et porterez, le cas échéant, des propositions d'évolution.
3. Vous analyserez le lien entre lutte contre la fraude et respect de la vie privée, en examinant les enjeux de l'usage accru de l'intelligence artificielle dans les politiques menées. Vous regarderez également dans quelle mesure les systèmes d'informations et de liquidation des prestations peuvent contribuer à la lutte contre la fraude en embarquant automatiquement des contrôles a priori ou en facilitant les contrôles a posteriori.
4. Ce travail examinera enfin les risques de fraudes générées par les tentatives d'escroquerie diligentées par des personnes ou organisations externes à la sphère de la protection sociale (usurpation d'identité, de coordonnées bancaires...), et les moyens à mettre en œuvre pour les prévenir.

Ces éléments devront notamment permettre de préciser quels sont les enjeux d'harmonisation entre acteurs de la protection sociale, et, à l'inverse quelles identités conserver.

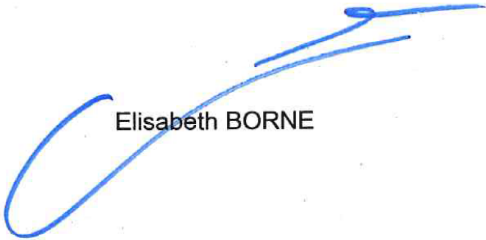
Monsieur Dominique LIBAULT
Président du Haut Conseil du financement
de la protection sociale
78/84, rue Olivier De Serres
RDC – bur. 171
75015 Paris

Pour mener à bien ces différents travaux, vous pourrez notamment vous appuyer sur les organismes de protection sociale et sur les différentes administrations en charge de ces questions (DSS, Micaf, INSEE, DGCCRF, ...).

Vous constituerez un groupe de travail technique rassemblant les différentes branches de la protection sociale.

Les résultats de ces travaux seront rendus au 1^{er} trimestre 2024.

Je vous prie de croire, Monsieur le Président, à l'assurance de ma considération distinguée.



Elisabeth BORNE

INTRODUCTION

La France a choisi un modèle de société avec une protection sociale forte, donc beaucoup de redistribution, de prélèvements d'une part, de prestations ou allocations d'autre part.

Ce système a notamment pour but de réduire les inégalités. Il est très structurant dans le rapport du collectif à l'individu dans notre société.

Il ne peut fonctionner durablement que sur la base d'une large adhésion démocratique à ce système, sur la base d'une confiance dans l'équité de cette redistribution.

Or l'équité de cette redistribution tient non seulement à l'équité des règles de droit qui gouvernent le système – équité des prélèvements, équité du droit aux prestations – mais également à la capacité à faire respecter ses règles de droit : est-ce que ceux qui sont soumis aux prélèvements sociaux respectent bien leurs devoirs ? est-ce que des individus, ou seuls ou organisés, arrivent à bénéficier de prestations auxquelles ils n'ont pas droit ?

C'est tout l'enjeu de la lutte contre la fraude sociale qui est une composante essentielle de la confiance de nos concitoyens dans le système de solidarité nationale que constitue la protection sociale.

La fraude sociale agit comme une corruption lente et insidieuse du corps social de la nation.

Bien évidemment, il y a d'autres enjeux à la lutte contre la fraude sociale : un fonctionnement efficace de la concurrence économique, l'acquisition des droits sociaux liés à la correcte déclaration tant pour les salariés que pour les non-salariés (a-t-on conscience de la bombe à retardement de la très faible acquisition de droits à retraite d'un grand nombre de collaborateurs de plate-formes ?), l'impact financier bien évidemment pour les ressources du système de sécurité sociale .

Sur ce dernier point il ne faut pas confondre le montant de fraudes détectées et le montant effectivement recouvré qui est logiquement nettement plus bas.

Pour bien appréhender où sont les enjeux réels de la lutte contre la fraude et nourrir de façon objective le débat public sur ce sujet, il faut évaluer la fraude.

Pour l'évaluer encore faut-il bien définir la notion qui se distingue de l'erreur par l'intentionnalité.

Ce rapport comporte une partie importante sur les conditions d'une évaluation performante et cohérente dans le temps.

Outre l'évaluation, la mise en place d'une vraie stratégie de prévention des fraudes semble indispensable au HCFiPS.

C'est très certainement le point faible de la politique actuelle. Il convient de lutter contre les normes fraudogènes, les process fraudogènes, les organisations économiques fraudogènes et de se garder d'une certaine permissivité dans la gestion des flux financiers. A partir d'un constat d'un investissement très significatif des organismes sur le contrôle, le rapport souligne les progrès à effectuer : les secteurs moins ou pas contrôlés, les nouvelles organisations nécessaires concernant les fraudes complexes, le difficile contrôle de la résidence, les apports à venir de la déclaration à la source, qui pour autant ne résolvent pas tous les sujets de fiabilité des données utilisés par les organismes.

Enfin le rapport souligne la nécessité de trouver un nouvel équilibre entre la lutte contre la fraude et la protection des données personnelles.

Cette vision plus globale de la lutte contre la fraude sociale, articulée avec les autres domaines de politique de protection sociale, passe par une nouvelle gouvernance au sein de l'Etat et des organismes.

 **SYNTHÈSE**

Le HCFIPS a été saisi par la Première Ministre Elisabeth BORNE le 9 juin 2023 d'un rapport sur les fraudes sociales. Selon la lettre de mission, quatre éléments devaient tout particulièrement être traités : l'évaluation de la fraude, avec pour objectif de « présenter, de manière objectivée et pédagogique, les différents chiffres et concepts associés à la lutte contre la fraude, tant au niveau de l'évaluation que de la détection et du recouvrement des sommes dues » ; les nouveaux risques de fraude ; le lien entre la fraude et le respect de la vie privée, « en examinant les enjeux de l'usage accru de l'intelligence artificielle dans les politiques menées » ; les risques de fraudes générées par des personnes ou organisations externes à la sphère de la protection sociale (usurpation d'identité notamment).

Pour mener à bien ces travaux, le Haut Conseil a pu auditionner, en séance plénière, de nombreux spécialistes du sujet : Cour des Comptes, Direction de la Sécurité sociale, organismes de sécurité sociale ; il s'est appuyé sur un groupe de travail rassemblant l'ensemble des caisses nationales du régime général, la CCMSA et France Travail, ainsi que la Direction de la sécurité sociale et la MICAF ; il a pu bénéficier de l'expertise de différentes administrations (Défenseur des Droits, CNIL, Banque de France, Direction Générale du Trésor, DGFiP), de représentants du monde de la protection sociale (complémentaires santé, syndicats professionnels...) et d'universitaires ; des visites en organismes locaux et des contacts avec certaines caisses ont été organisées pour approcher le sujet au travers du témoignage des acteurs en lien direct avec la lutte contre la fraude. Tous ces échanges ont été extrêmement enrichissants. Par ailleurs, le Secrétariat Général du Haut Conseil a été accompagné, pour l'écriture d'une partie de ce rapport, par Jean-Luc MATT, Maître de requêtes au Conseil d'État, dont les analyses sont très largement reprises dans le présent rapport et dont les contributions sont annexées au document. Le HCFIPS tient à remercier toutes les personnes qui ont participé à ces échanges pour le temps qu'elles lui ont consacré.

Le HCFIPS n'a bien sûr pas la prétention de couvrir l'ensemble du prisme de la fraude sociale, tant le périmètre est large. Son objectif n'est pas non plus d'analyser l'ensemble des processus de gestion associés à la lutte contre la fraude. L'enjeu est avant tout de donner une vision large et de poser des principes qui semblent essentiels pour mener l'action.

LA FRAUDE SOCIALE : QUE NOUS DIT LE DROIT ?

Si les commentateurs ont souligné pendant longtemps certaines ambiguïtés dans la définition de la fraude, celles-ci ont été en grande partie levées par l'intervention de la loi de 2018 « pour un État au service d'une société de confiance » (ESSOC) : l'introduction au travers du « droit à l'erreur » de la notion de bonne foi dans l'ensemble de la législation applicable en matière sociale, a permis de tracer une frontière claire entre ce qui constitue une fraude (et qui ne relève pas de la bonne foi) et ce qui n'en est pas une (qui relève de la bonne foi).

Si certains textes ont été ajustés suite à la loi Essoc (par exemple, ceux régissant le régime des pénalités), toutes les conséquences juridiques n'en ont pas été tirées. Le rapport préconise de procéder à ces ajustements, pour éviter toute ambiguïté sur ces sujets très sensibles.

Le rapport souligne également la nécessité d'intégrer pleinement la notion d'abus dans le corpus de règles. Cette notion est déjà mobilisée par l'assurance maladie pour sanctionner des professionnels de santé lorsque ceux-ci exécutent ou prescrivent des actes médicaux ou paramédicaux au-delà du besoin de soins du patient (prescriptions réitérées d'actes paramédicaux, prescriptions réitérées d'arrêts de travail au-delà du besoin de repos du patient, facturations réitérées d'honoraires outrepassant le tact et la mesure...). L'abus de droit a été réactivé pour la branche recouvrement par la loi de financement pour 2024. La notion n'a jamais été transposée aux autres branches.

Recommandation n°1 : Tirer les conséquences juridiques de la loi Essoc pour distinguer de façon cohérente entre branches erreur et fraude dans la législation sociale. En tirer les conséquences sur le régime des pénalités.

Recommandation n°2 : Faire un bilan en 2026 de l'utilisation effective et homogène de l'abus de droit par les organismes en charge du recouvrement.

Recommandation n°3 : Étendre la notion d'abus de droit aux branches prestataires.

Recommandation n°4 : Habilitier le Gouvernement à mettre en cohérence par ordonnance, sans en changer le fond, les dispositions relatives aux fraudes sociales figurant dans le Code de la sécurité sociale.

Recommandation n°5 : Élaborer une circulaire récapitulative et interprétative sur la lutte contre la fraude sociale, sous l'égide de la DSS afin d'homogénéiser les pratiques en matière de sanctions et de prescription.

La clarification du cadre juridique doit s’accompagner d’un volet opérationnel : la qualification de la fraude est évidemment complexe pour les agents des caisses, puisqu’il s’agit de déterminer l’intentionnalité de l’erreur. Pour pouvoir faciliter cette démonstration et limiter les risques de subjectivité, il est indispensable que les outils informatiques permettent de s’assurer que les éléments déclarés l’ont été « en toute connaissance de cause » par les assurés.

Recommandation n°6 : S’assurer dans la construction des processus déclaratifs sur internet que ceux-ci comprennent des fenêtres permettant de vérifier que l’assuré sait ce qu’il doit déclarer sur chaque typologie de revenus.

Le traitement des activités illicites doit par ailleurs être intégralement repris : il n’existe pas, dans le corpus de règles « sociales », de dispositif adapté à la sanction du vendeur de stupéfiants –qui tire des revenus de son activité illégale et qui, faute de déclaration de ressource, peut obtenir des minima sociaux. Cette situation est évidemment inacceptable tant en termes d’image que de capacités des organismes à la prendre en charge.

Recommandation n°7 : Créer une base de taxation des activités illicites et systématiser la transmission par la justice et l’administration fiscale aux organismes sociaux des revenus évalués au titre des activités illicites.

■ ■ LA FRAUDE SOCIALE : QUELLES DONNEES ? QUELS RESULTATS ?

Tout comme la notion de fraude elle-même, les chiffres associés à la fraude sont souvent source de grande confusion dans le débat public : évaluation, redressements / détections, recouvrement sont des notions régulièrement mêlées, avec des conséquences problématiques sur le bon positionnement des enjeux.

Les chiffres de la fraude : des notions à bien distinguer

Montants évalués	Fraudes constatées et stoppées	Fraudes évitées	Montants recouvrés
Appréhension statistique des sommes supposées être fraudées L’évaluation mesure le potentiel théorique de la fraude	Fraudes détectées en gestion et donnant lieu à notification d’un indu ou à redressement	Fraudes détectées en gestion et donnant lieu à blocage en amont du versement	Sommes recouvrées suite à constat de fraude (Pouvant inclure des pénalités)

L'évaluation est essentielle : elle est nécessaire pour apprécier les résultats de la politique anti-fraude ; elle permet de cibler les sujets à risque ; elle contribue à un débat public objectif, en hiérarchisant les vrais sujets qui ne sont pas nécessairement les sujets les plus médiatiques. C'est à l'aune de la réduction des volumes de fraude ou du nombre de fraudeurs que doit s'apprécier le succès ou l'échec de la politique de lutte contre la fraude –et non en fonction du montant des fraudes trouvées. L'évaluation est donc au cœur du jugement qui peut être porté sur l'efficacité de la lutte contre la fraude.

Les chiffres de l'évaluation doivent en revanche être correctement interprétés : sans précaution, ils peuvent être perçus comme une recette « miracle », alors que l'impact financier de la lutte contre la fraude sur les finances sociales doit s'apprécier sur les recouvrements effectifs ou sur le montant des fraudes évitées.

L'enchevêtrement fréquent entre évaluations, détections et recouvrement effectif conduit à une appréciation souvent erronée de ce que la lutte contre la fraude peut générer au plan financier, les sommes présentées en termes d'évaluation étant souvent considérées comme de nature à réduire fortement, voire annihiler, les déficits publics – et, pour ce qui concerne le présent rapport, le déficit des organismes de protection sociale.

Or, le niveau de recouvrement est très en-deçà des évaluations ou des détections, s'agissant notamment des cotisations où seules 10% des sommes redressées au titre de la lutte contre le travail dissimulé sont recouvrées. Cette limite est liée à la nature même de la fraude aux cotisations : l'interlocuteur de l'URSSAF est le plus souvent une personne morale susceptible de disparaître rapidement, en organisant son insolvabilité avant que les organismes ne puissent récupérer les fonds.

Les principaux chiffres de la fraude ¹

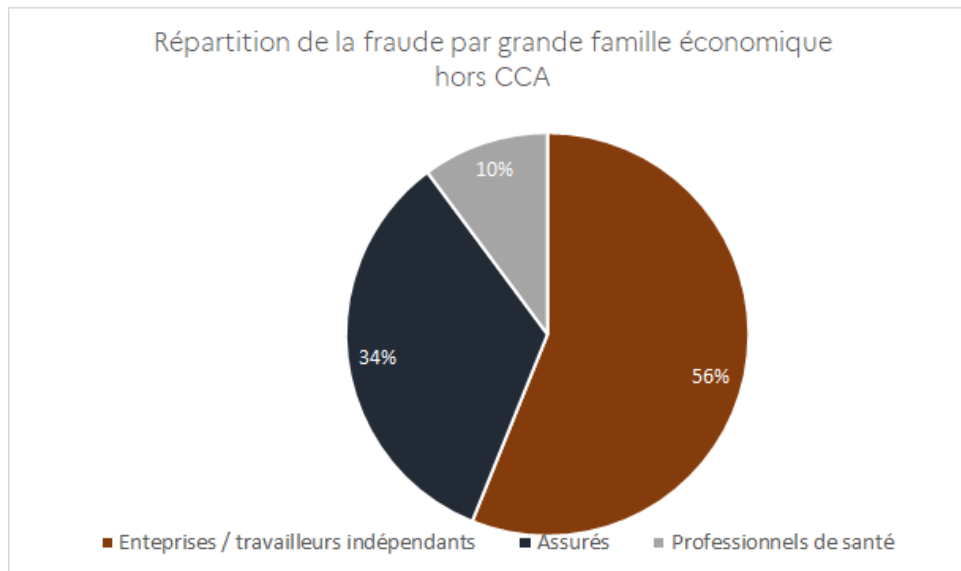


Au-delà, le HCFiPS souhaite insister sur la vision globale qui doit présider à l'appréciation des chiffres de la fraude : la fraude sociale est souvent réduite à la fraude au RSA ou à la fraude à la résidence, ce qui tend à nourrir un discours « anti-pauvres ». Il convient de repositionner le sujet, en appréhendant l'ensemble des sources de fraudes (assurés sociaux, professionnels de santé, entreprises et travailleurs indépendants). En euros, la fraude imputable aux assurés sociaux est de l'ordre d'un

¹ Voir, dans le chapitre 2, le détail des éléments méthodologiques et les conventions retenues.

tiers des fraudes évaluées. Les montants évalués sur les retraites sont très peu significatifs, alors que les fraudes aux « faux centenaires » font souvent la « une » de l'actualité. Si l'on s'attache au taux de cotisations éludées², le risque le plus important porte sur les micro-entrepreneurs, comme le HCFiPS l'a déjà souligné à plusieurs reprises.

La répartition de la fraude par grandes familles économiques³



Ces éléments généraux étant posés, le rapport suggère plusieurs évolutions.

Il souligne en premier lieu la nécessité de parachever les travaux sur l'évaluation de la fraude : les organismes de sécurité sociale ont effectué un travail extrêmement important pour mettre en œuvre ces évaluations ; certains champs restent néanmoins à travailler (l'évaluation ne couvre pas encore tout le champ de l'assurance maladie ; il est impossible de distinguer dans le contrôle comptable d'assiette ou dans les évaluations de manque à gagner relatives aux micro-entrepreneurs effectués par la branche recouvrement ce qui relève de l'intention et de la simple erreur...); les recettes fiscales affectées à la sécurité sociale ne sont pas prises en compte ; le manque à gagner ou les prestations servies à tort à l'occasion d'activités illicites ne sont pas intégrées dans les volumes fraudés.

Recommandation n°8 : Mettre en œuvre une évaluation de la fraude sur les recettes fiscales affectées à la sécurité sociale et l'intégrer dans l'évaluation des fraudes sociales.

² Qui recouvre à la fois des erreurs et des fraudes (voir chapitre 2).

³ Sans prise en compte du contrôle comptable d'assiette pour la branche recouvrement.

Recommandation n°9 : Poursuivre les travaux d'évaluation sur les champs non couverts, notamment les établissements de santé, secteur médico-social, travailleurs indépendants.

Recommandation n°10 : Mettre en place un indicateur mesurant le degré de complétude du champ couvert par l'évaluation.

Recommandation n°11 : Mieux prendre en compte la dissimulation partielle d'activité dans le champ de l'évaluation de la branche recouvrement.

Recommandation n°12 : Engager des travaux sur la prise en compte des activités illégales dans l'évaluation de la fraude sociale.

Le rapport propose ensuite des évolutions plus techniques pour un meilleur suivi et une homogénéisation des données (nouveaux indicateurs, homogénéisation de certains concepts, prise en compte des fraudes évitées...).

Recommandation n°13 : Assurer la transparence et la stabilité des méthodes d'évaluation.

Recommandation n°14 : Mettre en place un indicateur permettant d'apprécier dans le temps l'évolution du taux de fraude.

Recommandation n°15 : Travailler sur la distinction entre ce qui relève de la fraude et de l'erreur au sein du contrôle comptable d'assiette.

Recommandation n°16 : Valoriser, dans l'évaluation, les rectifications favorables aux usagers du service public dans la logique du « juste droit ».

Recommandation n°17 : Présenter les évaluations par grandes catégories d'acteurs économiques (entreprises / professionnels de santé / assurés).

Recommandation n°18 : Présenter, pour les allocataires et les assurés, les évaluations en fonction de l'origine matérielle de la fraude (résidence, revenus, ...).

Recommandation n°19 : Généraliser l'estimation du préjudice évité et profiter de cette généralisation pour disposer d'approches homogènes entre branches ; assurer une transparence sur les notions retenues.

Recommandation n°20 : Homogénéiser progressivement les concepts de taux de recouvrement et publier les résultats.

Il insiste enfin sur la nécessité d'une synthèse annuelle et documentée sur l'ensemble des chiffres de la fraude, par une révision du contenu de l'annexe dédiée à ces sujets au sein des lois de financement.

Recommandation n°21 : Retravailler le contenu de l'annexe à la loi de financement concernant la fraude : introduire une synthèse sur les montants évalués de la fraude et homogénéiser les présentations par branche.

PREVENIR LA FRAUDE : UNE NECESSITE DEMOCRATIQUE ET FINANCIERE

Ce cadrage étant posé, le document s'intéresse aux stratégies à porter en matière de lutte contre la fraude. Telle qu'elle est aujourd'hui organisée, la lutte contre la fraude est très largement centrée sur le contrôle et la répression. Cette démarche est-elle seule susceptible de limiter la fraude ? Ne faut-il pas plutôt élargir la focale et axer beaucoup plus que ce n'est le cas aujourd'hui l'action sur la prévention ? Est-ce possible et à quelles conditions ?

Le HCFiPS a la conviction qu'une démarche préventive est à la fois nécessaire et efficiente. À cela plusieurs raisons : le développement de la fraude crée un fort sentiment d'injustice qui est préjudiciable à la cohésion sociale ; le « tout-contrôle » n'est pas pleinement efficace : il est coûteux en ressources humaines ; il peut être contreproductif en termes d'accès aux droits ; il a un coût symbolique en ce qu'il peut stigmatiser telle ou telle population (les pauvres, les professionnels de santé...) ; il n'est pas pleinement efficace au plan financier, puisque les institutions ne peuvent ni détecter, ni *a fortiori*, recouvrer 100% des sommes fraudées. Les marges de manœuvre en matière de prévention sont importantes.

Maîtriser la fraude suppose d'agir en amont, notamment en se donnant la possibilité de disposer d'une vision large des sujets. Il est impératif de disposer d'une focale étendue pour limiter les dérives. Le rapport insiste en particulier sur la nécessité de bien comprendre les sous-jacents économiques des activités financées par la sécurité sociale (petite enfance, personnes âgées, secteur sanitaire...), ce dans un contexte très évolutif ; il est frappant de constater combien ces évolutions s'accompagnent, bien souvent, de dérives, qui, même si elles sont marginales, sont très préjudiciables à l'ensemble des acteurs. Il souligne également la nécessité de bien appréhender l'organisation du travail et notamment les phénomènes de sous-traitance : sans en faire une généralité, ces mécanismes peuvent être très fraudogènes, notamment quand ils reposent sur des entreprises éphémères.

Recommandation n°22 : Créer un observatoire économique santé / social pour anticiper les risques liés aux modifications de la structuration de l'offre dans l'ensemble des secteurs financés par la protection sociale.

Recommandation n°23 : Capitaliser sur la charte sociale Paris 2024, en travaillant sur le secteur du BTP, pour voir comment limiter les niveaux de sous-traitance et rendre ainsi plus aisé l'exercice du devoir de vigilance et de la solidarité financière.

Prévenir la fraude suppose aussi d'agir sur le cadre juridique : une norme illisible, mal construite, trop permissive, peut être génératrice de fraudes ; une norme mal explicitée peut conduire à mal positionner les enjeux ; une norme mal pensée peut poser des difficultés de gestion. Or, la norme est très souvent pensée sans vision globale ni prise en compte du point de vue de l'utilisateur final ce qui conduit à une multiplication des notions mobilisées, y compris sur des sujets très proches. Elle est loin d'être toujours explicitée. La « discipline numérique », avec pour corollaire, le respect du droit des traitements de données – indispensable dans un contexte d'interconnexion des systèmes d'information – est souvent méconnue.

Ces constats amènent à proposer des évolutions très structurantes, sur de nombreux sujets (résidence, bases ressources, modalités de prise en compte des revenus, rétablissement d'ententes préalables dans certaines situations non urgentes...). Ces évolutions ne visent pas à couvrir l'ensemble du champ des possibles : elles sont présentées pour matérialiser ce que pourrait être une politique préventive construite.

Recommandation n°24 : Mettre en place un « revenu social de référence », fixé par le législateur, qui s'imposerait pour toute nouvelle prestation, sauf à justifier expressément de la nécessité d'y déroger.

Recommandation n°25 : Retravailler et réharmoniser les périodicités sur lesquelles sont pris en compte les revenus, en éliminant les périodicités trop courtes, ingérables pour les caisses comme pour les allocataires.

Recommandation n°26 : S'assurer du consentement de l'assuré lors du remboursement de certaines prestations.

Recommandation n°27 : Faire une étude sur la consommation de soins des ressortissants communautaires inactifs dans l'année suivant leur affiliation à l'assurance maladie française.

Recommandation n°28 : Faire évoluer les textes et / ou les pratiques pour désenchevêtrer droit du séjour et résidence et clarifier le rôle des acteurs (services du ministère de l'intérieur / caisses de sécurité sociale).

Recommandation n°29 : Harmoniser les durées de résidence pour favoriser les contrôles et clarifier le droit applicable pour les personnes.

Prévenir la fraude suppose également d'accompagner et responsabiliser assurés et professionnels de santé : il s'agit de permettre aux assurés sociaux de bien appréhender les règles applicables ; de restaurer un contrôle par l'assuré de la sincérité des déclarations des professionnels de santé ; d'accompagner les professionnels de santé pour assurer une bonne maîtrise des règles ; de mettre en place des règles de tarification désincitatives à la fraude ; de développer des campagnes de communication sur les liens droits - devoirs, axées sur le civisme social, tant à destination de la population générale, que des professionnels ou des jeunes.

Recommandation n°30 : Récapituler les règles applicables au sein d'un site unique, accessible à tous (appliquant des règles FALC –facile à lire et à comprendre- et permettant des traductions).

Recommandation n°31 : S'assurer de la cohérence des informations fournies sur les sites publics décrivant les conditions d'accès aux droits.

Recommandation n°32 : Assurer la publicité des règles applicables, s'agissant notamment des conditions d'accès aux droits.

Recommandation n°33 : Maintenir un intérêt des usagers sur la fiabilité de leurs données (validation des données préremplies, information poussée vers l'utilisateur pour la consommation de soins en tiers payant...).

Recommandation n°34 : Accompagner les professionnels dans leurs pratiques de tarification.

Recommandation n°35 : Repenser certains dispositifs de tarification (par exemple, intégrer les actes de kinésithérapie prodigués par des professionnels libéraux en EHPAD dans le cadre du tarif partiel en intégrant une majoration forfaitaire à ce titre).

Recommandation n° 36 : Mettre en place tous les deux ans une campagne de communication antifraude sociale.

Recommandation n°37 : À l'occasion du 80ème anniversaire de la sécurité sociale, mener une grande campagne d'éducation au civisme social dans les collèges et lycées.

Recommandation n°38 : Mettre dans toutes les conventions avec les professions de santé des objectifs et des engagements antifraude.

Ces objectifs sont très ambitieux. Leur mise en œuvre suppose de repenser profondément le mode d'élaboration de la norme, en particulier le processus de « fabrication » des études d'impact : celui-ci doit permettre de mesurer les risques de fraude associés aux nouvelles réglementations et de proposer, dès la rédaction des textes, des parades. Elle suppose de modifier organisation et gouvernance : il est nécessaire de faire évoluer les organisations pour disposer d'une vision « de bout en bout » du sujet fraude (qui parte de l'acquisition de la donnée et s'achève à la sanction et, le cas échéant, au contentieux) ; il est également indispensable de mettre en place une gouvernance dédiée, en capacité de mener des analyses à 360°.

Recommandation n°22 (rappel) : Créer un observatoire économique santé / social pour anticiper les risques liés aux modifications de la structuration de l'offre dans l'ensemble des secteurs financés par la protection sociale.

Recommandation n°39 : Inclure en amont des évolutions juridiques une évaluation, par la MICAFA, des risques de fraude associés à la création de nouvelles prestations, à de nouvelles règles associées aux prélèvements et à leur modification substantielle ; matérialiser cette évaluation dans les études d'impact.

Recommandation n°40 : Travailler aux conditions de mise en place d'une analyse conjointe du Conseil d'Etat et de la Cour des Comptes sur les fraudes, en amont du processus parlementaire.

Recommandation n°41 : Prévoir, dans les avis des caisses sur les textes qui leur sont soumis, une analyse des risques de contournement de la norme lors de la mise en œuvre des mesures.

Recommandation n°42 : Mettre en place, dans les caisses, une organisation en matière de lutte contre la fraude qui prenne en compte le sujet de bout en bout (de l'acquisition des données à la sanction).

CONTROLER POUR DISSUADER : MIEUX COORDONNER LES EFFORTS

La prévention est indispensable. Le contrôle l'est tout autant. En lien direct avec la prévention, il contribue à éviter la fraude par un effet « peur du gendarme » ; il permet de sanctionner des comportements inappropriés. Il permet de redresser et recouvrer des sommes versées à tort. Il aide à connaître les phénomènes déviants et alimente à ce titre les travaux d'évaluation.

Le HCFiPS souhaite souligner le très fort investissement des organismes de sécurité sociale dans les opérations de contrôle, avec des résultats qui s'améliorent d'année en année. Ce travail est particulièrement lourd et complexe dans un contexte de sophistication croissante de la fraude. Le HCFiPS souhaite saluer l'accroissement des moyens consacrés à cette action, porté par les conventions d'objectifs et de gestion successives.

Pour bien appréhender ce sujet, il souhaite rappeler que la lutte contre la fraude n'est qu'une des facettes du contrôle : contrairement à des idées parfois répandues, les organismes effectuent de très nombreuses vérifications lors du versement des prestations ou à l'occasion du recouvrement des cotisations, dans l'objectif d'établir un « juste » droit ou un « juste » prélèvement.

Le contrôle et la lutte contre la fraude couvrent une multiplicité de situations, sur la quasi-totalité du champ de la protection sociale. Certaines zones mériteraient sans doute d'être approfondies : omettre ou sous-investir certaines populations peut donner un sentiment de « laisser-faire » ou stigmatiser les populations contrôlées. Le HCFiPS évoque quelques points de vigilance sur ce sujet (travailleurs indépendants, malgré le très fort investissement des URSSAF sur la micro-entreprise, secteur médico-social, notamment sur le volet médical, établissements de santé...), avec une attention particulière sur les activités illicites. Pour autant, les caisses élargissent sans cesse leur champ d'intervention : le HCFiPS salue notamment le très fort réinvestissement de la CNAM sur ces sujets avec le déploiement, ces dernières années, à côté du travail d'évaluation profession par profession, d'importantes campagnes de lutte contre la fraude ciblant les centres de santé ou les audioprothésistes et qui montrent la grande sensibilité de l'assurance maladie à ces sujets.

Recommandation n°43 : Tenir au niveau de la DSS, en interbranche, une cartographie des risques de fraude et des opérations de contrôle associées, pour identifier les principales actions à mener en termes de contrôle.

Recommandation n°44 : Engager une expérimentation sur la mise en place de délégations de contrôle entre les URSSAF et la sphère fiscale sur le périmètre des travailleurs indépendants.

Recommandation n°45 : Poursuivre les rapprochements entre assiette fiscale et assiette sociale des microentrepreneurs dans le cadre de campagnes de fiabilisation des revenus et en tirer les conséquences en termes de revenus assujettis à cotisations.

Recommandation n°46 : Mettre le fichier DGFIP relatif aux plateformes à disposition de la CNAM (pour faciliter le contrôle de la C2S et les contrôles portant sur les indemnités journalières), de France Travail et de la CCMSA (ou partager le fichier

tenu par l'URSSAF) et s'assurer de la mutualisation des résultats des contrôles relatifs à la micro-entreprise entre organismes de sécurité sociale.

Recommandation n°47 : Examiner l'extension de compétence du contrôle médical de la CNAM aux prestations servies par les MDPH.

Recommandation n°48 : Échanger systématiquement les résultats des contrôles entre le régime général et la CCMSA, tant au niveau local que national, notamment sur le déconventionnement des professionnels de santé.

Recommandation n°49 : Reprendre les opérations de contrôle sur les établissements de santé.

La diversification croissante des sources et méthodes de contrôle, souhaitable, nécessite de réfléchir à l'efficacité de l'action : les croisements de données sont très chronophages et doivent être dans la mesure du possible massifiés et automatisés, sans méconnaître le respect des libertés individuelles. L'outillage doit s'adapter à l'univers numérique qui crée de nouveaux risques de fraudes (il permet, par exemple, plus aisément une ouverture de droits depuis l'étranger). Il est essentiel de se doter d'outils qui permettent cette surveillance : la conduite d'investigations sous pseudonyme sur internet ou sur les réseaux sociaux est ainsi devenue un outil incontournable de la lutte contre toute forme de fraude. L'outillage doit également mobiliser de nouvelles techniques : l'analyse de données de masse pour détecter les zones de fraude, permise par le datamining, est une avancée majeure dans la lutte contre la fraude. L'ensemble de ces méthodes doit être concilié avec le cadre juridique applicable à la protection des données personnelles⁴.

L'accroissement de l'efficacité des contrôles doit passer par une amélioration des échanges entre organismes de protection sociale : l'impact d'un contrôle emporte très souvent des conséquences sur l'ensemble des branches. Elle doit aussi passer par la mise en place de coordination, aujourd'hui extrêmement lacunaire, avec les organismes complémentaires.

Recommandation n°50 : Mieux partager entre organismes certaines informations de gestion (par exemple sur la consommation de soins à l'étranger comme élément de présomption du lieu de résidence).

Recommandation n°51 : Automatiser les traitements permettant de matérialiser la fraude pour gagner en productivité et sécuriser les processus (notamment par le développement de consultation par API), dans le respect des règles régissant l'accès aux données personnelles.

⁴ Voir chapitre 5.

Recommandation n°52 : Partager entre organismes sur les nouvelles techniques de contrôle, en s’assurant de leur compatibilité avec la protection des données personnelles (utilisation des adresses IP par exemple).

Recommandation n°53 : Mettre en place une veille structurée sur les risques de fraudes à la protection sociale recourant au dark web.

Recommandation n°54 : Systématiser le contrôle de l’effectivité de l’activité en cas de chiffre d’affaires nul ou faible pour les micro entrepreneurs et partager les résultats des investigations dans l’ensemble des branches.

Recommandation n°55 : Structurer, par un bilan partagé, l’information sur les données transmises au titre des fraudes entre organismes pour partager les suites données et améliorer, le cas échéant, le processus.

Recommandation n°56 : Identifier toutes les potentialités du mécanisme de mutualisation des contrôles entre branches permettant de rendre les contrôles réalisés par une des caisses opposables sur l’ensemble des risques.

Recommandation n°57 : Mettre en place au plus vite un cadre juridique permettant les échanges entre caisses de sécurité sociale et organismes complémentaires en matière de fraudes.

Cette approche transversale doit passer par une nouvelle organisation de la lutte contre les fraudes –notamment les fraudes complexes : les caisses –et en premier lieu la CNAF- ont beaucoup travaillé leurs organisations internes. Au-delà, le pilotage interministériel, sous l’égide de la MICAFA, doit être soutenu, au niveau national, pour prendre en charge les nouvelles formes de fraudes détectées notamment dans le secteur de la santé ; il doit être porté également au niveau local, en homogénéisant l’action des CODAF et en faisant en sorte que l’ensemble des échelons territoriaux (notamment les départements) puissent participer à cette action.

Cette nouvelle organisation doit s’accompagner d’un volet « ressources humaines », pour diversifier les profils d’agents intervenant sur ce sujet, mais aussi rationaliser les politiques de rémunération conduites par les différents organismes sur ces sujets.

Recommandation n°58 : Renforcer l’organisation existante au sein de la branche recouvrement, en étendant le périmètre couvert au titre des fraudes à enjeu, en formalisant davantage de méthodologies de contrôle (et en veillant à leur actualisation régulière) et en expérimentant le recours à des tasks force d’inspecteurs issus de plusieurs URSSAF.

Recommandation n°59 : Partager une politique de ressources humaines cohérente entre branches prestataires sur les agents en charge de la lutte contre la fraude.

Recommandation n°60 : Poursuivre les travaux engagés par la MICAF en vue de la coordination des opérations de lutte contre les fraudes complexes.

Recommandation n°61 : Veiller à ce que l'ensemble du périmètre de la protection sociale puisse être traité au sein des CODAF.

CONCILIER EFFICACITE DE LA LUTTE CONTRE LA FRAUDE ET NON-DISCRIMINATION

Comme cela vient d'être souligné, le recours au datamining et aux algorithmes s'est développé dans la sphère de la protection sociale à compter des années 2010 dans un objectif d'efficacité des contrôles. Du point de vue des finances sociales, il s'agissait notamment d'augmenter la rentabilité des opérations de contrôle en ciblant les dossiers les plus à risque, d'autre part de stopper, au plus vite, les conséquences financières des fraudes, en détectant les risques de fraudes, notamment les plus complexes, le plus rapidement possible.

Aujourd'hui, ces objectifs ont été largement atteints et l'efficacité des contrôles s'en trouve globalement renforcée. Cette évolution est très positive. Elle se heurte néanmoins à une difficulté : l'usage des algorithmes est régulièrement incriminé pour son opacité. Longtemps cantonnée aux CAF –les premières à avoir « industrialisé » l'usage du datamining-, cette critique concerne aujourd'hui l'ensemble des branches, qui se voient interpellées par les associations d'usagers, le Défenseur des droits ou les médias et doivent répondre de l'utilisation de leurs méthodes.

Il est évidemment indispensable que la sécurité sociale, socle de la solidarité nationale, ne puisse être mise en cause sur d'éventuelles pratiques discriminatoires, au demeurant contraires au cadre juridique décliné dans plusieurs corpus juridiques (loi informatique et liberté, règlement général sur la protection des données ; code des relations entre le public et l'administration, directive « police justice »...) et posé par le Conseil constitutionnel.

Sur ce sujet sensible, le HCFiPS souhaite rappeler que l'enjeu de la lutte contre la fraude est de garantir l'égalité de l'accès aux droits et une concurrence non faussée entre les entreprises. L'évolution des techniques de contrôles contribue à cet objectif : le recours aux algorithmes est l'un des éléments de la « boîte à outils ». Toutefois, compte tenu des volumes de données individuelles importants mobilisés par les organismes, mais aussi des évolutions technologiques qui, au travers des algorithmes

apprenants, pourraient rendre de plus en plus difficile l'explicitation des résultats, le HCFiPS souhaite aussi souligner que des précautions importantes doivent accompagner le déploiement de ces méthodes.

En synthèse, le Haut Conseil veut mettre en avant trois points qui lui apparaissent essentiels à ce stade pour approcher cette question.

L'algorithme constitue un outil important de la panoplie du contrôle.

Il convient d'en garantir le bon usage : il ne doit être utilisé que si la technique est efficace ; il ne peut par ailleurs faire office de seule source de contrôle, en particulier parce que personne ne doit être *a priori* exclu du contrôle.

Cet usage doit être dépourvu de tout caractère discriminatoire et respecter les autres droits des bénéficiaires (protection des données personnelles, droit au respect de la vie privée...). Ce point est essentiel et encore insuffisamment perçu alors que des biais statistiques ou cognitifs peuvent générer des discriminations « en toute innocence ».

Ce bon usage des algorithmes doit s'accompagner d'évolutions fortes dans le traitement de ces sujets, en interne aux organismes (formations, audits, chartes ou comités d'éthique...) et vis-à-vis des usagers (création d'une gouvernance ad hoc dans les caisses et mise en place d'un pilotage national).

Recommandation n°62 : Créer deux indicateurs mesurant : - la part des contrôles réalisés à partir des algorithmes ; - l'efficacité des algorithmes en termes de redressements.

Recommandation n°63 : Piloter les sujets ayant trait à l'intelligence artificielle au niveau des comités de direction des organismes et produire des synthèses annuelles ou pluriannuelles sur les actions menées.

Recommandation n°64 : Assurer en formation initiale et continue une bonne connaissance des risques de discrimination associés au développement de l'intelligence artificielle.

Recommandation n°65 : Procéder à des audits externes des algorithmes pour éviter des biais de discrimination.

Recommandation n°66 : Mettre en place des chartes ou/et des comités d'éthique permettant de partager, au sein des organisations, les risques de discrimination liés au déploiement des algorithmes et les parades à mettre en œuvre, en particulier sur les sujets de lutte contre la fraude.

Recommandation n°67 : Mettre en place une gouvernance dédiée à l'intelligence artificielle rattachée aux conseils et conseils d'administration.

Recommandation n°68 : Mettre en place, sous l'égide de la DSS, un pilotage national en matière d'usage des algorithmes et de l'intelligence artificielle pour la sphère de la protection sociale, notamment dans le cadre de la lutte contre la fraude ; rédiger un rapport annuel sur l'usage de l'intelligence artificielle par les organismes, rendu public et établi en lien avec les comités d'éthique des organismes.

PROTÉGER LES USAGERS DU SERVICE PUBLIC DE LA SÉCURITÉ SOCIALE DES RISQUES D'USURPATION DE LEUR IDENTITÉ

La lutte contre la fraude est souvent perçue comme s'exerçant vis-à-vis des seuls usagers, au risque de cibler certaines populations, d'imposer des contrôles, des contraintes, des angoisses. Le HCFiPS juge capital que la lutte contre la fraude incorpore pleinement la protection des assurés et notamment de leur identité, de leurs coordonnées, alors que le risque d'usurpation d'identité s'accroît régulièrement.

Là encore, les organismes déploient d'ores et déjà de nombreuses actions à la fois pour limiter ce risque (information, sécurisation des accès aux sites internet, sécurisation de l'architecture informatique) et pour détecter les tentatives d'escroquerie au plus tôt, avec une forte mobilisation autour des fraudes à l'identification bancaire (« fraude au RIB »). Même si le risque zéro n'existe pas, les nombreux vols de données récents, qui impliquent des populations très nombreuses, montrent que des progrès doivent encore intervenir.

Ces évolutions doivent être pensées au sein de la sphère de la protection sociale -avec une réflexion partagée sur les bonnes pratiques-, mais aussi et peut-être surtout avec le reste de l'environnement institutionnel : les échanges doivent notamment être structurés avec le monde bancaire, dans lequel sont menées des réformes de nature à réduire les risques de fraude -en tout cas à en complexifier très fortement la réalisation.

Le HCFiPS insiste sur la nécessité de mettre en place une gouvernance, interbranche, pour prendre en charge les enjeux de la cybercriminalité. Les partenaires sociaux doivent être associés au sein des conseils et conseils d'administration de caisses à la réflexion sur le bon équilibre entre sécurité et accessibilité au système de protection sociale.

Recommandation n°69 : Garantir la bonne information des assurés sur les risques de cybersécurité en s'assurant au travers de focus groups que les messages d'alerte

figurant sur les sites internet sont suffisants et adéquats et en créant des contenus pédagogiques, au travers par exemple de tutoriels et de webinaires.

Recommandation n°70 : Définir collectivement, au sein de la protection sociale, une doctrine de communication sur les risques de fraude à l'identité (signalement des usurpations d'identité aux structures en charge de la lutte contre la fraude, suites judiciaires...).

Recommandation n°71 : Garantir des formations régulières et actualisées des agents aux problématiques de cybersécurité.

Recommandation n°72 : Mettre en place un échange entre caisses sur les meilleures pratiques au risque cyber et rechercher une harmonisation des approches.

Recommandation n°73 : Prévoir un échange systématique au sein des CODAF sur la fraude à l'identité.

Recommandation n°74 : Poursuivre la montée en charge des croisements de données avec FICOBA, pour sécuriser les RIB au plus tôt.

Recommandation n°75 : Préparer conjointement entre les organismes de protection sociale et la Banque de France la mise en place, au sein des organismes, des nouvelles obligations bancaires relative à la sécurisation des RIB.

Recommandation n°76 : Créer une commission en charge des questions de cyber sécurité et du bon équilibre entre accès aux droits et sécurisation du système d'information, rattachée aux conseils et conseils d'administration des organismes.

Recommandation n°77 : Créer une structure d'échange sur les questions de cybersécurité associant l'ensemble de la sphère de la protection sociale et son écosystème et mobilisant des compétences des organismes en matière de fraude et étendre le champ d'intervention du CERT (centres d'alerte et de réaction aux attaques informatiques).

Recommandation n°78 : S'assurer, lorsqu'un organisme sous traite le traitement de certaines données à un prestataire, que la sécurité au niveau du prestataire est d'un niveau équivalent à celle de l'opérateur.

Recommandation n°79 : Prendre une disposition législative pour imposer aux organismes complémentaires des normes de cybersécurité au moins équivalentes à celles de l'ensemble de la sphère publique.

Recommandation n°80 : Expertiser des schémas organisationnels susceptibles de réduire le risque de fraude à l'usurpation d'identité pour l'ensemble des usagers.

On le voit, beaucoup de recommandations du présent rapport ont trait à des questions de gouvernance. Le HCFiPS ne saurait trop insister sur l'importance de rénover cette dernière, notamment par la mise en place au niveau de la Direction de la sécurité sociale d'un pilotage associant l'ensemble des organismes et couvrant tant les sujets d'évaluation, que de prévention et de contrôle, notamment s'agissant des fraudes complexes.

Recommandation n°81 : Mettre en place au niveau de la Direction de la sécurité sociale une gouvernance dédiée à la lutte contre la fraude, associant l'ensemble des organismes, et couvrant l'ensemble du spectre (évaluation, prévention, contrôle).

Avertissement

Le présent document fait un focus sur certaines professions et populations pour lesquelles il présente des exemples de fraude. Ces éléments sont donnés à titre illustratif ; ils ne doivent pas être généralisés à l'ensemble de la profession ou de la population concernée : les fraudes ne concernent bien sûr qu'une partie très marginale de ces professions ou populations. Pour des questions liées à la sensibilité du sujet, les exemples présentés sont quasi systématiquement issus d'articles de presse, et sont déjà publics.

LISTE DES RECOMMANDATIONS

Liste des recommandations

Chapitre 1 : la Fraude sociale : que nous dit le droit ?

Recommandation n°1 : Tirer les conséquences juridiques de la loi Essoc pour distinguer de façon cohérente entre branches erreur et fraude dans la législation sociale. En tirer les conséquences sur le régime des pénalités.

Recommandation n°2 : Faire un bilan en 2026 de l'utilisation effective et homogène de l'abus de droit par les organismes en charge du recouvrement.

Recommandation n°3 : Étendre la notion d'abus de droit aux branches prestataires.

Recommandation n°4 : Habilitier le Gouvernement à mettre en cohérence par ordonnance, sans en changer le fond, les dispositions relatives aux fraudes sociales.

Recommandation n°5 : Élaborer une circulaire récapitulative et interprétative sur la lutte contre la fraude sociale, sous l'égide de la DSS afin d'homogénéiser les pratiques en matière de sanctions et de prescription.

Recommandation n°6 : S'assurer dans la construction des processus déclaratifs sur internet que ceux-ci comprennent des fenêtres permettant de vérifier que l'assuré sait ce qu'il doit déclarer sur chaque typologie de revenus.

Recommandation n°7 : Créer une base de taxation des activités illicites et systématiser la transmission par la justice et l'administration fiscale aux organismes sociaux des revenus évalués au titre des activités illicites.

Chapitre 2 : La fraude sociale : quelles données ? quels résultats ?

Recommandation n°8 : Mettre en œuvre une évaluation de la fraude sur les recettes fiscales affectées à la sécurité sociale et l'intégrer dans l'évaluation des fraudes sociales.

Recommandation n°9 : Poursuivre les travaux d'évaluation sur les champs non couverts, notamment les établissements de santé, secteur médico-social, travailleurs indépendants.

Recommandation n°10 : Mettre en place un indicateur mesurant le degré de complétude du champ couvert par l'évaluation.

Recommandation n°11 : Mieux prendre en compte la dissimulation partielle d'activité dans le champ de l'évaluation de la branche recouvrement.

Recommandation n°12 : Engager des travaux sur la prise en compte des activités illégales dans l'évaluation de la fraude sociale.

Recommandation n°13 : Assurer la transparence et la stabilité des méthodes d'évaluation.

Recommandation n°14 : Mettre en place un indicateur permettant d'apprécier dans le temps l'évolution du taux de fraude.

Recommandation n°15 : Travailler sur la distinction entre ce qui relève de la fraude et de l'erreur au sein du contrôle comptable d'assiette.

Recommandation n°16 : Valoriser, dans l'évaluation, les rectifications favorables aux usagers du service public dans la logique du « juste droit ».

Recommandation n°17 : Présenter les évaluations par grandes catégories d'acteurs économiques (entreprises / professionnels de santé / assurés).

Recommandation n°18 : Présenter, pour les allocataires et les assurés, les évaluations en fonction de l'origine matérielle de la fraude (résidence, revenus,...).

Recommandation n°19 : Généraliser l'estimation du préjudice évité et profiter de cette généralisation pour disposer d'approches homogènes entre branches ; assurer une transparence sur les notions retenues.

Recommandation n°20 : Homogénéiser progressivement les concepts de taux de recouvrement et publier les résultats.

Recommandation n°21 : Retravailler le contenu de l'annexe à la loi de financement concernant la fraude : introduire une synthèse sur les montants évalués de la fraude et homogénéiser les présentations par branche.

Chapitre 3 : prévenir la fraude : une nécessité démocratique et financière

Recommandation n°22 : Créer un observatoire économique santé / social pour anticiper les risques liés aux modifications de la structuration de l'offre dans l'ensemble des secteurs financés par la protection sociale.

Recommandation n°23 : Capitaliser sur la charte sociale Paris 2024, en travaillant sur le secteur du BTP, pour voir comment limiter les niveaux de sous-traitance et rendre ainsi plus aisé l'exercice du devoir de vigilance et de la solidarité financière.

Recommandation n°24 : Mettre en place un « revenu social de référence », fixé par le législateur, qui s'imposerait pour toute nouvelle prestation, sauf à justifier expressément de la nécessité d'y déroger.

Recommandation n°25 : Retravailler et réharmoniser les périodicités sur lesquelles sont pris en compte les revenus, en éliminant les périodicités trop courtes, ingérables pour les caisses comme pour les allocataires.

Recommandation n°26 : S'assurer du consentement de l'assuré lors du remboursement de certaines prestations.

Recommandation n°27 : Faire une étude sur la consommation de soins des ressortissants communautaires inactifs dans l'année suivant leur affiliation à l'assurance maladie française.

Recommandation n°28 : Faire évoluer les textes et / ou les pratiques pour désenchevêtrer droit du séjour et résidence et clarifier le rôle des acteurs (services du ministère de l'intérieur / caisses de sécurité sociale).

Recommandation n°29 : Harmoniser les durées de résidence pour favoriser les contrôles et clarifier le droit applicable pour les personnes.

Recommandation n°30 : Récapituler les règles applicables au sein d'un site unique, accessible à tous (appliquant des règles FALC –facile à lire et à comprendre- et permettant des traductions).

Recommandation n°31 : S'assurer de la cohérence des informations fournies sur les sites publics décrivant les conditions d'accès aux droits.

Recommandation n°32 : Assurer la publicité des règles applicables, s'agissant notamment des conditions d'accès aux droits.

Recommandation n°33 : Maintenir un intérêt des usagers sur la fiabilité de leurs données (validation des données préremplies, information poussée vers l'utilisateur pour la consommation de soins en tiers payant...).

Recommandation n°34 : Accompagner les professionnels dans leurs pratiques de tarification.

Recommandation n°35 : Repenser certains dispositifs de tarification (par exemple, intégrer les actes de kinésithérapie prodigués par des professionnels libéraux en EHPAD dans le cadre du tarif partiel en intégrant une majoration forfaitaire à ce titre).

Recommandation n°36 : Mettre en place tous les deux ans une campagne de communication antifraude sociale.

Recommandation n°37 : À l'occasion du 80ème anniversaire de la sécurité sociale, mener une grande campagne d'éducation au civisme social dans les collèges et lycées.

Recommandation n°38 : Mettre dans toutes les conventions avec les professions de santé des objectifs et des engagements antifraude.

Recommandation n°39 : Inclure en amont des évolutions juridiques une évaluation, par la MICAF, des risques de fraude associés à la création de nouvelles prestations, à de nouvelles règles associées aux prélèvements et à leur modification substantielle ; matérialiser cette évaluation dans les études d'impact.

Recommandation n°40 : Travailler aux conditions de mise en place d'une analyse conjointe du Conseil d'Etat et de la Cour des Comptes sur les fraudes, en amont du processus parlementaire.

Recommandation n°41 : Prévoir, dans les avis des caisses sur les textes qui leur sont soumis, une analyse des risques de contournement de la norme lors de la mise en œuvre des mesures.

Recommandation n°42 : Mettre en place, dans les caisses, une organisation en matière de lutte contre la fraude qui prenne en compte le sujet de bout en bout (de l'acquisition des données à la sanction).

Chapitre 4 : contrôler pour dissuader, mieux coordonner les efforts

Recommandation n°43 : Tenir au niveau de la DSS, en interbranche, une cartographie des risques de fraude et des opérations de contrôle associées, pour identifier les principales actions à mener en termes de contrôle.

Recommandation n°44 : Engager une expérimentation sur la mise en place de délégations de contrôle entre les URSSAF et la sphère fiscale sur le périmètre des travailleurs indépendants.

Recommandation n°45 : Poursuivre les rapprochements entre assiette fiscale et assiette sociale des microentrepreneurs dans le cadre de campagnes de fiabilisation des revenus et en tirer les conséquences en termes de revenus assujettis à cotisations.

Recommandation n°46 : Mettre le fichier DGFIP relatif aux plateformes à disposition de la CNAM (pour faciliter le contrôle de la C2S et les contrôles portant sur les indemnités journalières), de France Travail et de la CCMSA (ou partager le fichier tenu par l'URSSAF) et s'assurer de la mutualisation des résultats des contrôles relatifs à la micro-entreprise entre organismes de sécurité sociale.

Recommandation n°47 : Examiner l'extension de compétence du contrôle médical de la CNAM aux prestations servies par les MDPH.

Recommandation n°48 : Échanger systématiquement les résultats des contrôles entre le régime général et la CCMSA, tant au niveau local que national, notamment sur le déconventionnement des professionnels de santé.

Recommandation n°49 : Reprendre les opérations de contrôle sur les établissements de santé.

Recommandation n°50 : Mieux partager entre organismes certaines informations de gestion (par exemple sur la consommation de soins à l'étranger comme élément de présomption du lieu de résidence).

Recommandation n°51 : Automatiser les traitements permettant de matérialiser la fraude pour gagner en productivité et sécuriser les processus (notamment par le développement de consultation par API), dans le respect des règles régissant l'accès aux données personnelles.

Recommandation n°52 : Partager entre organismes sur les nouvelles techniques de contrôle, en s'assurant de leur compatibilité avec la protection des données personnelles (utilisation des adresses IP par exemple).

Recommandation n°53 : Mettre en place une veille structurée sur les risques de fraudes à la protection sociale recourant au dark web.

Recommandation n°54 : Systématiser le contrôle de l'effectivité de l'activité en cas de chiffre d'affaires nul ou faible pour les micro entrepreneurs et partager les résultats des investigations dans l'ensemble des branches.

Recommandation n°55 : Structurer, par un bilan partagé, l'information sur les données transmises au titre des fraudes entre organismes pour partager les suites données et améliorer, le cas échéant, le processus.

Recommandation n°56 : Identifier toutes les potentialités du mécanisme de mutualisation des contrôles entre branches permettant de rendre les contrôles réalisés par une des caisses opposables sur l'ensemble des risques.

Recommandation n°57 : Mettre en place au plus vite un cadre juridique permettant les échanges entre caisses de sécurité sociale et organismes complémentaires en matière de fraudes.

Recommandation n°58 : Renforcer l'organisation existante au sein de la branche recouvrement, en étendant le périmètre couvert au titre des fraudes à enjeu, en formalisant davantage de méthodologies de contrôle (et en veillant à leur actualisation régulière) et en expérimentant le recours à des tasks force d'inspecteurs issus de plusieurs URSSAF.

Recommandation n°59 : Partager une politique RH cohérente entre branches prestataires sur les agents en charge de la lutte contre la fraude.

Recommandation n°60 : Poursuivre les travaux engagés par la MICAFA en vue de la coordination des opérations de lutte contre les fraudes complexes.

Recommandation n°61 : Veiller à ce que l'ensemble du périmètre de la protection sociale puisse être traité au sein des CODAF.

Chapitre 5 : Concilier efficacité de la lutte contre la fraude et non-discrimination

Recommandation n°62 : Créer deux indicateurs mesurant : - la part des contrôles réalisés à partir des algorithmes ; - l'efficacité des algorithmes en termes de redressements.

Recommandation n°63 : Piloter les sujets ayant trait à l'intelligence artificielle au niveau des comités de direction des organismes et produire des synthèses annuelles ou pluriannuelles sur les actions menées.

Recommandation n°64 : Assurer en formation initiale et continue une bonne connaissance des risques de discrimination associés au développement de l'intelligence artificielle.

Recommandation n°65 : Procéder à des audits externes des algorithmes pour éviter des biais de discrimination.

Recommandation n°66 : Mettre en place des chartes ou/et des comités d'éthique permettant de partager, au sein des organisations, les risques de discrimination liés au déploiement des algorithmes et les parades à mettre en œuvre, en particulier sur les sujets de lutte contre la fraude.

Recommandation n°67 : Mettre en place une gouvernance dédiée à l'intelligence artificielle rattachée aux conseils et conseils d'administration.

Recommandation n°68 : Mettre en place, sous l'égide de la DSS, un pilotage national en matière d'usage des algorithmes et de l'intelligence artificielle pour la sphère de la protection sociale, notamment dans le cadre de la lutte contre la fraude ; rédiger un rapport annuel sur l'usage de l'intelligence artificielle par les organismes, rendu public et établi en lien avec les comités d'éthique des organismes.

Chapitre 6 : Protéger les usagers du service public de la sécurité sociale des risques d'usurpation d'identité

Recommandation n°69 : Garantir la bonne information des assurés sur les risques de cybersécurité en s'assurant au travers de focus groups que les messages d'alerte figurant sur les sites internet sont suffisants et adéquats et en créant des contenus pédagogiques, au travers par exemple de tutoriels et de webinaires.

Recommandation n°70 : Définir collectivement, au sein de la protection sociale, une doctrine de communication sur les risques de fraude à l'identité (signalement des usurpations d'identité aux structures en charge de la lutte contre la fraude, suites judiciaires...).

Recommandation n°71 : Garantir des formations régulières et actualisées des agents aux problématiques de cybersécurité.

Recommandation n°72 : Mettre en place un échange entre caisses sur les meilleures parades au risque cyber et rechercher une harmonisation des approches.

Recommandation n°73 : Prévoir un échange systématique au sein des CODAF sur la fraude à l'identité.

Recommandation n°74 : Poursuivre la montée en charge des croisements de données avec FICOBA, pour sécuriser les RIB au plus tôt.

Recommandation n°75 : Préparer conjointement entre les organismes de protection sociale et la Banque de France la mise en place, au sein des organismes, des nouvelles obligations bancaires relative à la sécurisation des RIB.

Recommandation n°76 : Créer une commission en charge des questions de cyber sécurité et du bon équilibre entre accès aux droits et sécurisation du système d'information, rattachée aux conseils et conseils d'administration des organismes.

Recommandation n°77 : Créer une structure d'échange sur les questions de cybersécurité associant l'ensemble de la sphère de la protection sociale et son écosystème et mobilisant des compétences des organismes en matière de fraude et étendre le champ d'intervention du CERT (centres d'alerte et de réaction aux attaques informatiques).

Recommandation n°78 : S'assurer, lorsqu'un organisme sous traite le traitement de certaines données à un prestataire, que la sécurité au niveau du prestataire est d'un niveau équivalent à celle de l'opérateur.

Recommandation n°79 : Prendre une disposition législative pour imposer aux organismes complémentaires des normes de cybersécurité au moins équivalentes à celles de l'ensemble de la sphère publique.

Recommandation n°80 : Expertiser des schémas organisationnels susceptibles de réduire le risque de fraude à l'usurpation d'identité pour l'ensemble des usagers.

Recommandation n°81 : Mettre en place au niveau de la Direction de la sécurité sociale une gouvernance dédiée à la lutte contre la fraude, associant l'ensemble des organismes, et couvrant l'ensemble du spectre (évaluation, prévention, contrôle).

■ CHAPITRE 1 - LA FRAUDE SOCIALE : QUE NOUS DIT LE DROIT ?

Si les commentateurs ont souligné pendant longtemps certaines ambiguïtés dans la définition de la fraude, celles-ci ont été en grande partie levées par l'intervention de la loi de 2018 « pour un État au service d'une société de confiance » (ESSOC) : l'introduction au travers du « droit à l'erreur » de la notion de bonne foi dans l'ensemble de la législation applicable en matière sociale, permet de tracer une frontière claire entre ce qui constitue une fraude (et qui ne relève pas de la bonne foi) et ce qui n'en est pas une (qui relève de la bonne foi).

Si certains textes ont été ajustés suite à la loi Essoc (par exemple, ceux régissant le régime des pénalités), toutes les conséquences juridiques n'en ont pas été tirées. Le rapport préconise de procéder à ces ajustements, pour éviter toute ambiguïté sur ces sujets très sensibles.

Le rapport souligne également l'intérêt d'intégrer pleinement la notion d'abus dans le corpus de règles. Cette notion est déjà mobilisée par l'assurance maladie pour sanctionner des professionnels de santé lorsque ceux-ci exécutent ou prescrivent des actes médicaux ou paramédicaux au-delà du besoin de soins du patient (prescriptions réitérées d'actes paramédicaux, prescriptions réitérées d'arrêts de travail au-delà du besoin de repos du patient, facturations réitérées d'honoraires outrepassant le tact et la mesure...). L'abus de droit a été réactivé pour la branche recouvrement par la loi de financement pour 2024. La notion n'a jamais été transposée aux autres branches.

■ 1. FRAUDES, FAUTES, ABUS, ERREURS : QU'EST-CE QUE LA FRAUDE SOCIALE ?

[1] Si les commentateurs ont souligné pendant longtemps certaines ambiguïtés dans la définition de la fraude, celles-ci ont été en grande partie levées par l'intervention de la loi de 2018 pour un État au service d'une société de confiance » (ESSOC)⁵ – qui a eu pour effet « *de clarifier de manière substantielle le droit applicable en la matière* » et conduit à jeter un regard nouveau sur la question.

La fraude sociale avant la loi Essoc : une notion communément considérée comme ambiguë.

Évoquant la difficulté sémantique liée à « *la banalisation du terme de fraude* », Marion DEL SOL évoquait, par exemple, en 2011, dans un colloque du Conseil d'État, un recours à cette notion « *quasiment systématique – et souvent abusif* », comme s'il s'agissait d'un « *terme usuel* »⁶. Synthétisant ce même

⁵ Loi du 10 août 2018.

⁶ DEL SOL Marion, *Un cadre juridique en recherche d'équilibre*, Les entretiens du Conseil d'État, 2011 : « *les enjeux sémantiques sont plus importants qu'il n'y paraît de prime abord quand bien même il existe un large consensus sur la nécessité et la légitimité de lutter contre la fraude. Ainsi, au regard des moyens mis en œuvre, il est nécessaire de distinguer*

colloque, Julien DAMON remarquait « une certaine perplexité face à un terme qui recouvre une (...) diversité de situations et de dispositions », « une valse des préoccupations et des qualifications, selon que l'on parle de cotisations ou de prestations (...) », « une compétition des approches et des définitions, en particulier pour distinguer fraude d'abus, d'oubli ou d'erreur »⁷. Plus récemment, dans son ouvrage sur « la fraude en droit de la protection sociale »⁸, Kristel ZARLI-MEIFFRET DELSANTO précisait : « Le sens juridique du vocable fraude demeure incertain en droit de la protection sociale (...). La fraude sociale doit-elle s'entendre dans son sens juridique le plus restrictif ? Il s'agirait alors d'un agissement illicite par l'emploi d'un moyen régulier. C'est-à-dire d'un acte régulier en soi accompli dans l'intention d'éluder une loi impérative ou prohibitive. Au contraire doit-elle être appréhendée dans son sens le plus compréhensif, à savoir comme toute violation de la loi ? ». Dans un colloque de 2019 organisé par la Cour de cassation, Jean-Jacques GATINEAU évoquait à son tour l'absence « de définition unique de la fraude sociale »⁹.

1.1. Faut-il créer une définition générique propre au code de la sécurité sociale ?

[2] Si plusieurs définitions ont pu être données des fraudes sociales¹⁰, aucune n'est portée par le code de la sécurité sociale. Celui-ci reprend le concept sans plus de précision, par exemple, lorsque sont définies les obligations des organismes dans le cadre de la lutte contre la fraude¹¹ ou les règles de prescription. Plus rarement, il caractérise des situations de fraude au regard de tel ou tel usage : ainsi énumère-t-il une longue liste de cas de « fraude » (escroquerie, altération frauduleuse de la vérité, fait de se délivrer indument un document destiné à constater un droit...)¹² pour cadrer les échanges de données entre organismes dans le cadre de la recherche ou de la constatation de fraudes.

[3] L'absence de toute définition générale de la fraude sociale fait discussion.

ce qui relève de la lutte contre la fraude stricto sensu selon l'acception pénale du terme de ce qui participe d'une politique de gestion du risque. Quant aux enjeux juridiques, ils sont fort classiques : la qualification des faits reprochés conditionne le régime répressible applicable ».

⁷ DAMON Julien, Droits et fraudes, Les entretiens du Conseil d'État, 2011.

⁸ 2018.

⁹ GATINEAU Jean-Jacques, La convergence des outils de lutte contre les fraudes fiscales et sociales, Cour de cassation, 2019. « La terminologie employée dépend de l'infraction poursuivie ; on parle de « fausse déclaration » ; on parle de « fraude » ; on parle d'« omission de déclaration » ; on parle de « déclaration incomplète. IL n'y a pas un guide qui permettrait d'exposer clairement ce qu'est une sanction administrative ».

¹⁰ Selon la définition proposée par la DNLF lors de sa création, est considérée comme une fraude « une irrégularité ou une omission commise de manière intentionnelle au détriment des finances publiques ». Cette définition sert toujours de référence dans le cadre interministériel désormais piloté par la MICAF « Les finances publiques recouvrent les recettes publiques - impôts, taxes, cotisations et contributions - et les prestations sociales de toute nature - assurances, allocations et aides sociales », MICAF- Mission interministérielle de coordination anti-fraude | economie.gouv.fr. Tentant d'apporter une définition des fraudes sociales, l'exposé des motifs de la loi de financement pour 2006, précisait : « La fraude doit être entendue au sens du code de la sécurité sociale, comme un acte « visant à obtenir ou faire obtenir ou tenter de faire obtenir des prestations de sécurité sociale qui ne sont pas dues ».

¹¹ Articles L.114-9 et L224-14 du code de la sécurité sociale.

¹² Article L.114-16.2 du code de la sécurité sociale.

[4] Kristel ZARLI-MEIFFRET DEL SANTO a pu souligner, devant le Haut Conseil, l'intérêt d'une définition générique : « *Si elle était retenue en droit positif, [cette définition] présenterait l'avantage de contribuer à homogénéiser l'appréhension notionnelle de la fraude sociale au sein des différentes administrations et juridictions pour offrir une sécurité juridique accrue. Cette sécurisation résulterait, pour l'essentiel, de la circonscription de la fraude à des agissements intentionnels employés pour atteindre des résultats illégitimes. Elle devrait (...) servir de grille de lecture pour faciliter la distinction de la fraude avec d'autres catégories d'agissements (erreur, indu, abus de droit) qu'elle côtoie en droit de la sécurité sociale* ».

La définition de la fraude sociale proposée par Kristel ZARLI-MEIFFRET DELSANTO-en 2017

Kristel ZARLI-MEIFFRET DEL SANTO propose de définir la fraude sociale comme « *toute action ou abstention licite ou illicite, le cas échéant assortie de manœuvres, accomplie de manière intentionnelle dans le dessein d'obtenir un avantage à caractère pécuniaire illégitime qui occasionne un dommage financier directement supporté par les organismes de protection sociale et met en cause le principe de solidarité* »¹³.

Elle souligne que cette définition reflète le « polymorphisme » de la fraude sociale : « *les manières de frauder sont variables, mais les critères d'intention et les effets produits par les fraudes sociales convergent* ».

[5] Reprenant ces éléments, le rapport de la commission d'enquête de l'Assemblée nationale relative à la lutte contre les fraudes aux prestations sociales, publié en septembre 2020, a préconisé de définir la notion de fraude en droit de la protection sociale « *afin de renforcer la cohérence du cadre juridique et mieux distinguer les fraudes des erreurs de bonne foi* ».

[6] A l'inverse, Jean-Luc MATT, qui soutient une démarche casuistique en la matière, a souligné le caractère risqué d'une telle approche (« *Introduire une définition générique qui s'appliquerait à toutes les prestations et cotisations sociales (...) serait illusoire au regard de la diversité des situations en cause* »), alors que le cadre juridique apparaît aujourd'hui suffisant : l'intervention, en 2018, de la loi pour un État au service d'une société de confiance (ESSOC)¹⁴ a eu pour effet « *de clarifier de manière substantielle le droit applicable en la matière* » : l'introduction au travers du « droit à l'erreur » de la notion de bonne foi dans l'ensemble de la législation applicable en matière sociale, « *permet de tracer une frontière enfin claire entre ce qui constitue une fraude et ce qui n'en est pas une* ».

[7] **La rédaction d'une disposition générique est à l'évidence complexe** ; elle suppose de régler de nombreuses questions, notamment de périmètre : cette définition s'applique-t-elle aux seules prestations, aux cotisations, au champ de la sécurité sociale, de la protection sociale etc..? Doit-elle couvrir les prestations sociales gérées par les organismes de sécurité sociale pour le compte de tiers (conseils

¹³ ZARLI-MEIFFRET DEL SANTO Kristel, *La fraude en droit de la protection sociale*, 2018.

¹⁴ Loi du 10 août 2018.

départementaux pour le RSA ou l'AAH, par exemple) ? Comment traiter la question des usurpations d'identité ? Celles-ci concernent au premier chef les assurés ; elles n'ont pas nécessairement d'impact financier. Pour autant quand elles en ont un, ces usurpations ont un effet potentiel sur la sécurité sociale qui peut être amenée à repayer à l'assuré la prestation qui a été versée sur un mauvais compte. Faut-il intégrer ce sujet dans la définition juridique d'une fraude « sociale » ?

[8] Au vu de ces difficultés, la priorité semble être aujourd'hui plutôt de tirer toutes les conséquences de la loi Essoc et de repositionner, par rapport aux principes nouvellement posés par ce texte, l'ensemble des concepts qui gravitent autour de la notion de fraude – ceux que Kristel MEIFFRET DEL SANTO a qualifié devant le Haut Conseil de notions « amalgamées », alors qu'ils « correspondent pourtant à des notions juridiques différentes ». Selon la formulation de Jean-Luc MATT, « plutôt qu'à une vaine tentative de définition unique, c'est donc à un réel effort d'unification de l'interprétation des textes à appliquer, pour garantir le maximum de sécurité juridique aux assurés, allocataires, entreprises et prestataires, qu'il convient de s'atteler. »

1.2. Après la loi Essoc : finir de bien positionner juridiquement fraudes et erreurs dans l'environnement de la sécurité sociale

[9] Plusieurs notions se côtoient dans l'univers de la fraude. Ainsi que le soulignait Jean-Marc SAUVÉ en 2011 : « La notion de « fraude », au sens strict du terme, désigne une réalité juridique précise, qui se caractérise essentiellement par trois éléments : un manquement à des obligations, l'existence d'un préjudice et, surtout, un élément intentionnel. A l'évidence pourtant, la frontière entre la fraude avérée et l'erreur non intentionnelle, mais aussi entre la fraude et l'abus ou encore entre la fraude et l'optimisation peut s'avérer délicate à tracer dans de nombreuses hypothèses. Pourtant, dès lors qu'il s'agit de traduire un objectif de politique publique dans le droit positif, l'impératif de sécurité juridique exige qu'une telle frontière puisse être précisément tracée et que les ambiguïtés soient levées ou, à tout le moins, clairement circonscrites »¹⁵.

[10] Comme cela vient d'être évoqué, la loi Essoc a permis de franchir un grand pas dans la levée des ambiguïtés et plus spécialement dans la distinction entre fraude et erreur : dans une logique désormais clairement binaire, est fraude tout ce qui ne relève pas de la bonne foi.

¹⁵ Fraudes et protection sociale, Intervention de Jean-Marc Sauvé, Vice-président du Conseil d'État, *Les Entretiens du Conseil d'État*, 2011.

Le droit à l'erreur

Dans le cadre de l'institution d'un nouveau « droit à l'erreur », le législateur a souhaité permettre aux personnes auxquelles des indus ont été notifiés d'exercer, avant toute contestation de la décision de l'organisme, un droit de rectification des informations les concernant, dès lors qu'une telle rectification peut avoir une incidence sur le montant de l'indu qui leur a été notifié¹⁶.

La loi ESSOC de 2018 a très clairement affirmé, en introduisant explicitement la notion de bonne foi dans l'ensemble de la législation sociale, la nécessité de devoir prouver l'intentionnalité de l'assuré pour pouvoir le sanctionner. La Cour de cassation a donné toute la portée de ces dispositions (Civ. 2, 2 juin 2022, n° 20-17.440), en posant que « *la bonne foi étant présumée, il appartient à l'organisme de sécurité sociale d'établir, en cas de contestation, la preuve de la mauvaise foi de l'assuré* ». Elle s'est appuyée pour cela sur les articles L. 123-1 et L. 123-2 du code des relations entre le public et l'administration (CRPA), introduits par la même loi ESSOC et applicables aux organismes de sécurité sociale. Le premier de ces textes énonce : « *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* ». Le second précise : « *Est de mauvaise foi (...) 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* ».

[11] Cette clarification a notamment été saluée par le Défenseur des droits : celui-ci avait en effet pointé une « *pratique de plus en plus courante consistant à assimiler abusivement les erreurs à la fraude* »¹⁷.

[12] Si la règle est aujourd'hui posée, toutes les conséquences n'en ont pas été tirées à ce jour. Le régime juridique des pénalités administratives en offre un exemple.

[13] Certains textes législatifs ont été ajustés dans le cadre de la loi Essoc, en y introduisant la notion de « bonne foi ». Ainsi l'article L. 114-17 du code de la sécurité sociale prévoit-il désormais : « peuvent faire l'objet d'un avertissement ou d'une pénalité prononcée par le directeur de l'organisme chargé de la gestion des prestations familiales ou des prestations d'assurance vieillesse, au titre de toute prestation servie par l'organisme concerné : 1° L'inexactitude ou le caractère incomplet des déclarations faites pour le service des prestations, sauf en cas de bonne

¹⁶ L'institution de ce droit a notamment été motivée, dans le champ social, par le fait que, selon un rapport de 2013 de l'Inspection générale des finances et de l'Inspection générale des affaires sociales intitulé « Les indus de la branche famille », 10 % des indus détectés n'en étaient pas au sens réglementaire du terme car ils étaient liés à une mauvaise application des règles et à la non prise en compte de l'ensemble des informations en possession des caisses. Voir, pour une présentation plus complète de ces notions, l'annexe reprenant l'analyse exhaustive de Jean-Luc Matt.

¹⁷ Il avait par suite préconisé de « *distinguer clairement les erreurs, commises de bonne foi par les usagers à l'occasion notamment des déclarations qui conditionnent l'attribution des prestations, et les pratiques frauduleuses. Le Défenseur des droits se félicite de cette évolution législative qui permettra de distinguer clairement l'erreur de la fraude et devra conduire à exclure les pénalités financières en cas d'erreur ou d'oubli.* » Défenseur des droits, *Le droit à l'erreur et après ?*, 2019.

foi de la personne concernée ; 2° L'absence de déclaration d'un changement dans la situation justifiant le service des prestations, sauf en cas de bonne foi de la personne concernée (...) »¹⁸.

[14] **Cependant, cet ajustement n'a pas été total** : le même article L. 114-17 du code de la sécurité sociale distingue, pour les branches famille et vieillesse, deux régimes de pénalités : un régime « *en l'absence de fraude établie* » ; un régime « *si la fraude est établie* », d'autre part, laissant ainsi à penser que des sanctions peuvent être appliquées en cas de simple erreur – ce qui n'est évidemment pas envisageable - ou qu'il existe une situation intermédiaire entre fraude et erreur – ce qui n'est pas le sens de la loi Essoc¹⁹.

[15] **Pour éviter toute ambiguïté sur ces sujets très sensibles, il semble nécessaire de tirer toutes les conséquences juridiques de la loi Essoc.**

Recommandation n°1 : Tirer les conséquences juridiques de la loi Essoc pour distinguer de façon cohérente entre branches erreur et fraude dans la législation sociale. En tirer les conséquences sur le régime des pénalités.

[16] **Ce toilettage des textes pose un sujet particulier dans la branche maladie. Le corpus de textes qui lui est applicable, distinct de celui existant pour les branches famille ou retraite, repose sur un continuum entre erreur, faute, abus et fraude.** Ce continuum a été élaboré dès 2004 pour le cas particulier des professionnels de santé²⁰ : le contenu de chacune de ces notions n'est pas explicité au niveau législatif ; il l'est, en revanche, par la CNAM, dans ses lettres réseau.

¹⁸ De même que l'article L114-17-1 pour l'assurance maladie. : « II.- La pénalité mentionnée au I est due pour : 1° Toute inobservation des règles du présent code, du code de la santé publique, du code rural et de la pêche maritime ou du code de l'action sociale et des familles ayant abouti à une demande, une prise en charge ou un versement indu d'une prestation en nature ou en espèces par l'organisme local d'assurance maladie, sauf en cas de bonne foi de la personne concernée ; (...) 2° L'absence de déclaration, par les bénéficiaires mentionnés au 1° du I, d'un changement dans leur situation justifiant l'ouverture de leurs droits et le service des prestations, sauf en cas de bonne foi de la personne concernée (...) ».

¹⁹ La pratique d'un certain nombre de caisses – particulièrement les CAF, ne reprend pas cette partition, s'étant calée sur le caractère binaire de la loi Essoc (erreur ou fraude).

²⁰ Cf. articles L. 145-1 du code de la sécurité sociale, pour les médecins, dentistes et sages-femmes ; L. 114-5-1, pour les masseurs kiné et les infirmiers.

Fraude, faute, abus dans l'assurance maladie : les définitions de la CNAM²¹

La fraude se définit comme un « fait illicite au regard des textes juridiques, commis intentionnellement par une ou plusieurs personnes physiques ou morales (assuré, employeur, professionnel de santé, fournisseur, transporteur, établissement, autre prestataire de services, employé de l'organisme) dans le but d'obtenir ou de faire obtenir un avantage ou le bénéfice d'une prestation injustifiée ou indue au préjudice d'un organisme d'assurance maladie ou de la CARSAT ou encore de l'État²² (...). Une fraude ne peut être qualifiée en tant que telle que si l'infraction correspondante est expressément prévue par un texte juridique »²³.

L'abus se définit comme une « activité qui rassemble de manière réitérée des faits caractéristiques d'une utilisation d'un bien, d'un service ou d'une prérogative outrepassant des niveaux acceptables par rapport à des références ou des comparatifs non juridiques »²⁴.

La faute se définit par défaut : il s'agit d'une « activité qui rassemble de manière réitérée des faits irréguliers au regard de textes juridiques, commis par une ou plusieurs personnes physiques ou morales en dehors des circonstances définissant la fraude ou les activités abusives. Les activités fautives ne sont pas susceptibles d'être sanctionnées par une juridiction pénale. Elles ont la particularité d'être constitutives de faits irréguliers au regard de référentiels tels que notamment les nomenclatures dont l'interprétation peut être extensive et les évolutions parfois retardées par rapport aux pratiques »²⁵.

[17] Dans cette typologie, l'activité fautive est sanctionnable, alors même qu'elle ne serait pas constitutive d'une fraude.

[18] Cette situation découle de la façon dont la fraude est appréhendée pour l'assurance maladie : contrairement aux autres branches, la notion est définie de manière précise, autour d'une liste limitative de pratiques déterminée par un décret²⁶ : fausses déclarations, falsifications,..., la présence sur cette liste conduisant à certaines conséquences en termes de pratiques.

[19] Ce qui ne relève pas de cette liste n'est pas considéré comme une fraude au sens de ces dispositions, alors que cela peut relever de comportements inappropriés, réitérés voire intentionnels au regard de la norme juridique : surcotation d'actes, non-respect, de manière répétée, de l'obligation de mentionner le caractère non remboursable des produits, prestations et actes prescrits en dehors des indications ouvrant droit à prise en charge ; non-respect, de manière répétée, de l'obligation faite au pharmacien de délivrer le conditionnement le plus économique compatible avec les mentions figurant sur l'ordonnance...

²¹ Voir annexe, pour des exemples associés à ces différentes notions.

²² Aide Médicale d'État, par exemple.

²³ Circulaire CNAM-1/2012 et circulaire CNAM 24/2019. Définition reprise dans le REPSS « maladie ».

²⁴ Circulaire CNAM-1/2012. Définition reprise dans le REPSS « maladie ». L'article L114-17-1 se réfère aux abus constatés par le contrôle médical (II du L315-1). L'article R147-6 parle, pour sa part, de patients qui « *abusent (...) pour obtenir des produits de santé* ».

²⁵ Circulaire CNAM-1/2012. Définition reprise dans le REPSS « maladie ».

²⁶ Cf. Article L. 114-17-1 CSS : « En cas de fraude établie dans des cas définis par voie réglementaire », à savoir l'article R. 147-11.

[20] Dans l'analyse qu'il a produite pour le HCFiPS, Jean-Luc MATT constate que « ces articles réglementaires énumèrent avec luxe détails les différents cas possibles de manquements susceptibles d'être sanctionnés, pour chaque catégorie de contrevenants », il souligne qu'« il apparaît assez clairement que de telles listes ne sauraient que constituer un mode d'emploi à destination des organismes. Tel n'est pas l'objet de dispositions réglementaires qui alourdissent inutilement le code : une circulaire interprétative élaborée par la direction de la sécurité sociale (DSS) devrait suffire à rappeler les règles applicables pour harmoniser les pratiques des caisses ».

[21] On peut par ailleurs considérer que « faute » et « fraude », telles que définies par l'assurance maladie, participent en réalité de la notion de « fraude »²⁷ à la sécurité sociale dès lors qu'il y a bien « intentionnalité », que la faute est conceptuellement très proche de l'abus de droit. Laisser subsister la notion de « faute » peut être interrogé au niveau de la pureté juridique, mais comporte des avantages dans la gestion de la relation avec les professionnels de santé.

[22] Il est à noter que pour ce qui est de l'assurance chômage, la fraude est caractérisée par le fait de percevoir indûment de manière délibérée par des procédés illégaux un revenu de remplacement, que ce soit par de fausses déclarations permettant d'ouvrir un droit ou par la non-déclaration d'activités rémunérées dont le montant viendrait sinon minorer le revenu de remplacement. Les situations de fraude donnent lieu au redressement du dossier, au recouvrement des sommes indues et à l'application de sanctions administratives : radiation et suppression partielle ou totale du revenu de remplacement. Des sanctions administratives s'appliquent également en cas de non-respect des obligations du demandeur d'emploi : par exemple absence à convocation, refus de plus de deux offres raisonnables d'emploi²⁸.

1.3. Faut-il élargir le recours à la notion d'abus ?

[23] La notion d'abus est utilisée, on vient de le voir, par l'assurance maladie pour sanctionner des professionnels de santé lorsque ceux-ci exécutent ou prescrivent des actes médicaux ou paramédicaux au-delà du besoin de soins du patient (prescriptions réitérées d'actes paramédicaux, de produits de santé ou de services au-delà du besoin de soins du patient, prescriptions réitérées d'arrêts de travail ouvrant droit à indemnités journalières au-delà du besoin de repos du patient, facturations réitérées d'honoraires outrepassant le tact et la mesure) ; ainsi utilisé, l'abus est très spécifique

²⁷ De fait, l'assurance maladie totalise fraude et faute dans son évaluation de la fraude.

²⁸ Le nombre de radiations s'élevait en 2023 à 649 000 en France métropolitaine, ce qui représentait 10% du total des sorties

aux pratiques médicales : le concept se réfère à un écart par rapport aux bonnes pratiques du métier.

[24] La notion est aussi utilisée dans la branche recouvrement, mais dans un tout autre cadre : on se situe ici sur l'abus de droit. Il s'agit de sanctionner un cotisant qui cherche à obtenir indûment un avantage, sous couvert d'une application formelle de la loi, mais en en trahissant l'esprit²⁹ : « *La procédure de l'abus de droit social permet aux organismes de recouvrement d'écarter un acte comme ne leur étant pas opposable, dès lors que cet acte revêt un caractère fictif ou que, bien que constituant une application littérale des textes, il n'a pu être inspiré par aucun autre motif que celui d'éluider ou d'atténuer le montant des sommes dues. Le caractère intentionnel de ces actes est dans les deux cas requis* »³⁰.

Des exemples d'abus de droit selon la Cour de cassation

La Cour de cassation a jugé que les organismes de recouvrement avaient implicitement eu recours à une qualification d'abus de droit au sens de l'article L. 243-7-2 du code de la sécurité sociale dans les situations suivantes :

- des procédures de licenciements et les transactions conclues postérieurement à ces licenciements pour faute grave qui étaient en réalité fictives et n'avaient eu d'autre but que de faire bénéficier des indemnités d'une exonération sociale (Cass. Civ. 2, 16 février 2023, n° 21-11.600 et n° 21-12.005) ;
- la révocation de mandats sociaux et le licenciement de deux dirigeants qui constituaient des actes fictifs destinés à permettre de leur verser des sommes, indemnisant leur mise à l'écart de la société, non soumises à cotisations » (Cass. Civ. 2, 16 février 2023, n° 21-18.322) ;
- la création d'une société dans le seul but de se soustraire au paiement de cotisations et contributions sociales, afin de rémunérer des joueurs sous forme de « droit à l'image » (Cass. Civ. 2, 16 février 2023, n° 21-17.207) ou d'éluider les cotisations et contributions sociales dues au régime général par le président d'une société par actions simplifiée unipersonnelle (SASU) (Cass. Civ. 2, 11 mai 2023, n°21-17.226).

La divergence d'interprétation sur les règles d'assiette des cotisations n'est pas au nombre des contestations susceptibles de donner lieu à la procédure d'abus de droit³¹.

[25] Le dispositif mis en place en 2009³² a été très peu utilisé par les URSSAF³³, ce qui a conduit la Cour de cassation à se saisir du sujet et à juger que les organismes de

²⁹ Article L243-7-2 du code de la sécurité sociale.

³⁰ Étude d'impact PLFSS pour 2024.

³¹ Cass. Civ. 2, 12 octobre 2017, n° 16-21.469.

³² Le mécanisme a été mis en place par le PLFSS pour 2008 par un amendement sénatorial et ainsi justifié : « *Dans le domaine fiscal, l'article L. 64 du livre des procédures fiscales permet à l'administration des impôts, si elle établit que certains actes dissimulent la portée véritable d'un contrat - c'est notamment le cas lorsque les actes ont été motivés uniquement par la volonté d'atténuer l'imposition normalement due -, de restituer le véritable caractère de l'opération litigieuse. Cet amendement vise à transposer un tel principe au domaine social, en permettant aux organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général de requalifier les actes ayant pour objet d'éviter le paiement des charges sociales. Ces organismes seraient alors en droit de déterminer les compléments de rémunération qui n'ont pas été inclus dans l'assiette de cotisations* ».

³³ Le comité des abus de droits sociaux qui était associé à ce dispositif ne s'est jamais réuni, et ses membres n'ont jamais été renouvelés. La procédure était donc inapplicable. La réforme du dispositif en LFSS 2024, qui supprime notamment le comité, doit permettre de mettre en œuvre la procédure, un décret d'application est cependant

recouvrement avaient implicitement eu recours à une qualification d'abus de droit, alors même que les organismes n'avaient pas appliqué la pénalité prévue. La LFSS pour 2024 a cherché à redynamiser le dispositif, en le simplifiant : « *La lourdeur de [la] procédure, et notamment la possibilité de demander l'avis d'un comité ad hoc, sembl[ait] (...) excessive à la fois pour le cotisant et pour l'organisme et condui[sai]t à allonger les procédures* »³⁴.

[26] Un bilan devra être réalisé de l'usage de ce dispositif rénové. En l'attente, plusieurs observations peuvent être faites.

[27] Comme le note Jean-Luc MATT, « *l'abus de droit en matière de cotisations sociales ne concerne, hors actes fictifs, que le cas où le cotisant a pour motif exclusif d'éviter ou d'atténuer le prélèvement, alors que la panoplie offerte par le droit fiscal permet également à l'administration de contester des actes qui ont pour motif principal (et non pas seulement exclusif) d'éviter ou d'atténuer l'impôt, en vertu de l'article L. 64 A LPF issu de la loi de finances pour 2019. Son importation en droit social pourrait s'envisager si elle permettait de répondre à des besoins spécifiques des agents de contrôle.* »

[28] On peut ajouter que l'abus de droit social entraîne l'application d'une pénalité d'un montant égal à 20 % du montant des cotisations et contributions sociales dues. En matière fiscale, deux taux sont susceptibles de s'appliquer : 40 % dès lors qu'il y a abus de droit ; 80 % si l'administration fiscale établit que le contribuable est l'instigateur principal ou le bénéficiaire principal de l'abus de droit³⁵.

Recommandation n°2 : Faire un bilan en 2026³⁶ de l'utilisation effective et homogène de l'abus de droit par les organismes en charge du recouvrement.

[29] Même s'il est embryonnaire dans le recouvrement, le dispositif de l'abus de droit pourrait être étendu aux prestations : « *L'extension de la procédure d'abus de droit social aux prestations, avec majorations spécifiques au-delà des pénalités déjà prévues par les articles L. 114-17 et L. 114-17-1 CSS, pourrait étendre la panoplie des outils dont doivent disposer les organismes sociaux en matière de lutte contre la fraude, dans*

nécessaire. On peut également souligner que la LFSS clarifie de manière pérenne les missions des agents de contrôle afin de lever tout doute sur leurs prérogatives en rappelant leur droit de requalifier les faits et les actes juridiques comme cela est reconnu pour l'administration fiscale.

³⁴ Étude d'impact, PLFSS pour 2024.

³⁵ Cf. article 1729 du code général des impôts : « Les inexactitudes ou les omissions relevées dans une déclaration ou un acte comportant l'indication d'éléments à retenir pour l'assiette ou la liquidation de l'impôt ainsi que la restitution d'une créance de nature fiscale dont le versement a été indûment obtenu de l'État entraînent l'application d'une majoration ».

³⁶ Compte tenu de l'absence de décret d'application à date, et de la longueur des procédures de contrôle, aucun bilan ne pourra être établi plus rapidement.

un objectif dissuasif. Sanctionner explicitement des abus de droit³⁷, avec des pénalités renforcées par rapport à celles déjà existantes, permettrait de mieux graduer la répression au regard du principe constitutionnel de proportionnalité »³⁸.

[30] Dans les échanges avec les organismes, certains ont souligné l'intérêt que pourrait avoir un tel dispositif notamment pour lutter contre les marchands de sommeil.

Recommandation n°3 : Étendre la notion d'abus de droit aux branches prestataires.

2. POURSUIVRE LA MISE EN COHERENCE DES TEXTES ASSOCIES A LA FRAUDE

[31] La notion de fraude sociale a longtemps été jugée « confuse ». On a vu dans les développements précédents qu'une clarification était largement à l'œuvre, même si certains points restaient à préciser. Les dispositifs associés à la fraude ont également été fortement critiqués pour leur faible cohérence, avec le sentiment que l'accroissement constant de l'arsenal juridique entourant les fraudes s'effectuait « en ordre dispersé », « sans unité apparente »³⁹.

[32] Comme sur la notion de fraude elle-même, des évolutions sont intervenues pour mieux ordonnancer et rationaliser les concepts.

[33] La loi de financement pour 2006 a créé, dans le code, un chapitre dédié à la fraude.

[34] La loi de financement pour 2014 a harmonisé les dispositions de plus d'une trentaine de dispositions législatives figurant dans six codes différents, de façon à assurer des sanctions applicables identiques pour une même infraction. Pour cela, a été mis en place un nouveau dispositif d'incrimination des fraudes aux prestations sociales au sein du code pénal, des incriminations doubles - voire triples - ont été supprimées en les transformant le cas échéant en une sanction administrative ; les

³⁷ Au sens d'optimisation du droit, et non d'abus de pratique de la part d'un professionnel de santé qui ne respecterait pas un référentiel de bonnes pratiques.

³⁸ Voir présentation de Jean-Luc MATT en annexe.

³⁹ DEL SOL Marion, Un cadre juridique en recherche d'équilibre, *Les entretiens du Conseil d'État*, 2011. Voir aussi, reprenant la formulation de P. MORVAN. Lois pénales spéciales, V° Protection sociale, 2008, n° 1, la décision du Conseil Constitutionnel n° 2013-328 QPC du 28 juin 2013 : « Le paysage actuel en la matière a pu être présenté comme « celui d'un capharnaüm indescriptible d'infractions, inégalement définies et réprimées, en partie redondantes et dotées de peines trop clémentes (souvent des amendes contraventionnelles de quelques centaines d'euros, dérisoires au regard des montants captés) ».

peines des infractions « satellites » contenues dans le code de la sécurité sociale, le code du travail ou le code rural et de la pêche maritime ont été révisées⁴⁰.

[35] Les procédures associées aux sanctions administratives ont été revues par la loi de financement pour 2023. Des dispositifs distincts coexistaient selon les branches. Ils sont désormais homogénéisés et simplifiés.

L'harmonisation des procédures entre branches

Avant intervention de la LFSS pour 2023, la procédure était la suivante pour les branches maladie et retraite⁴¹: envoi d'une notification des griefs reprochés et du montant envisagé de la pénalité ; possibilité d'observations écrites ou d'audition de l'assuré dans un délai d'un mois ; notification d'une première décision sur le montant de la pénalité ; possibilité de recours gracieux⁴² ; avis de la commission⁴³ qui propose le montant de la pénalité⁴⁴; notification de la deuxième décision du directeur sur le montant de la pénalité. Cette procédure était jugée lourde et peu lisible.

Chacune des deux décisions du directeur pouvait être contestée devant le juge judiciaire (parallèlement au recours gracieux effectué auprès du directeur dans le premier cas), ce qui était source de confusion.

La loi de financement a simplifié le dispositif en l'alignant sur celui applicable à la branche maladie⁴⁵ : une fois les observations écrites ou orales de l'assuré formulées, le directeur de l'organisme peut soit abandonner la procédure, soit notifier un avertissement à l'intéressé, soit saisir directement la commission du conseil d'administration, ce qui revient à supprimer la seconde notification de la pénalité prononcée, et à rendre caduque, ce faisant, la possibilité de former un recours gracieux à son encontre permettant, par conséquent, une réduction d'un mois de la durée globale de la procédure⁴⁶.

[36] De même, les sanctions associées au refus d'affiliation étaient de niveau très différent entre la branche maladie et la branche famille, leur harmonisation ne s'étant faite que récemment avec la loi de financement pour 2024.

Un exemple de stratification de textes qui pouvaient conduire à des incohérences et harmonisés depuis : le refus d'affiliation ou le refus de se conformer aux prescriptions de la législation de sécurité sociale

Le refus d'affiliation a été traité de manière différente et à des rythmes différents selon les branches. Il en résultait des amendes moins élevées dans la branche famille que dans la branche maladie ou dans le recouvrement.

Dispositions générales antérieures à la LFSS 2024 : le montant de l'amende avait été revu dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015. L'article avait été créé par la LFSS pour 2007, dans le cadre d'un article additionnel – non prévu dans le texte initial⁴⁷.

⁴⁰ Voir en annexe, le développement proposé par Jean-Luc MATT sur ces sujets.

⁴¹ Conformément à l'article L. 114-17 du code de la sécurité sociale.

⁴² Le directeur se prononce après avis de la commission des pénalités.

⁴³ Sous un mois.

⁴⁴ Si elle estime la personne responsable.

⁴⁵ Prévue à l'article L. 114-17-1, qui présente les mêmes garanties quant au respect du droit de la défense pour les assurés et a l'avantage d'être plus rapide et plus lisible pour les personnes contrôlées. Étude d'impact PLFSS pour 2023.

⁴⁶ Sénat, Rapport sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2023, Par Mme Élisabeth DOINEAU.

⁴⁷ Article 129 de la loi n°2006-1640 du 21 décembre 2006. « Cet article additionnel vise à sanctionner certaines campagnes et comportements illégaux qui ont pu être constatés au cours de la période récente. (...) Il s'agit de sanctionner l'incitation aussi bien à la désaffiliation qu'au non-paiement des cotisations et contributions sociales ». Rapport fait au nom de la

=> Article L. 114-18 du code de la sécurité sociale avant 2024: « Toute personne qui, par quelque moyen que ce soit, incite les assujettis à refuser de se conformer aux prescriptions de la législation de sécurité sociale, et notamment de s'affilier à un organisme de sécurité sociale ou de payer les cotisations et contributions dues, est punie d'un emprisonnement de deux ans et d'une amende de 30 000 €⁴⁸ ou de l'une de ces deux peines seulement. Toute personne qui refuse délibérément de s'affilier ou qui persiste à ne pas engager les démarches en vue de son affiliation obligatoire à un régime de sécurité sociale, en méconnaissance des prescriptions de la législation en matière de sécurité sociale, est punie d'un emprisonnement de six mois et d'une amende de 15 000 €, ou seulement de l'une de ces deux peines ».

Dispositions applicables à la branche famille avant 2024 : le montant de l'amende n'avait pas été revu depuis la loi n°92-1336 du 16 décembre 1992 en vigueur depuis le 1er mars 1994

=> Article L. 554-4 du code de la sécurité sociale : « Quiconque, par voies de fait, menaces ou manœuvres concertées, aura organisé ou tenté d'organiser le refus par les assujettis de se conformer aux prescriptions de la législation des prestations familiales et notamment de s'affilier à une caisse de sécurité sociale ou d'allocations familiales, ou de payer les cotisations dues sera puni d'un emprisonnement de deux ans, et d'une amende de 3 750 euros. / Sera passible d'un emprisonnement de six mois et d'une amende de 3 750 euros quiconque aura, par quelque moyen que ce soit, incité les assujettis à refuser de se conformer aux prescriptions de la législation des prestations familiales et notamment de s'affilier à une caisse de sécurité sociale ou d'allocations familiales, ou de payer les cotisations dues ».

Dispositions applicables depuis la LFSS 2024 : les sanctions sont désormais les mêmes entre les deux branches, l'article L.114-18 modifié prévoyant d'une part des sanctions pour refus d'affiliation (peine d'un emprisonnement de six mois et d'une amende de 15 000 €, ou seulement de l'une de ces deux peines) et d'autre part des sanctions pour fait d'inciter autrui à :

1° Se soustraire à l'obligation de s'affilier à un organisme de sécurité sociale ;

2° Se soustraire à la déclaration et au paiement des cotisations et contributions sociales dues ;

3° Obtenir frauduleusement le versement de prestations, d'allocations ou d'avantages servis par un organisme de protection sociale ;

4° Refuser de se conformer aux prescriptions de la législation en matière de sécurité sociale.

La peine prévue dans ces cas est un emprisonnement de deux ans et une amende de 30 000€.

Par ailleurs, est puni d'un emprisonnement de trois ans et d'une amende de 250 000 € le fait d'organiser ou de tenter d'organiser, par voies de fait, menaces ou manœuvres concertées, le refus par les assujettis de se conformer à ces obligations.

[37] Si ces évolutions donnent une vision globale mieux articulée des procédures de lutte contre la fraude sociale, il reste à assurer la lisibilité du corpus juridique, à travers la sécurisation de certains processus, et la mise en cohérence de règles qui sont parfois devenues obsolètes.

[38] Le chapitre relatif à la lutte contre la fraude regroupe désormais un nombre important de dispositions sur le sujet. Mais on en trouve en d'autres lieux, par exemple au sein du chapitre du code de la sécurité sociale consacré aux pénalités⁴⁹ qui

commission des Affaires sociales sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2007, adopté par l'Assemblée Nationale, par M. Alain VASSELLE, Sénateur.

⁴⁸ Par amendement parlementaire. L'article L. 114-18 du code de la sécurité sociale a été alors modifié pour renforcer les sanctions à l'encontre des personnes qui incitent « à refuser de se conformer aux prescriptions de la législation de sécurité sociale ». Les sanctions, qui étaient de six mois de prison et/ou d'une amende de 15 000 €, ont été portées à deux ans de prison et/ou à 30 000 euros d'amende. L'amendement a également créé une nouvelle infraction de refus d'affiliation à la sécurité sociale ou de persistance du refus des démarches en vue de l'affiliation, punie de six mois d'emprisonnement et d'une amende de 15 000 euros.

⁴⁹ Chapitre VII, intitulé « Pénalités », du titre VII du livre I^{er}.

comprend les dispositions communes à tout ou partie des régimes de base et qui préexistait à la création du chapitre relatif à la fraude.

[39] Certaines dispositions relatives à la gouvernance sont pour partie obsolètes. On peut citer par exemple l'article L. 114-9 du code de la sécurité sociale quand il dispose que les directeurs des organismes locaux transmettent à la mission nationale de contrôle des organismes de sécurité sociale le rapport qu'ils établissent à l'issue des investigations qu'ils mènent lorsqu'ils ont connaissance d'informations ou de faits de nature à constituer une fraude. Ce dispositif n'est plus appliqué et n'a pas d'intérêt à être conservé.

[40] Sur le fond, certains sujets restent ouverts autour de la sécurisation des usagers ou du partage de rôle entre organismes et tribunaux.

[41] S'agissant de la sécurisation juridique des processus, Jean-Luc MATT souligne les risques associés à l'absence de saisine de la commission des pénalités en cas de fraude.

Sécuriser le contradictoire

La Cour de cassation a jugé que l'avis préalable de la commission des pénalités constitue une formalité substantielle, dont l'objet est d'apprécier les fautes et pondérer le montant. Le non-respect de cette étape procédurale entraîne donc la nullité de la sanction (cf. Civ. 2, 12 novembre 2020, n° 19-17.749).

Au regard de l'importance d'une telle garantie pour les assurés, autant on peut comprendre qu'elle n'ait pas à être saisie pour les fraudes aux branches famille et vieillesse en cas de faible préjudice (jusqu'à 4 PASS), autant il paraît totalement contraire à la logique même de cette garantie qu'elle n'ait pas à être saisie pour les fraudes les plus lourdes aux branches maladie et accidents du travail⁵⁰.

[42] La pertinence des seuils au-delà desquels les caisses sont tenues de déposer plainte en se constituant partie civile pourrait être aussi réévaluée. Ces seuils – qui ne sont pas identiques selon les branches (8 plafonds mensuels pour toutes les branches, à l'exception de la branche vieillesse pour laquelle s'applique un seuil égal à 4 plafonds⁵¹- sont souvent jugés trop peu élevés par les caisses, dans la mesure où l'institution judiciaire n'est pas en capacité de prendre en charge l'ensemble des dossiers excédant ces seuils⁵². Cela conduit à de nombreux classements sans suite,

⁵⁰ Cette limitation du contradictoire est d'autant plus problématique qu'à la différence de la procédure applicable aux indus, les litiges relatifs aux pénalités administratives ne sont pas soumis à la procédure préalable devant la CRA, qui est elle-même aussi une garantie substantielle pour les assurés.

⁵¹ Cf. article D. 114-5 du code de la sécurité sociale. Aucun seuil ne s'applique à France Travail.

⁵² Voir sur ce point, le constat posé par François Molins en 2019, lorsqu'il était procureur général près la Cour de cassation : « *Il faut être lucide. Malgré la priorité affichée en matière de lutte contre les fraudes par les pouvoirs publics, et les avancées certaines portées par les réformes législatives récentes, les problématiques auxquelles l'institution judiciaire doit faire face ne sont pas encore résolues. Notre système pêche en effet par incohérence dans la mesure où l'État ne se donne pas les moyens suffisants pour appliquer la politique publique ambitieuse et légitime qu'il poursuit* ». Inversement, lors ce de même colloque, certains ont pu considérer que les parquets se sentaient superflus au vu de la « masse » de sanctions administratives déjà existantes : « *pourquoi punir encore plus ces personnes ?* » Jacques-Henri

symboliquement problématiques alors que les organismes ont qualifié les situations de frauduleuses. Un rehaussement des seuils pourrait limiter cet effet indésirable.

[43] Par ailleurs, comme on a pu le voir, certaines dispositions, comme le droit à l'erreur, essentielles à la compréhension de la structure d'ensemble de la lutte contre la fraude restent peu lisibles dans le code de la sécurité sociale.

[44] Ces éléments sont de nature très diverses ; certains sont structurants, d'autres relèvent du simple toilettage. *« Sur le fond du droit, même si des améliorations et avancées sont encore possibles et nécessaires, la lutte contre la fraude sociale fait désormais l'objet d'un corpus juridique dense et globalement cohérent. Mais sur la forme, comme cet ensemble est le résultat de très nombreuses interventions législatives et réglementaires depuis une vingtaine d'années, avec parfois plusieurs modifications des mêmes articles la même année, un constat d'illisibilité et d'instabilité de ce droit est fait, non seulement par leurs destinataires, les assurés, employeurs et professionnels de santé, au détriment de la sécurité juridique, mais aussi par les acteurs du contrôle eux-mêmes, qui ne savent pas toujours quelle norme appliquer. Au-delà de la stabilisation sur le fond de la norme, il convient donc de s'attacher à garantir son accessibilité et son intelligibilité, qui constituent un objectif de valeur constitutionnelle⁵³ comme la lutte contre la fraude sociale elle-même ».*

[45] Sans aller jusqu'à une recodification de l'ensemble du code de la sécurité sociale⁵⁴, une réorganisation des dispositions relatives à la lutte contre la fraude sociale au sein du code serait un exercice très utile et plus atteignable à court terme car de portée plus limitée. *« Au-delà des différentes thématiques évoquées dans le présent rapport, une meilleure répartition entre la loi et le règlement permettrait d'alléger globalement le volume des normes car il y a trop souvent tendance à recopier inutilement à la loi au niveau réglementaire, sans rien y ajouter, ce qui est contraire à l'objectif, prôné par tous par ailleurs, de « sobriété normative ».*

Recommandation n°4 : Habilitier le Gouvernement à mettre en cohérence par ordonnance, sans en changer le fond, les dispositions relatives aux fraudes sociales.

3. UTILISER AU MIEUX LES VOIES DU DROIT POUR RECOUVRER AU MIEUX

ROBERT, professeur émérite de l'université Panthéon-Assas (Paris-II) *La convergence des outils de lutte contre les fraudes fiscales et sociales / Cour de cassation.*

⁵³ Voir décision du Conseil constitutionnel n° 99-421 DC du 16 décembre 1999.

⁵⁴ Qui permettrait de clarifier des dispositions, trop éparpillées aujourd'hui, en les regroupant pour mieux les mettre en visibilité tout en permettant de mieux garantir leur cohérence pour leurs évolutions futures et en veillant à une stricte répartition entre la loi et le règlement.

[46] La répression de la fraude passe notamment, on l'a vu, par des sanctions financières qui peuvent être soit de nature administrative, soit de nature pénale. Les sanctions sont juridiquement cumulables dès lors que le montant global des sanctions éventuellement prononcées ne dépasse pas le montant le plus élevé de l'une des sanctions encourues⁵⁵.

Conseil constitutionnel, 3 décembre 2021, décision n° 2021-953 QPC, société Spécitubes

« Selon l'article 8 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen de 1789 : « La loi ne doit établir que des peines strictement et évidemment nécessaires, et nul ne peut être puni qu'en vertu d'une loi établie et promulguée antérieurement au délit, et légalement appliquée ». Les principes ainsi énoncés ne concernent pas seulement les peines prononcées par les juridictions pénales mais s'étendent à toute sanction ayant le caractère d'une punition. Il découle du principe de nécessité des délits et des peines qu'une même personne ne peut faire l'objet de plusieurs poursuites tendant à réprimer de mêmes faits qualifiés de manière identique, par des sanctions de même nature, aux fins de protéger les mêmes intérêts sociaux. Si l'éventualité que deux procédures soient engagées peut conduire à un cumul de sanctions, le principe de proportionnalité implique qu'en tout état de cause le montant global des sanctions éventuellement prononcées ne dépasse pas le montant le plus élevé de l'une des sanctions encourues »⁵⁶.

[47] Or, certains organismes considèrent à tort qu'ils ne peuvent engager à la fois des sanctions administratives et des sanctions pénales au nom du principe « *non bis in idem* »⁵⁷ : dès lors qu'ils se sont engagés dans la voie pénale, ils abandonnent donc toute voie administrative. Cela conduit à une situation parfois problématique : les situations les plus banales font l'objet de sanctions administratives, alors que les situations les plus complexes ou à enjeu financier plus élevé – qui sont transmises aux autorités judiciaires - peuvent ne pas être sanctionnées si les autorités judiciaires les jugent, au regard de leur charge de travail et de l'ensemble des autres infractions pénales, d'insuffisant intérêt et les classent sans suite : dans ces cas, les fraudeurs peuvent échapper à toute sanction.

⁵⁵ Voir en annexe, l'analyse approfondie de Jean-Luc Matt.

⁵⁶ Voir sur ce même sujet sur la possibilité de procéder à la fois à des poursuites disciplinaires et à des poursuites pénales, Conseil d'État, 18 mars 2019, 424-610 : « Il résulte des articles L. 4124-6, L. 4126-5, L. 4126-6, L. 4321-14 et L. 4321-19 du code de la santé publique (CSP) et L. 145-2 du code de la sécurité sociale que les poursuites disciplinaires visent à faire respecter les principes de moralité et de probité indispensables à l'exercice de la profession de santé concernée ainsi qu'à assurer la défense de l'honneur de cette profession, alors que le contentieux du contrôle technique s'attache à rechercher et à redresser tout abus commis par un professionnel de santé au préjudice de la sécurité sociale, afin notamment d'en protéger les intérêts financiers. Par ailleurs, le code pénal réprime aux articles 313-1, 313-7 et 313-8 le délit d'escroquerie aux fins de protéger la société dans son ensemble des personnes usant de tromperie. Ainsi, les poursuites devant les juridictions pénales, disciplinaires et du contrôle technique visant à réprimer des faits relatifs à des remboursements d'actes fictifs et à la méconnaissance des règles de tarification professionnelle ne protègent pas les mêmes intérêts sociaux. Par suite, le cumul de ces poursuites ne méconnaît pas le principe de nécessité des délits et des peines ».

⁵⁷ Voir article 368 du code des procédures pénales : « Aucune personne acquittée légalement ne peut plus être reprise ou accusée à raison des mêmes faits, même sous une qualification différente ».

[48] Consciente de cette situation, la CNAF a reprécisé ces notions à destination de son réseau début 2024. La CNAM a diffusé à l'été 2023 de nouvelles instructions à destination de son réseau en matière de stratégie contentieuse, en mettant en exergue la possibilité de cumuler des sanctions. L'ensemble des caisses nationales (et la DSS) devrai(en)t faire de même par circulaire.

[49] Les règles de prescription sont aussi parfois mal interprétées.

[50] Deux notions sont souvent mélangées : celle de l'engagement de l'action de mise en remboursement par les organismes (l'organisme de sécurité sociale doit engager cette action dans le délai de cinq ans à compter du jour de la découverte de la fraude ou d'une fausse déclaration) et la période de l'indu recouvrable : en matière de prestations, cette période est limitée par le seul délai de droit commun de la prescription extinctive de vingt ans et l'organisme de sécurité sociale peut donc recouvrer l'ensemble des prestations indûment versées au cours des vingt ans ayant précédé l'action.

La jurisprudence de la Cour de cassation en matière de prescription⁵⁸

Depuis 2006, un assuré social recevait une pension de réversion dont il n'aurait pas dû bénéficier. En effet, il n'avait pas déclaré à la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV) qu'il percevait déjà une pension de retraite complémentaire et qu'il disposait de placements financiers.

Les faits et la procédure

En 2015, à la suite d'un contrôle, la CNAV lui a réclamé les sommes indûment versées entre 2006 et 2016. L'assuré social a contesté cette réclamation. Selon la cour d'appel, la CNAV dispose d'un délai de cinq ans aussi bien pour agir que pour déterminer le montant de la créance qui peut être réclamée à l'assuré. La cour d'appel a donc jugé que : l'action de la CNAV, engagée en 2015, n'était pas prescrite car la Caisse disposait d'un délai de cinq ans pour agir, à compter de la découverte de la fraude ; la CNAV ne pouvait réclamer le trop-perçu versé avant 2010, l'action portant sur ces sommes étant prescrite. La CNAV a formé un pourvoi en cassation. Compte tenu de l'intérêt de la question juridique posée, la deuxième chambre civile de la Cour de cassation a décidé de renvoyer l'affaire devant l'assemblée plénière, formation de jugement la plus solennelle, au sein de laquelle toutes les chambres de la Cour sont représentées.

Repères :

Qu'est-ce que la restitution de l'indu ?

En droit commun :

Selon le code civil, ce qui a été payé sans être dû doit être restitué. L'action en restitution doit être engagée dans un délai de cinq ans à compter de la date à laquelle le paiement indu a été effectué. En cas de fraude, le point de départ du délai de prescription est la date à laquelle cette fraude a été connue.

En matière de sécurité sociale :

Lorsque des prestations de vieillesse ou d'invalidité ont été versées par erreur, la demande de remboursement doit être faite par l'organisme de sécurité sociale dans un délai de deux ans à compter

⁵⁸ [View PDF \(courdecassation.fr\)](#).

du paiement. L'article L. 355-3 du code de sécurité sociale prévoit que l'assuré de bonne foi conserve les versements antérieurs, mais qu'en cas de fraude, cette règle ne s'applique pas. Or les effets qui s'attachent à cette dérogation ne sont pas précisés par l'article L. 355-3 du code de la sécurité sociale.

La question posée à la Cour de cassation

En cas de fraude ou de fausse déclaration de l'assuré social, le délai de prescription de droit commun de cinq ans est-il sans incidence sur la période d'indus récupérable ? En d'autres termes, en cas de fraude, des prestations de vieillesse indument versées pendant plus de cinq ans peuvent-elles être réclamées par la CNAV ?

La réponse de la Cour de cassation

Oui

En cas de fraude, la CNAV peut réclamer à l'assuré l'ensemble des prestations vieillesse indument versées dans la seule limite des vingt ans ayant précédé l'action. La Cour de cassation juge que l'action en remboursement d'un trop-perçu de prestations de vieillesse et d'invalidité provoqué par la fraude ou la fausse déclaration relève du droit commun, applicable en matière de répétition de l'indu. En conséquence ; l'action de l'organisme de sécurité sociale doit donc être engagée dans le délai de cinq ans à compter du jour de la découverte de la fraude ou d'une fausse déclaration ; toutefois, ce délai d'action de cinq ans n'a pas d'incidence sur la période de l'indu recouvrable. Cette période est limitée par le seul délai de droit commun de la prescription extinctive de vingt ans. L'organisme de sécurité sociale peut donc recouvrer l'ensemble des prestations indument versées au cours des vingt ans ayant précédé l'action. La décision de la cour d'appel est donc censurée. La Cour de cassation ne renvoie pas l'affaire devant une nouvelle cour d'appel : elle met fin au litige en déterminant elle-même la somme dont est redevable l'assuré.

[51] La capacité à calculer l'indu, et, *a fortiori*, à recouvrer des sommes sur « longue période » est évidemment complexe à mettre en œuvre. Elle est notamment limitée par l'antériorité de l'information disponible dans certains systèmes d'information opérationnels, qui ne disposent que d'une profondeur de deux ou trois ans⁵⁹ et qui ne sauraient disposer d'un historique de 20 ans – pour des raisons tant techniques (liées au poids des informations à stocker⁶⁰) que de protection des droits. Le rappel des règles pourrait être l'occasion d'une réflexion sur les règles elles-mêmes.

Sur les questions de durée de conservation des données

Dans le cadre de sa mission pour le HCFIPS, Jean-Luc MATT a notamment analysé la question de la durée de conservation des données : « *La durée de conservation des données doit être fixée au strict minimum nécessaire à la poursuite des finalités du traitement. Par principe, la conservation générale et indifférenciée de données est regardée comme suspecte au regard de la protection des droits fondamentaux*⁶¹.

La conservation en base active correspond à la durée « normale » de conservation nécessaire à la réalisation de la finalité du traitement ayant justifié la collecte des données. Cette première phase peut être suivie d'une conservation dans une base d'archivage intermédiaire (dénommée « base archive ») pendant laquelle les données personnelles ne sont plus utilisées pour atteindre l'objectif fixé mais présentent encore un intérêt administratif pour l'organisme ou doivent être conservées pour répondre à une obligation légale : les

⁵⁹ S'agissant des CAF et des CPAM.

⁶⁰ Une solution à terme pourrait être de constituer des bases archives où venir récupérer les informations pour calculer les indus frauduleux, mais qui n'enlève rien à la complexité technique du sujet

⁶¹ CJUE, 6 octobre 2020, La Quadrature du Net, C-511/18, dit arrêt Quadrature I.

données peuvent alors être consultées de manière ponctuelle et motivée par des personnes spécifiquement habilitées.

Pour une finalité de lutte contre la fraude sociale, on peut considérer qu'une durée de conservation des données collectées en « base active » doit être en rapport avec les échéances habituelles de contrôle par les organismes, et qu'une conservation en « base archive » peut couvrir toute la durée de la prescription légale (soit 20 ans pour les prestations de sécurité sociale). A l'issue de la durée autorisée de conservation, en « base active » puis le cas échéant en « base archive », les données doivent être effectivement supprimées du traitement ou anonymisées, sans préjudice de leur traitement ultérieur, notamment à des fins archivistiques dans l'intérêt public, à des fins de recherche scientifique ou historique ou à des fins statistiques. Sous réserve de l'archivage définitif des données, le principe de protection des données par défaut⁶² exige de prévoir des modalités techniques permettant l'effacement automatique des données du traitement à l'issue de leur durée de conservation ».

[52] Ces différents points illustrent la nécessité de redonner un sens partagé à toutes ces notions au travers d'une circulaire ministérielle : « une circulaire récapitulative et interprétative, pour l'ensemble de la lutte contre la fraude sociale, devrait être réalisée par la DSS, à destination des réseaux des caisses. Elle pourrait être publiée au sein du bulletin officiel de la sécurité sociale (BOSS), qui a montré tout son intérêt en matière de cotisations et qui gagnerait à être étendu aux prestations »⁶³.

Recommandation n°5 : Élaborer une circulaire récapitulative et interprétative sur la lutte contre la fraude sociale, sous l'égide de la DSS afin d'homogénéiser les pratiques en matière de sanctions et de prescription.

4. PRENDRE EN COMPTE LE PROCESSUS DECLARATIF PAR INTERNET

[53] La qualification de la fraude est un sujet complexe : comme on l'a souligné, l'intentionnalité est au cœur de l'appréciation ; or l'intentionnalité est difficile à prouver.

[54] Pour pouvoir facilement démontrer que l'erreur est intentionnelle et limiter les risques de subjectivité, il est indispensable que les outils informatiques permettent de s'assurer que les éléments déclarés l'ont été « en toute connaissance de cause » par les assurés : pour accompagner le processus déclaratif par internet, les sites doivent impérativement intégrer des mentions que les personnes doivent expressément valider telles que « attention aux conséquences de la modification de telle mention (en explicitant ces conséquences) » ou « oui, j'ai bien pris connaissance de cette information », ou encore demander une déclaration sur l'honneur systématique, dans l'esprit de ce que pratique l'administration fiscale pour la déclaration de revenus.

⁶² cf. article 25 RGPD

⁶³ Voir en annexe proposition de Jean-Luc MATT.

Recommandation n°6 : S'assurer dans la construction des processus déclaratifs sur internet que ceux-ci comprennent des fenêtres permettant de vérifier que l'assuré sait ce qu'il doit déclarer sur chaque typologie de revenus.

5. TRAITER LE SUJET DES ACTIVITES ILLEGALES

[55] L'essentiel des fraudes est identifié et donne lieu à une traduction juridique qui, si elle est perfectible, est néanmoins existante. Un point reste cependant une zone grise : celui des activités illicites.

[56] La presse se fait souvent l'écho de titulaires du RSA – et, par ricochet, de la C2S – par ailleurs trafiquants d'armes ou de drogue et disposant à ce titre de revenus importants. Issus d'activités illicites⁶⁴, ces revenus ne sont, en règle générale⁶⁵, ni déclarés aux administrations, ni accessibles par les croisements de données « classiques » : ainsi, dès lors que ces revenus ne transitent normalement pas par des comptes bancaires – étant en général matérialisés en argent liquide –, leur contrôle par le droit de communication bancaire est inopérant.

Activités illégales et RSA - Quelques extraits de presse

Il touche le RSA et les policiers trouvent 37 000 euros en liquide chez lui : « L'été dernier, des armes sont retrouvées dans [un] véhicule volé avec, dessus, les empreintes d'un homme. Cet individu, âgé de 25 ans, a vu son domicile être perquisitionné (...). Avec de belles découvertes : 37 000 euros d'argent liquide dissimulés dans des sacs plastiques, des produits de luxe pour une valeur de 53 000 euros, plusieurs téléphones et des stupéfiants. Le tout alors que l'intéressé est bénéficiaire du revenu de solidarité active »⁶⁶.

Pays basque : il arrondissait son RSA avec un trafic de cocaïne : « En apparence, le prévenu ne travaille plus depuis un an et demi. Il vit du RSA. Sans être inactif. Cet habitant de Boucau de 26 ans était renvoyé devant le tribunal de Bayonne, ce mercredi 17 mai, pour un trafic de cocaïne. Un commerce local « particulièrement lucratif », selon le parquet »⁶⁷.

⁶⁴ Au sein des activités « occultes », les activités illicites ont un objet qui est, par nature, répréhensible, à la différence des activités qui sont cachées aux autorités administratives, mais qui ont un objet licite, comme le travail au noir.

⁶⁵ Comme le remarquait l'Assemblée nationale en 2009, « si la déclaration d'une activité criminelle ou délictuelle et de ses revenus peut sembler improbable, au moins par un délinquant conscient que tout fonctionnaire doit informer le procureur de la République des crimes et délits dont il a connaissance, en application de l'article 40 du code de procédure pénale, on peut imaginer qu'un contribuable désireux de ne pas ajouter le risque d'un contentieux fiscal aux menaces pénales auquel il est exposé prenne l'initiative de déclarer de tels revenus dans la catégorie ad hoc sans pour autant en qualifier l'origine », Rapport fait par la commission des finances, de l'économie générale et du contrôle budgétaire sur le projet de loi de finances rectificative pour 2009 (n° 2070), et présenté par M. Gilles CARREZ, Rapporteur général, Député.

⁶⁶ 20 minutes, 24.10.2023, Besançon : Chez un bénéficiaire du RSA, les policiers trouvent 37 000 euros en liquide ([20minutes.fr](https://www.20minutes.fr)).

⁶⁷ Sud Ouest, publié le 17.05.2023.

Il percevait le RSA tout en pilotant un juteux trafic de drogue à Nancy : six interpellés : « Six individus ont été interpellés dans le cadre d'un trafic de stupéfiants rue Saint-Nicolas à Nancy. La tête pensante employait des étrangers en situation irrégulière ». ⁶⁸

Seine-et-Marne : un père de famille bénéficiaire du RSA jugé pour trafic de drogue : « Sans emploi et bénéficiaire du revenu de solidarité active (RSA), l'homme aurait eu un train de vie « pas nécessairement » compatible avec de si faibles ressources, selon le parquet ». ⁶⁹

Au RSA, la drogue lui aurait rapporté 90 000 euros par mois : « Après de multiples et minutieuses investigations, les enquêteurs sont parvenus à localiser trois individus qui ont rapidement été identifiés comme étant les rouages de cet important trafic de stupéfiants. (...) Le premier a été arrêté en flagrant délit, avec 900 € sur lui. À son domicile, 70 g d'héroïne ont été retrouvés, ainsi que des produits de coupe et de très nombreux vêtements et objets de luxe, vraisemblablement achetés grâce aux gains de ce juteux business, car ce jeune homme était officiellement au RSA ». ⁷⁰

Besançon : 800 000 € saisis en drogue et argent, les dealers touchaient le RSA : « Les perquisitions à Besançon et dans l'agglomération aboutissent à la découverte de 282 000 € en liquide, 12,7 kg de résine, 4,8 kg d'herbe, 2,6 kg de cocaïne, 6 kg d'héroïne et 3,7 kg de produits de coupe ainsi qu'un pistolet 7,65 mm, un brouilleur de téléphone et 5 véhicules. Des saisies « inhabituelles », indique Étienne Manteaux, qui estime la somme totale à 800 000 €. Les mis en cause ont entre 23 et 35 ans. Sur les six, cinq d'entre eux touchaient le RSA » ⁷¹.

[57] Alors qu'il a été précisé en matière fiscale en 2009, le traitement des activités illicites n'est pas explicité en matière sociale.

[58] Sous l'angle du prélèvement, les produits issus des activités illicites sont soumis à la CSG et la CRDS dans le cadre des dispositions relatives aux contributions sociales sur les revenus du patrimoine, au taux de droit commun correspondant (17,2%). Ils ne le sont pas aux cotisations, quand bien même ils sont fiscalisables au titre des BIC : les personnes pratiquant ces activités illégales ne peuvent être immatriculées au titre de ces activités, et, par suite, aucune cotisation ne peut être appelée.

Un assujettissement à la CSG et à la CRDS des revenus du patrimoine

A l'instar des revenus fiscalisés en application des articles du code général des impôts relatifs au train de vie⁷², des sommes, titres ou valeurs transférés à l'étranger ou en provenance de l'étranger par

⁶⁸ Lorraine Actu, 06.10.2021, [Il percevait le RSA tout en pilotant un juteux trafic de drogue à Nancy : six interpellés | Lorraine Actu.](#)

⁶⁹ Le Figaro, 03.11.2021, [Seine-et-Marne : un père de famille bénéficiaire du RSA jugé pour trafic de drogue \(lefigaro.fr\)](#)

⁷⁰ Le Dauphiné Libéré, 21.01 2017, [VALENCE. Au RSA, la drogue lui aurait rapporté 90 000 euros par mois \(ledauphine.com\)](#)

⁷¹ L'Est républicain 17.12. 2020 Doubs | [Faits divers. Besançon : 800 000 € saisis en drogue et argent, les dealers touchaient le RSA \(estrepublikain.fr\)](#)

⁷² Article 168 du code général des impôts : cet article dispose qu'en cas de disproportion marquée entre le train de vie d'un contribuable et ses revenus, la base d'imposition à l'impôt sur le revenu est portée à une somme forfaitaire déterminée en appliquant un barème à certains éléments de ce train de vie, lorsque cette somme est supérieure ou égale à 50 447 €.

l'intermédiaire de comptes non déclarés⁷³ ou des revenus des contribuables qui se sont abstenus de répondre aux demandes d'éclaircissements ou de justifications de l'administration⁷⁴, les revenus tirés des activités illicites et taxés par l'administration fiscale sont assujettis à la CSG⁷⁵, à la CRDS⁷⁶ et au prélèvement de solidarité aux taux applicables aux revenus du patrimoine (9,2%, 0,5% et 7,5%).

[59] Sous l'angle des prestations, ces mêmes revenus ne sont pris en compte ni pour les droits contributifs (puisque'ils ne sont pas cotisés) ni pour les droits non contributifs : s'agissant des droits non contributifs, ils n'entrent donc pas dans la base ressources, ce qui permet aux intéressés de s'ouvrir des droits. Ces droits ne sont pas rectifiés, même si la personne est condamnée pour trafic de drogue.

Un exemple de traitement des activités illicites dans le cadre du RSA⁷⁷

« Comme prévu par le code de la sécurité sociale, la CAF ne peut pas régulariser le droit aux prestations, en l'absence de détermination du revenu procuré par l'activité illicite ainsi exercée. Cependant, en s'appuyant sur les principaux textes applicables aux pénalités, la CAF peut prononcer une pénalité, dès lors qu'il est constaté que l'allocataire n'a pas déclaré l'intégralité de ses revenus lors de ses échanges avec la CAF. Concernant les affaires signalées [par les autorités judiciaires], la CAF a décidé qu'une pénalité pouvait être prononcée dès lors que le jugement relevait que l'allocataire avait joué un rôle important. La CAF ne pouvant préjuger des ressources perçues, une pénalité de 3000 euros est prononcée. À défaut de remboursement spontané, cette sanction est recouvrée sur les prestations à venir ».

[60] Les revenus issus du trafic de drogue peuvent toutefois, dans certains cas, être indirectement pris en considération si les caisses recourent à une évaluation des ressources en fonction des éléments de train de vie de l'allocataire. Mais cette évaluation est rare et, en tous les cas, complexe.

La prise en compte du train de vie pour les prestations sous condition de ressources

La procédure d'évaluation des ressources selon les éléments de train de vie a pour objectif de mettre un terme à des situations, « *rare mais choquantes* », de personnes pour lesquelles le bénéfice de minima sociaux ou de prestations sociales n'est pas justifié⁷⁸.

L'article L. 553-5 du code de la sécurité sociale dispose que lorsqu'il est constaté par l'organisme local de sécurité sociale, à l'occasion de l'instruction d'une demande ou lors d'un contrôle, une disproportion

⁷³ Article 1649 A, 1649 AA du CGI (« Les versements faits à l'étranger ou en provenance de l'étranger par l'intermédiaire de contrats non déclarés (...) constituent, sauf preuve contraire, des revenus imposables. »), 1649 quater A du code général des impôts.

⁷⁴ Article L. 69 du livre des procédures fiscales : « Sous réserve des dispositions particulières au mode de détermination des bénéficiaires industriels et commerciaux, des bénéficiaires agricoles et des bénéficiaires non commerciaux, sont taxés d'office à l'impôt sur le revenu les contribuables qui se sont abstenus de répondre aux demandes d'éclaircissements ou de justifications prévues à l'article L. 16 ».

⁷⁵ Article L. 136-6 du code de la sécurité sociale.

⁷⁶ Article 15 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale.

⁷⁷ CAF de l'Isère : [20220628-CP-Fraude et politique de contrôle.pdf \(CAF.fr\) 28.06 2022.](#)

⁷⁸ Circulaire DSS/2A n°2008-181 du 6 juin 2008 relative aux modalités d'application de la procédure d'évaluation des ressources selon les éléments de train de vie pour le bénéfice de certaines prestations sociales.

marquée entre, d'une part, le train de vie du demandeur ou du bénéficiaire et, d'autre part, les ressources qu'il déclare, une évaluation forfaitaire des éléments de train de vie est effectuée.

[61] Ce cadre d'intervention est donc globalement peu satisfaisant, d'autant plus que la consommation de drogues représente également un sujet de santé publique, pesant sur les finances de l'assurance maladie : alors que le tabac et l'alcool font l'objet de taxations affectées à la sécurité sociale, il est paradoxal que les activités à la drogue ne contribuent en aucune façon à la couverture du risque. Le HCFiPS suggère de revoir le cadre d'intervention, autour des principes suivants :

- Une taxation des revenus issus des activités illicites, non créatrice de droits : cette taxation pourrait s'appuyer sur les dispositions aujourd'hui applicables en matière de CSG/CRDS, mais avec un recouvrement assuré par les URSSAF et un taux de taxation très majoré ;
- Une récupération des prestations non contributives versées sur la période incriminée, dès lors que la personne a été condamnée et que les revenus issus de son activité illicite ont été établis. Cette récupération peut être opérée sur longue période, dans la limite de la prescription –et donc de 20 ans si l'activité a durablement perduré. La base ressource étant familialisée, la pratique déviante d'un seul des membres du foyer (y compris un mineur) justifierait cette récupération.

[62] Une telle évolution suppose une forte coopération avec l'institution judiciaire et l'administration fiscale, qui doivent être incitées à informer systématiquement les URSSAF et les CAF des condamnations prononcées et des revenus établis en lien avec ces évaluations.

Recommandations n°7 : Créer une base de taxation des activités illicites et systématiser la transmission par la justice et l'administration fiscale aux organismes sociaux des revenus évalués au titre des activités illicites.

■ CHAPITRE 2 - LA FRAUDE SOCIALE. QUELLES DONNÉES ? QUELS RÉSULTATS ?

L'évaluation des fraudes aux finances publiques, et, pour ce qui concerne ce rapport, des fraudes sociales est un sujet auquel les pouvoirs publics accordent une attention très forte, avec récemment, la création du conseil d'évaluation de la fraude : le HCFIPS ne peut que se réjouir de cette évolution : dans son rapport de 2022⁷⁹, il avait appelé à la mise en place d'un comité d'évaluation de la fraude sociale ; il abrite, en son sein, un observatoire du travail dissimulé qui publie, chaque année, une note sur l'impact du travail dissimulé sur les finances sociales.

La mise en place de telles instances –qui permettent d'objectiver le sujet - est importante tant l'impact financier de la fraude sociale est source de grande confusion dans le débat public : évaluation, redressements / détections, recouvrement sont des notions régulièrement mêlées, avec des conséquences problématiques sur le bon positionnement des enjeux.

Ne regarder que l'évaluation (avec 13 Md€ actuellement évalués au titre de la fraude aux prestations et du travail dissimulé) ou les redressements (avec plus de 2 Md€⁸⁰ redressés ou détectés en 2023) peut donner l'illusion d'une recette « miracle : or, l'impact financier de la lutte contre la fraude sur les finances sociales doit s'apprécier sur les recouvrements effectifs ou sur le montant des fraudes évitées.

Les écarts entre évaluation, redressement et recouvrement sont particulièrement forts dans la branche recouvrement où seules 10% des sommes redressées au titre de la lutte contre le travail dissimulé sont recouvrées. Cette limite du recouvrement découle du fait que l'interlocuteur de l'URSSAF est une personne morale susceptible de disparaître rapidement et de la mise en place de mécanismes agiles, qui savent organiser l'insolvabilité des fraudeurs avant que les organismes ne puissent récupérer les fonds⁸¹.

Si les niveaux de recouvrement peuvent s'améliorer⁸², l'insolvabilité des fraudeurs demeurera un sujet difficile – qui incite à penser la lutte contre la fraude différemment : l'enjeu majeur est d'éviter que la fraude ne soit commise, pour maximiser les rendements⁸³ (réduire la prévalence de la fraude de 10% permettrait un gain supérieur à 1Md€, avec, alors, un impact direct sur les comptes⁸⁴). En ce sens, le HCFIPS insiste sur l'importance des travaux d'évaluation qui permettent d'appréhender cette prévalence et d'en mesurer les évolutions.

Dès lors que les fraudes sont commises, c'est la détection qui doit être au cœur des priorités (un meilleur taux de détection, à taux de recouvrement constant, permet d'accroître le

⁷⁹ « Pour des finances sociales soutenables, adaptées aux nouveaux défis ».

⁸⁰ Y compris pénalités pour la branche recouvrement.

⁸¹ Par exemple par le truchement d'entreprises éphémères.

⁸² Le Gouvernement a repris, en ce sens, plusieurs propositions formulées par le HCFIPS dans son rapport sur l'avenir du recouvrement social.

⁸³ Voir chapitre consacré à ce sujet. La prévention de la fraude présente de nombreux autres avantages, notamment en termes d'équité.

⁸⁴ Sous l'hypothèse d'une absence de modification des comportements.

rendement financier des actions de lutte contre la fraude), avec comme enjeu de maximiser le niveau de détection pour dissuader du recours à la fraude.

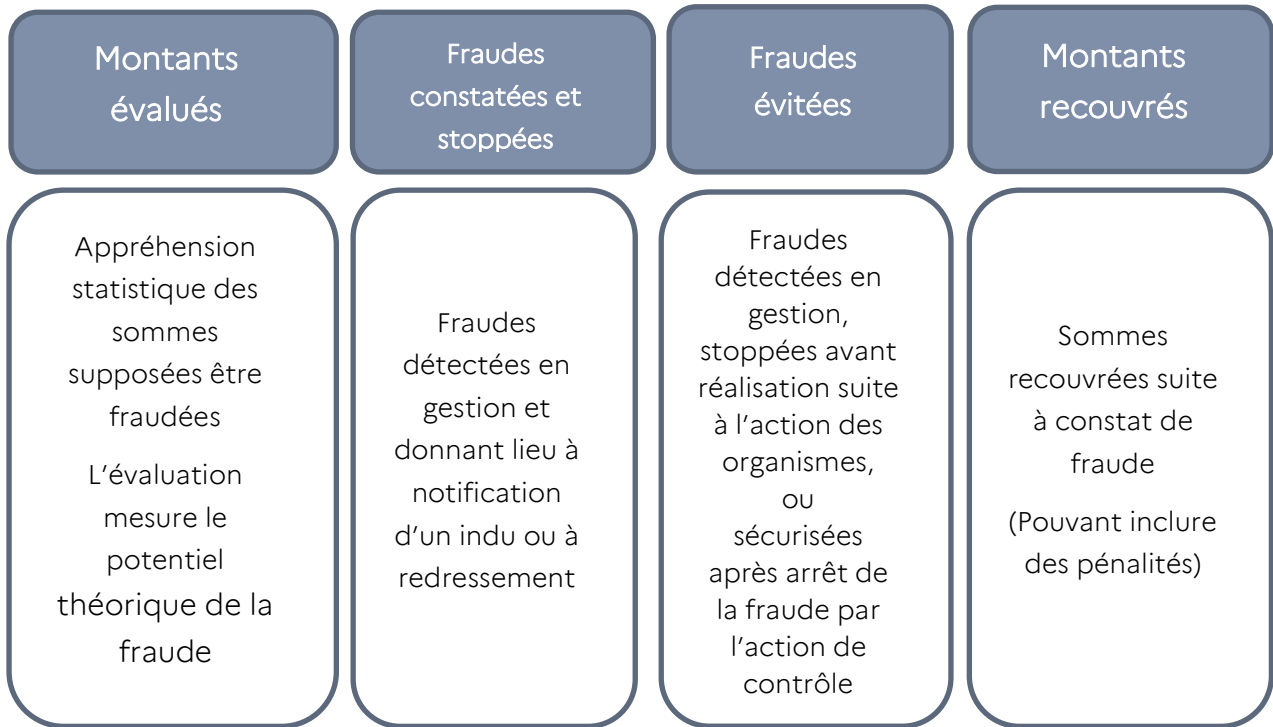
Au plan global, le HCFiPS souhaite insister sur la vision globale qui doit présider à l'appréciation des chiffres de la fraude : la fraude sociale est souvent réduite à la fraude au RSA ou à la fraude à la résidence, ce qui tend à nourrir un discours « anti-pauvres ». Il convient de repositionner le sujet, en appréhendant l'ensemble des sources de fraudes (assurés sociaux, professionnels de santé, entreprises et travailleurs indépendants). En euros, l'enjeu principal porte alors sur les entreprises (environ 60 % de l'évaluation), et le poids des professionnels de santé n'est pas négligeable (près de 10% de l'évaluation). La fraude au RSA représente 1,5 Md € sur l'ensemble de la fraude évaluée, à ce stade au même niveau que la fraude estimée sur les professionnels de santé. Les montants évalués sur les retraites sont très peu significatifs, alors que les fraudes aux « faux centenaires » font souvent la « une » de l'actualité. En taux de manque à gagner, le risque le plus important porte sur les micro-entrepreneurs, comme le HCFiPS l'a déjà souligné à plusieurs reprises.

Au plan plus technique, le document souligne la nécessité d'homogénéiser les concepts, mais aussi le travail extrêmement important mené par les organismes pour documenter le sujet de la fraude et en objectiver les enjeux.

[63] Les concepts financiers relatifs à la fraude sont très souvent source de confusion dans le débat public, mêlant les notions d'évaluation, de redressement ou de détection et de recouvrement.

[64] L'enchevêtrement fréquent de ces éléments conduit à une appréciation souvent erronée de ce que la lutte contre la fraude peut générer au plan financier, les sommes présentées en termes d'évaluation étant souvent considérées comme de nature à réduire fortement, voire annihiler, les déficits publics – et, pour ce qui concerne le présent rapport, le déficit des organismes de protection sociale.

De l'évaluation au recouvrement des sommes : des notions trop souvent mêlées



[65] A titre liminaire, et comme l'a rappelé à plusieurs reprises le Haut Conseil⁸⁵, il convient de rappeler ici que les montants identifiés en termes d'évaluation ne sauraient être assimilés à une « cagnotte », ainsi que le notait, dès 2007, le Conseil des prélèvements obligatoires sur le volet « recettes » : « Certes, la lutte contre la fraude doit permettre de faire rentrer des recettes supplémentaires dans les caisses des organismes publics mais elle ne sera pas suffisante pour ramener à des niveaux plus soutenables les déficits publics. Ceci dépend en effet principalement de l'écart entre le rythme d'augmentation des dépenses et celui des recettes, sur lesquels la fraude ne joue pas en dynamique »⁸⁶.

[66] S'agissant d'activités occultes ou de pratiques illégales, les montants redressés ou détectés⁸⁷ - et *a fortiori* recouvrés- sont nécessairement inférieurs aux montants évalués.

[67] Le présent chapitre revient sur chacune des notions utilisées pour caractériser les enjeux financiers de la fraude avant de synthétiser les chiffres aujourd'hui disponibles.

⁸⁵ Sur la base des travaux du CNIS : CNIS, « La mesure du travail dissimulé et ses impacts pour les finances publiques », 2017.

⁸⁶ Conseil des prélèvements obligatoires, « La fraude aux prélèvements obligatoires et son contrôle », 2007.

⁸⁷ Notions précisées dans la suite du document.

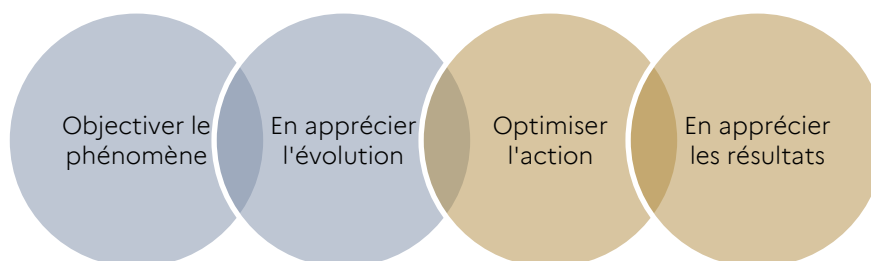
1. L'ÉVALUATION DE LA FRAUDE : DES EFFORTS A PARFAIRE ; UNE COMPREHENSION A AMELIORER

1.1. L'évaluation de la fraude : une nécessité politique et opérationnelle aujourd'hui largement mise en œuvre dans la sphere sociale

[68] L'évaluation de la fraude est une nécessité pour apprécier les résultats de la politique anti-fraude. Elle permet également de cibler les sujets à risque. Elle contribue à un débat public objectif, en hiérarchisant les vrais sujets qui ne sont pas nécessairement les sujets les plus médiatiques. **Le succès ou l'échec de la politique de lutte contre la fraude devrait s'apprécier principalement à l'aune de la réduction des volumes de fraude ou du nombre de fraudeurs plus qu'en fonction du montant des fraudes trouvées.** L'évaluation est au cœur du jugement qui peut être porté sur l'efficacité de la lutte contre la fraude.

[69] Pour autant, l'évaluation de la fraude n'est pas une chose aisée, car il s'agit d'évaluer une activité par nature dissimulée, pour laquelle les approches statistiques habituelles ne sont pas adéquates.

Les grands objectifs de l'évaluation de la fraude



- **Objectiver le phénomène** : très présents dans le débat public, les enjeux financiers de la lutte contre la fraude sont parfois minimisés, souvent fantasmés, rarement objectivés. L'évaluation de la fraude doit permettre de poser les enjeux sur des bases rationnelles, partagées, permettant un débat citoyen pleinement éclairé.

- **Optimiser l'action** : au plan opérationnel, l'évaluation doit permettre de bien orienter l'action, notamment en s'assurant que les zones les plus « fraudogènes » sont bien couvertes par les actions de lutte contre la fraude ; comme le note l'assurance maladie, il s'agit de « *mieux connaître les préjudices financiers, par type de risque, pour mieux les détecter et les sanctionner mais aussi pour renforcer l'ensemble des actions visant à les prévenir* » ; il s'agit également de correctement calibrer les moyens dédiés à la lutte contre la fraude, ceux-ci étant d'autant plus nécessaires que le taux de fraude est élevé.

- **Apprécier les résultats**, en comparant les sommes évaluées et les sommes détectées.

- **Evaluer l'évolution du phénomène au cours du temps**, « *dans une approche dynamique* ».

Le processus d'évaluation de la fraude est désormais quasi-généralisé dans la sphère sociale et permet de couvrir l'essentiel du périmètre des lois de financement de la sécurité sociale

[70] En 2007, le Conseil des prélèvements obligatoires soulignait l'utilité des travaux d'estimation de la fraude et les jugeait « *balbutiants et, en tout état de cause, imprécis* »⁸⁸.

[71] Pionnière sur ce terrain, la branche recouvrement a dès le début des années 2000 engagé des travaux sur l'impact du travail dissimulé. La COG 2006-2009 de l'Acoss matérialisait cet objectif en posant la nécessité d'évaluer l'assiette dissimulée. Cet objectif a été poursuivi et amplifié dans les conventions d'objectifs suivantes⁸⁹. Les autres branches se sont progressivement engagées dans cette voie, avec, en premier lieu, la CNAF qui a produit des évaluations régulières depuis 2010. La CNAM, la CNAV ou France Travail, après des travaux initiés au début des années 2010, mais non poursuivis par la suite⁹⁰, ont relancé leurs évaluations à compter des années 2020⁹¹. La CCMSSA a, quant à elle, initié ses travaux en 2017 et a pu produire annuellement des estimations à compter de 2019.

[72] Aujourd'hui, l'évaluation de la fraude est largement généralisée au sein de la sphère sociale⁹², même si certains régimes, aux impacts financiers moindres que ceux du régime général, restent étrangers à cette démarche (régimes spéciaux, régimes de retraite complémentaire⁹³, caisses de professions libérales, médico-social⁹⁴,...).

[73] Au regard du périmètre de la loi de financement de la sécurité sociale, la principale lacune porte sur les recettes fiscales affectées à la sécurité sociale. Les fraudes aux prélèvements fiscaux affectés à la sécurité sociale ne sont pas prises en compte dans l'évaluation des fraudes sociales, qu'elles relèvent des recettes visant à compenser les allègements de cotisations à l'instar de la TVA, ou des recettes

⁸⁸ Conseil des prélèvements obligatoires, « La fraude aux prélèvements obligatoires et son contrôle », 2007.

⁸⁹ Voir en annexe, l'historique de l'évaluation dans la branche recouvrement, au travers des conventions d'objectifs et de gestion.

⁹⁰ Plusieurs éléments ont justifié cette interruption des évaluations, notamment des questions de coût et de complexité (voir l'annexe sur les grandes phases de l'évaluation) : cette absence d'évaluation a été fortement critiquée par la Cour des Comptes : « La lutte contre les fraudes aux prestations sociales. Des progrès trop lents, un changement d'échelle indispensable », 2020.

⁹¹ Voir, en annexe, les grandes phases de l'évaluation.

⁹² Avec notamment la nouvelle génération de COG. Ainsi la COG 2023-2027 de la CNAV prévoit : « L'Assurance retraite a engagé, à compter de 2021, un processus pérenne d'évaluation statistique du risque de fraude, fondé sur un échantillon large et sur une méthode statistique robuste. Les résultats de ces travaux permettront notamment d'ajuster la stratégie globale de lutte contre la fraude en fonction des situations les plus à risque et de l'enjeu financier afférent. Surtout, ces résultats seront publiés annuellement, en transparence ».

⁹³ Pour Agirc Arrco, le volet cotisations est pris en charge dans l'évaluation de l'URSSAF CN.

⁹⁴ Ainsi que les départements, par exemple sur l'octroi de l'APA ou de la PCH, si l'on raisonne sur le périmètre de la protection sociale. La Cour des comptes remarque ce point : « En 2023, [la CNSA] n'a pas (...) procédé à l'évaluation de la portée financière des fraudes externes ». Certification des comptes du régime général de sécurité sociale (ccomptes.fr).

« propres » comme les droits de consommation sur le tabac ou sur les alcools ou encore les prélèvements sociaux sur les revenus du capital. Ces recettes représentent près de 15% des recettes du régime général⁹⁵.

[74] Si les données d'évaluation qui existent en matière fiscale ou douanière ne couvrent pas l'ensemble de ce périmètre, certaines sont néanmoins aujourd'hui disponibles, suite aux travaux réalisés sur la TVA et sur les droits tabac.

Evaluation de l'impact de la fraude à la TVA

Une fraction de 28,50 % de la taxe sur la valeur ajoutée brute budgétaire⁹⁶, est affectée à concurrence de 23,32 points (soit 50,3 Md€ -prévision pour 2023) à l'assurance maladie, et à concurrence de 5,18 points à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale pour le financement des compensations d'allègements généraux et réductions de taux de l'Unédic et des régimes obligatoires de retraite complémentaire.

Selon une estimation effectuée par l'INSEE en 2022, le montant total de TVA non recouvrée serait compris entre 20 et 26 Md€ pour l'année 2012⁹⁷ pour l'ensemble de la TVA, soit, si l'on applique une règle de trois un manque à gagner potentiel d'environ 6 Md€ pour la sécurité sociale.

Evaluation de l'impact du marché parallèle sur les tabacs⁹⁸

Les droits de consommation sur le tabac sont affectés quasi intégralement à la CNAM. Ils rapportent près de 14 Md€ à l'assurance maladie⁹⁹.

La perte de recettes fiscales issues des achats réalisés hors du réseau des buralistes (que ces achats soient légaux ou illégaux) a fait l'objet de différentes évaluations, notamment, en 2021, par la commission des

⁹⁵ Voir annexe sur l'évolution des recettes par type d'assiette économique.

⁹⁶ Déduction faite des remboursements et restitutions effectués pour l'année en cours par les comptables assignataires.

⁹⁷ QUANTIN Simon, WELTER-MÉDÉE Cécile, *Estimation des montants manquants de versements de TVA: exploitation des données du contrôle fiscal*, INSEE, 2022.

⁹⁸ Le marché parallèle recouvre des comportements légaux, avec les achats effectués à l'étranger (achats transfrontaliers, soit le fait d'acheter des cigarettes dans un pays voisin de la France et d'acquitter les taxes exigibles dans ce même pays voisin ; achats touristiques : soit le fait d'acheter un produit dans un pays non voisin et de payer les taxes dans ce pays ; achats en *duty free*, dans un État tiers) et des comportements illégaux : la « petite contrebande » (achats réalisés par des particuliers dans des pays où la fiscalité et les prix du tabac sont moins élevés, pour importer des quantités de tabac dépassant les seuils autorisés) ; la contrebande à grande échelle (achat de grandes quantités de tabac au sein de circuits commerciaux illicites, sans s'acquitter des taxes) ; la contrefaçon (production illégale de cigarettes en copiant les marques légales ou en créant des marques de toutes pièces (nommées « *illicit whites* ») en vue d'alimenter des réseaux de distribution illégaux). « *Par définition ces achats, qu'ils soient légaux ou illégaux, ne peuvent pas être retracés avec précision, ce qui génère, outre une difficulté pour mesurer l'ampleur du marché parallèle, un obstacle pour estimer la part prise par chacun des comportements de contournement en son sein* ». Rapport

⁹⁹ 13,7 Md€ en 2022. Les droits de consommation sur le tabac sont affectés à hauteur de 99,5% à la CNAM et de 0.5% au régime d'allocations viagères des gérants de débits de tabac (L131-8 CSS). Par ailleurs s'ajoute au droit de consommation une recette de plus de 3 milliards d'euros (3,2 milliards d'euros en 2019) abondant le budget général de l'État au titre de la TVA.

finances de l'assemblée nationale¹⁰⁰. Cette évaluation met en lumière une perte de recettes fiscales comprise entre 2,5 et 3 Md€ par an, dont environ 2 Md€ au titre du droit de consommation¹⁰¹.

L'estimation de ces pertes est confortée par la récente étude de l'INSEE qui évalue au moins à 9,5% la consommation de tabac provenant de l'étranger¹⁰².

[75] Il est indispensable d'intégrer ces éléments dans l'évaluation pour disposer d'une bonne compréhension des enjeux des fraudes sociales sur les équilibres financiers de la sécurité sociale¹⁰³.

[76] Il est à noter, bien que dans une bien moindre mesure, que certaines recettes fiscales recouvrées par les Urssaf ne font pas non plus l'objet d'une évaluation à ce stade¹⁰⁴.

Recommandation n°8 : Mettre en œuvre une évaluation de la fraude sur les recettes fiscales affectées à la sécurité sociale et l'intégrer dans l'évaluation des fraudes sociales.

Si l'essentiel des organismes sociaux procèdent désormais à des évaluations et si le champ de cette évaluation est désormais très large, certains domaines restent à couvrir¹⁰⁵.

[77] Alors que la CNAV et la CNAF couvrent la quasi-totalité des prestations qu'elles servent¹⁰⁶, la CNAM monte en charge progressivement sur un périmètre qui, en prévision, est programmé pour couvrir à terme la quasi-totalité des prestations servies.

[78] La branche recouvrement couvre pour sa part un champ large de cotisations, avec une évaluation qui porte, depuis l'origine, sur la quasi-totalité du secteur privé. Sur ce périmètre, l'évaluation ne couvre généralement pas les structures qui

¹⁰⁰ Assemblée Nationale, commission des finances, de l'économie générale et du contrôle budgétaire en conclusion des travaux d'une mission d'information relative à l'évolution de la consommation de tabac et du rendement de la fiscalité applicable aux produits du tabac pendant le confinement et aux enseignements pouvant en être tirés, M. Eric WOERTH et Mme Zivka PARK, co-rapporteurs.

¹⁰¹ D'autres évaluations, recensées dans le rapport, aboutissent à des ordres de grandeur proches (voir annexe).

¹⁰² *Les approvisionnements à l'étranger représentent au moins 9,5% des ventes de tabac en France*, INSEE, 2024.

¹⁰³ En faisant, le cas échéant, un traitement différencié pour les recettes affectées dans des logiques de compensation et les recettes « propres ». S'il apparaît en effet tout à fait légitime d'inclure les pertes associées aux recettes propres de la sécurité sociale dans les manques à gagner subis par la protection sociale du fait des fraudes, le point peut être discuté pour les recettes compensant des allègements, dont le niveau d'affectation a été calibré pour équilibrer les cotisations perdues.

¹⁰⁴ Taxe de solidarité additionnelle, taxes sur les médicaments et dispositifs médicaux, et taxe sur les véhicules de sociétés, ...

¹⁰⁵ Voir en annexe le tableau retraçant l'ensemble des champs couverts et non couverts.

¹⁰⁶ Ainsi, le champ d'analyse de la CNAF couvre 79,1 Md€ au titre de 2020. France Travail couvre un périmètre large (99% des prestations servies), mais sur deux techniques de fraudes : les périodes d'activité non-déclarées (catégorie prépondérante de fraude à France Travail) et les emplois fictifs.

dissimulent totalement leur activité¹⁰⁷ ; elle ne couvre que très marginalement la dissimulation partielle d'activité : dès lors que l'ensemble des éléments consultés par les inspecteurs¹⁰⁸ est cohérent, il est aujourd'hui difficile d'identifier une activité partiellement déclarée au travers du contrôle comptable d'assiette ; les opérations réalisées dans le cadre de la LCTI permettent d'interroger des salariés et d'identifier des sous-déclarations mais uniquement si les salariés s'expriment sur ce point. Or cette expression est, à dire d'experts, rare¹⁰⁹.

[79] Le champ de l'évaluation effectuée par la branche recouvrement s'est élargi progressivement aux micro entrepreneurs et aux travailleurs indépendants (hors praticiens et auxiliaires médicaux¹¹⁰), sans qu'il soit possible à ce stade de distinguer, sur ce périmètre notamment, les sous-déclarations intentionnelles ou non intentionnelles¹¹¹.

[80] Par ailleurs, une part des cotisations recouvrées par les URSSAF demeure hors champ de l'évaluation, comme les particuliers employeurs ou, s'agissant du contrôle comptable d'assiette, le secteur public¹¹². Les activités illégales, comme la vente de drogue, sont *a fortiori* ignorées.

[81] **Le HCFiPS souhaite souligner l'importance des travaux menés par les organismes. Il ne peut qu'inciter à poursuivre les évaluations, sur un périmètre de plus en plus exhaustif.**

[82] Afin de garantir la totale transparence du débat public sur ce sujet, il estime qu'un indicateur permettant d'identifier les périmètres couverts par le champ de

¹⁰⁷ La plupart des campagnes de contrôles aléatoires repose sur un tirage d'établissements dans le fichier des établissements disposant d'un compte employeur ; seuls les contrôles aléatoires LCTI portant sur les secteurs de la construction (2013) et du transport routier (2016) dérogent à ce principe. Par définition, cette méthodologie exclut la détection d'activités totalement dissimulées (absence d'immatriculation) ainsi que les travailleurs indépendants ne déclarant pas de salarié (puisqu'ils n'ont pas de compte employeur). Ces éléments ne sont pas pris en considération dans l'évaluation.

¹⁰⁸ Documents sociaux : déclaration sociale nominative, bordereaux de cotisations, déclarations de régularisation annuelle, bulletins de salaires, dossiers du personnel, contrats de travail... ; documents comptables : bilans, grands livres comptables, balances comptables, fichier des écritures comptables... documents fiscaux : liasses fiscales, avis d'imposition, ... documents juridiques : statuts des sociétés, transactions, jugements de conseils de prud'hommes, ... factures des sous-traitants et honoraires, ou factures émises par un travailleur indépendant justifiant de son chiffre d'affaires ou de ses recettes, justificatifs de frais (notes de restaurant, certificat d'immatriculation des véhicules,...).

¹⁰⁹ De plus, les contrôles aléatoires ne prennent pas en compte les travailleurs indépendants sans salarié déclaré.

¹¹⁰ Mais également hors travailleurs indépendants employeurs et hors travailleurs indépendants sans revenu déclaré, ce qui réduit de 15% la population de tirage sur le champ concerné (et de 1% les cotisations déclarées).

¹¹¹ Pour les travailleurs indépendants, l'évaluation est effectuée à partir de contrôles aléatoires sur pièces, par définition moins poussés que les contrôles comptables d'assiette réalisés sur place et, par définition, non adaptés à la détection du travail dissimulé. Pour les micro entrepreneurs, l'évaluation est complétée par un « zoom » sur les micro entrepreneurs intervenant sur des plateformes, par mobilisation des déclarations que les plateformes doivent effectuer auprès de la DGFiP, déclarations que les URSSAF comparent à celles effectuées par les micro-entrepreneurs eux-mêmes.

¹¹² Le service public pris dans son ensemble (tous les cotisants dits « de catégorie 8 ») est exclu des contrôles aléatoires.

l'évaluation doit être mis en place, permettant ainsi de valoriser le travail des organismes et d'en mesurer la dynamique.

[83] S'agissant plus particulièrement de la branche recouvrement, le HCFiPS souhaite insister sur la nécessité de travailler à la prise en compte de la sous-déclaration. En effet, les comportements de dissimulation partielle et de dissimulation totale d'activité ou d'emploi salarié diffèrent et supposent une approche spécifique. La CCMSA développe des modèles en ce sens¹¹³.

[84] Enfin, même s'il est très difficile de mener une évaluation sur des phénomènes aussi complexes, la prise en compte des activités totalement dissimulées et, *a fortiori*, des activités illégales doit faire l'objet d'une réflexion spécifique. Ce sujet vaut tant pour les organismes de recouvrement (pas de cotisations recouvrées dans ce cadre) que pour les caisses en charge des prestations (prestations sous condition de ressources versées alors que des personnes disposent de revenus issus de ces activités illégales). Il renvoie à la question de la prise en compte juridique desdites activités – point traité dans le chapitre 1.

Recommandation n°9 : Poursuivre les travaux d'évaluation sur les champs non couverts, notamment les établissements de santé, secteur médico-social, travailleurs indépendants.

Recommandation n°10 : Mettre en place un indicateur mesurant le degré de complétude du champ couvert par l'évaluation.

Recommandation n°11 : Mieux prendre en compte la dissimulation partielle d'activité dans le champ de l'évaluation de la branche recouvrement.

Recommandation n°12 : Engager des travaux sur la prise en compte des activités illégales dans l'évaluation de la fraude sociale.

1.2. Une évaluation qui mobilise des techniques complexes et peine à mesurer la dynamique de la fraude

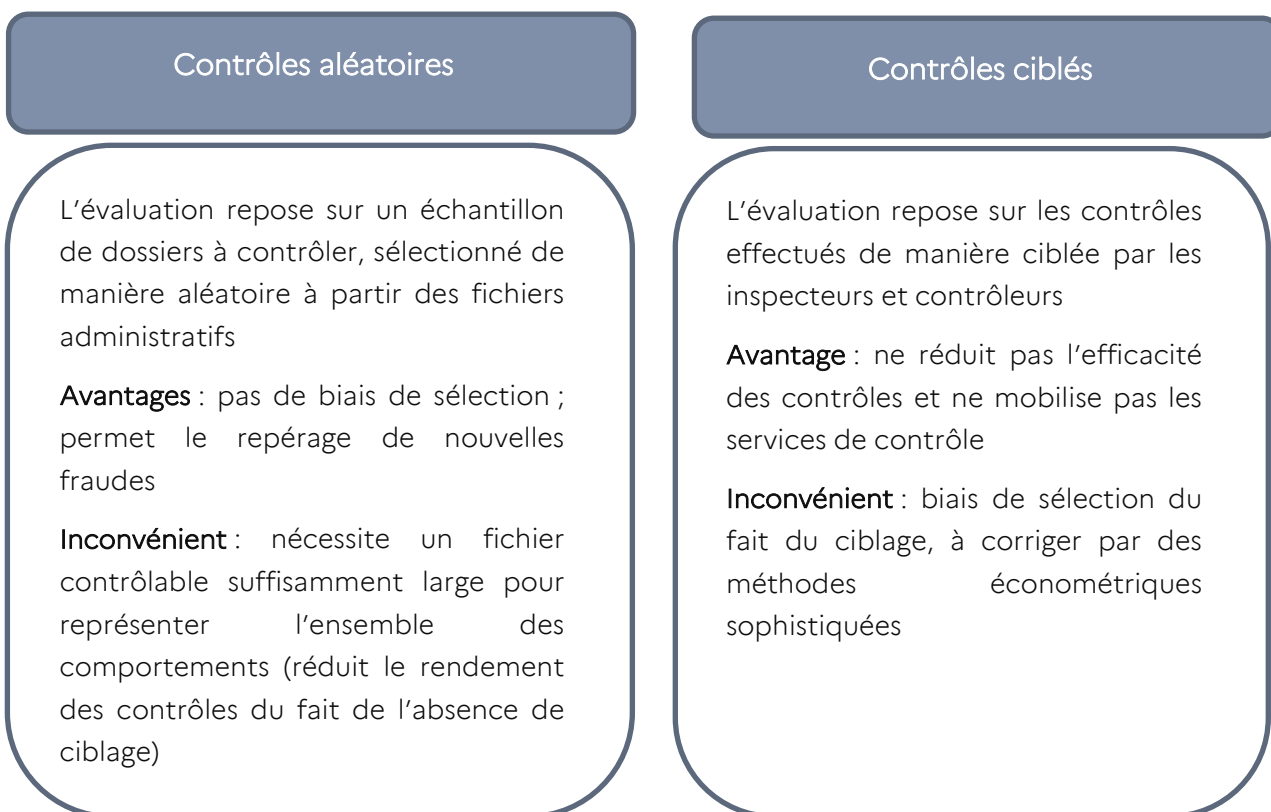
Une évaluation par nature complexe

[85] Par nature, l'évaluation de la fraude est complexe, puisqu'elle recherche des phénomènes dissimulés, qui ne sont pas retracés dans les systèmes déclaratifs, à la source habituelle des estimations. Elle suppose un investissement fort des organismes, avec un temps de conception important, notamment pour effectuer le choix de la méthode la plus pertinente.

¹¹³ Voir note méthodologique en annexe.

[86] A grands traits¹¹⁴, l'évaluation peut être effectuée soit à partir de contrôles aléatoires, soit à partir de contrôles ciblés.

Les deux grandes familles de méthodes d'évaluation – présentation schématique¹¹⁵



[87] Ces différentes méthodes sont utilisées par les organismes, selon les sujets, en fonction notamment de leur capacité à effectuer des contrôles aléatoires sur tel ou tel pan de leur activité. Sauf à avoir un ciblage très défailant, les contrôles aléatoires sont normalement de plus faible rendement que les contrôles ciblés ; multiplier les contrôles aléatoires fait donc baisser l'efficacité des contrôles. Inversement, disposer d'un trop faible nombre de contrôles aléatoires ne permet pas de garantir la robustesse statistique de l'évaluation : les organismes peuvent se trouver dans cette situation lorsque le volume de contrôles est contraint en raison à la fois de la taille de la population et des moyens dédiés ; dans ces cas, seule la prise en compte des contrôles ciblés est envisageable, en appliquant des stratégies de redressement adaptées pour corriger les biais de sélection et de détection¹¹⁶. Il en est de même

¹¹⁴ Parmi les méthodes dites « ascendantes ». Voir en annexe, présentation par la Cour des Comptes des différentes méthodes.

¹¹⁵ Voir en annexe un descriptif des différentes méthodes utilisées.

¹¹⁶ Il est à noter que, pour être dénué de biais, l'usage de contrôles aléatoires doit avoir été pensé dans une logique d'évaluation. À défaut, l'utilisation de contrôles aléatoires peut ne pas garantir la représentativité de l'échantillon : cela a été le cas par exemple des contrôles aléatoires utilisés par l'URSSAF s'agissant des travailleurs indépendants et des micro entrepreneurs : « Les contrôles aléatoires opérés sur ce champ n'ont pas été « construits » dans une optique

lorsque les comportements à mesurer sont très hétérogènes impliquant un volume de contrôles très important. Il est donc tout à fait logique que plusieurs méthodes coexistent.

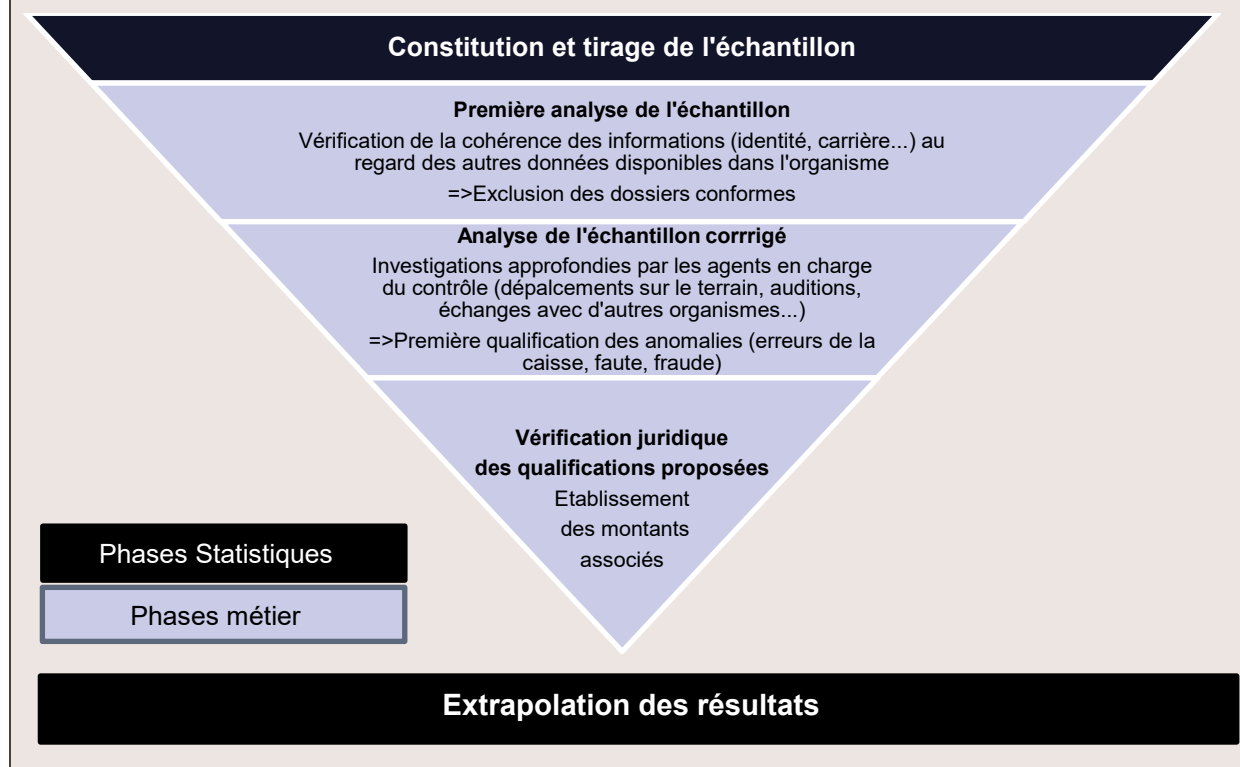
[88] **Aucune méthode n'est parfaite.** Afin d'éviter que ces différences de méthode ne soient suspectées de vicier les résultats, l'un des enjeux est d'assurer la transparence de la méthode et d'en justifier le choix. Si les discussions sur les méthodes sont légitimes, **le HCFiPS souhaite surtout souligner l'importance de leur stabilité** : la comparaison des résultats dans le temps n'est envisageable que si elle n'est pas perturbée par une modification régulière des techniques d'évaluation.

Recommandation n°13 : Assurer la transparence et la stabilité des méthodes d'évaluation.

Un processus d'évaluation, par construction, relativement long

[89] **La mise en place de ces méthodes est un processus long et complexe**, associant généralement services statistiques, services en charge de la lutte contre la fraude et métier, processus qui peut être illustré au travers du dispositif mis en place par la CNAV. Il est d'autant plus long et complexe qu'il est géré « de bout en bout », jusqu'à la qualification juridique de la fraude.

d'évaluation. Il s'agissait en effet en premier lieu de contribuer au développement de l'activité du contrôle sur des populations de cotisants jusqu'alors peu connues par les URSSAF (et donc peu adaptées à une approche de ciblage par risque). Aussi, les populations de tirage ne couvrent qu'une partie du champ, le périmètre des contrôles ayant été restreint selon divers critères (notamment l'ancienneté de l'immatriculation et des déclarations passées). Ces critères ont par ailleurs évolué au fil des campagnes. Les contrôles aléatoires ne sont pas conséquent pas représentatifs de l'ensemble de la population des travailleurs indépendants ». Partant de ce constat, l'URSSAF s'est donné pour objectif de rendre les campagnes de contrôle aléatoire « moins restrictives et donc plus adaptées à l'évaluation ». HCFiPS, Observatoire du travail dissimulé – Réunion du 18.11.2021, 2021. Ainsi alors que le plan de contrôle des micro-entrepreneurs de 2018 couvrait 69% des cotisations 2017, celui de 2021 couvre 93% de l'ensemble des cotisations liquidées en 2020. Voir pour plus de détails sur cette évolution HCFiPS, Observatoire du travail dissimulé – Réunion du 10.11.2022, 2022.



[90] Lorsque le dispositif repose sur les contrôles réalisés, il est nécessaire de prendre des années de référence assez éloignées pour ne pas sous-estimer le taux de redressement : en effet, le temps d'instruction d'un dossier de fraude est long, « jusqu'à plusieurs années entre la détection, les investigations, la qualification du préjudice et l'engagement des éventuelles suites contentieuses, et ce avant sa clôture. Un recul important est donc nécessaire afin d'observer les éventuelles suites contentieuses données aux signalements et disposer d'un plus large éventail de situations (sans suite, suites contentieuses et leurs natures). Ainsi, le fait de considérer une année d'activité trop récente pourrait engendrer une sous-estimation du taux de rendement»¹¹⁷.

Un processus qu'il a été jusqu'ici difficile de reproduire régulièrement

[91] Seule la branche famille a procédé régulièrement à une réévaluation globale de la fraude.

[92] Après avoir fait une évaluation sur un prisme large au milieu des années 2010, la branche recouvrement a affiné chaque année son évaluation sur des secteurs spécifiques et met à jour son évaluation globale au fil de l'eau à mesure que de

¹¹⁷ CNAM Note au HCFiPS - juin 2023 – C'est pourquoi, les évaluations de la fraude s'opèrent sur les années de référence 2018 et 2019.

nouveaux secteurs sont contrôlés aléatoirement¹¹⁸. En 2022, une évaluation sur prisme large permet une évaluation mise à jour sur l'ensemble des secteurs contrôlés en 2011-2012 ; près de 10 ans se seront donc écoulés entre les deux évaluations. Dans l'intervalle, l'évolution des montants de fraude est donc pour une grande part le reflet de l'évolution de la masse salariale, puisque la fraude est estimée en appliquant le taux de fraude réajusté annuellement en fonction des évaluations sectorielles à la masse salariale : avec la crise covid et la contraction de la masse salariale, le montant de la fraude a diminué ; avec la reprise d'activité postérieure à cette crise, il a augmenté.

[93] La CNAF procède différemment, avec une évaluation qui a été longtemps annuelle –qui est désormais bisannuelle- sur l'ensemble de son périmètre.

[94] Dans la feuille de route adressée le 9 décembre 2020 par les ministres au directeur de la sécurité sociale¹¹⁹, les caisses nationales doivent désormais produire une **estimation chiffrée régulière de la fraude**¹²⁰, afin de permettre un suivi longitudinal aujourd'hui largement impossible. La CNAM devrait ainsi réévaluer les évaluations en cours entre 2024 et 2027.

[95] Cette production permettra de suivre la dynamique des fraudes, le cas échéant de questionner l'efficacité des méthodes de détection (par exemple si le montant de fraude évalué continue d'augmenter alors que des moyens très importants ont été mis en place pour juguler cette progression¹²¹). **Cette dynamique devrait, toutes choses égales par ailleurs¹²², être logiquement orientée à la baisse dès lors que des mesures de prévention de la fraude sont mises en place.** Ainsi, la mise en place du DRM dans la branche famille devrait permettre de réduire les anomalies sur les revenus d'activité aujourd'hui très présentes dans les prestations sous condition de ressources¹²³. **Le suivi de ces évolutions est donc tout à fait nécessaire, notamment pour juger de l'efficacité des mesures de prévention.**

Recommandation n°14 : Mettre en place un indicateur permettant d'apprécier dans le temps l'évolution du taux de fraude.

¹¹⁸ BTP en 2013, Gardiennage en 2014, Transport routier en 2015 et 2016, Cafés restaurants en 2017, Réparation automobile en 2018). Pour autant, l'intégration de ces campagnes sectorielles n'a pas sensiblement modifié les taux initiaux (taux compris entre 2,2% et 2,6% en 2012, entre 2,2 et 2,7% en 2021) Voir HCFIPS, Observatoire du travail dissimulé – Réunion du 10.11.2022.

¹¹⁹ Courrier des ministres du travail, des solidarités et de la santé et des comptes publics.

¹²⁰ *A priori* tous les deux ans.

¹²¹ On peut remarquer que les méthodes qui reposent sur le redressement des contrôles sont sans doute moins efficaces sur ce point, dans la mesure où elles prennent en compte des périodes anciennes, comme évoqué ci-dessus.

¹²² Sauf si la prévalence de la fraude s'accroît.

¹²³ En gardant à l'esprit le décalage entre la période d'observation et la période de diffusion de l'évaluation : ainsi, si le DRM était déployé en 2025, les effets en seraient observés en 2027 pour l'évaluation.

Des concepts parfois différents, en lien avec la nature de l'activité

[96] Plusieurs notions sont utilisées pour approcher le phénomène de fraude dans les caisses prestataires : la fraude au sens strict, caractérisée par l'intentionnalité de l'irrégularité ou de l'omission, la faute, qui traduit une irrégularité ou une omission dont l'intentionnalité n'est pas démontrée, l'abus, concept qui regroupe des pratiques outrepassant des niveaux acceptables. Ces différences découlent pour l'essentiel très directement du traitement juridique du sujet (voir chapitre 1)¹²⁴.

[97] Le recouvrement ne s'inscrit pas dans le même cadre que les prestations : les organismes de recouvrement se réfèrent dans les travaux d'évaluation, non à la nature de l'anomalie, mais aux techniques de contrôle mobilisées, à savoir la lutte contre le travail dissimulé, d'une part, le contrôle comptable d'assiette, d'autre part. Si les redressements au titre du travail dissimulé relèvent, sans conteste, de la notion de fraude, ceux relatifs au contrôle comptable d'assiette sont plus ambigus¹²⁵.

Les pénalités en matière de contrôle comptable d'assiette (CCA)

Comme précisé sur le site de l'URSSAF, un contrôle URSSAF ne vise pas à sanctionner l'entreprise mais à rétablir la situation telle qu'elle aurait dû être déclarée, afin de garantir les droits sociaux et une saine concurrence entre les acteurs économiques : « le droit à l'erreur se traduit par l'absence de sanctions : il n'y a pas de pénalités appliquées lorsque ce droit s'applique. En revanche, absence de pénalité ne signifie pas absence de redressement. En effet, un redressement n'est pas une sanction. Il permet simplement de rétablir le montant des cotisations qui auraient dû être versées »¹²⁶.

Le principe est donc celui de l'absence de sanction dans le cadre du CCA. Pour autant, dans certaines situations, des pénalités peuvent s'appliquer : quand l'action de CCA est transformée en action de lutte contre le travail dissimulé d'une part, mais aussi en cas de réitération de l'erreur : « La majoration pour réitération est applicable en cas de répétition d'une erreur ayant déjà fait l'objet d'une observation. Si, dans le délai de 6 ans à compter de la date de la mise en demeure ou de la date de réception des observations pour l'avenir du contrôle précédent [l'entreprise n'a] pas pris en compte ces observations et que des observations identiques sont notifiées à l'issue du (...) contrôle, la part du montant du redressement résultant du manquement précédemment constaté est majorée de 10 % »¹²⁷.

[98] Une partie du contrôle comptable d'assiette devrait logiquement être « rapatriée » dans les évaluations relatives à la fraude, alors que l'autre correspond à un

¹²⁴ Certains organismes recourent à des notions qui ne font pas référence à l'intentionnalité. Ainsi, France Travail aborde la fraude avec un « proxy » (une intentionnalité « présumée »), considérant que la non déclaration de salaires alors que l'assuré perçoit simultanément des allocations et des salaires révèle une intention frauduleuse lorsqu'elle excède une certaine durée. De même, la CNAM, pour la C2S estime « frauduleux » les dossiers dans lesquels il est constaté que les ressources réellement perçues sont supérieures à 3 fois les plafonds de la complémentaire santé solidaire.

¹²⁵ Les évaluations relatives aux micro-entrepreneurs ou aux travailleurs indépendants ne peuvent par ailleurs être classées ni dans l'une ni dans l'autre de ces catégories : comme on l'a vu notamment pour les micro-entrepreneurs, les évaluations reflètent les anomalies recensées au travers de contrôles aléatoires, sans que l'intentionnalité de l'anomalie ne soit recherchée dans le processus.

¹²⁶ Régularisation et droit à l'erreur - URSSAF.fr

¹²⁷ Charte du cotisant contrôlé.

manque à gagner involontaire, généré notamment par la complexité de la réglementation. La branche recouvrement engage des travaux sur ce sujet, afin de tenter de mieux segmenter, au sein du contrôle comptable d'assiette, ce qui relève de la fraude et de l'erreur.

Recommandation n°15 : Travailler sur la distinction entre ce qui relève de la fraude et de l'erreur au sein du contrôle comptable d'assiette.

[99] Subsidiairement, sauf pour les branches recouvrement et famille¹²⁸, les données n'intègrent pas les rectifications favorables aux assurés ou aux allocataires que certains contrôles peuvent conduire à identifier (par exemple si l'allocataire déclare son revenu brut en lieu et place de son revenu net ou s'il omet de déclarer un membre de famille dépourvu de ressources...?). Dans une logique de « juste droit », ces rectifications pourraient être valorisées dans le cadre de l'évaluation.

Recommandation n°16 : Valoriser, dans l'évaluation, les rectifications favorables aux usagers du service public dans la logique du « juste droit ».

1.3. Un renouvellement nécessaire des axes d'analyse de l'évaluation

[100] Les travaux sur l'évaluation ne donnent pas lieu à une analyse transverse des origines de la fraude, ni sous l'angle des agents économiques à l'origine de la fraude, ni sous l'angle de la nature des fraudes.

[101] Dans un contexte où les fraudes sociales sont souvent assimilées aux fraudes générées par les personnes en situation de précarité, il est nécessaire de se doter d'une vision d'ensemble de la fraude, en distinguant les trois grands « publics » à l'origine potentielle des fraudes sociales : les entreprises et les travailleurs indépendants – responsables du juste versement des cotisations et donc du financement du système, les professionnels de santé –ordonnateurs d'une part importante de la dépense- et les assurés –bénéficiaires finaux du dispositif. De premiers éléments calés sur cette démarche seront présentés dans la suite de ce chapitre. Ils permettent de rééquilibrer une vision par trop unilatérale orientée sur les seuls bénéficiaires de prestations.

Recommandation n°17 : Présenter les évaluations par grandes catégories d'acteurs économiques (entreprises / professionnels de santé / assurés).

¹²⁸ Il est à noter que la branche famille valorise systématiquement les rappels de droits réalisés dans le cadre de son action de contrôle. Ainsi, en 2023, elle a détecté 1,58 md€ au travers du contrôle, constitué d'1,18 md€ d'indus et de 403 M€ de rappels.

[102] Par ailleurs, les fraudes sont généralement présentées par acteur (par exemple, masseurs kiné, médecins, pharmaciens...) ou par prestations (RSA, prime d'activité, CMU...). Aucune présentation n'est effectuée, pour les allocataires et pour les assurés, en fonction de l'origine matérielle de la fraude (fraude à la résidence, fraude aux revenus...)¹²⁹. Cette absence d'élément sur l'origine de la fraude présente plusieurs inconvénients. Elle ne permet pas d'objectiver les principales zones de risque, à la fois pour chacune des branches, mais aussi globalement, pour l'ensemble de la protection sociale. Elle ne permet pas non plus de piloter finement l'action. Ainsi, le DRM devrait logiquement réduire les anomalies sur les revenus : il serait très utile de pouvoir identifier sur l'ensemble des branches concernées une baisse éventuelle des fraudes évaluées sur ce chef de redressement.

Recommandation n°18 : Présenter, pour les allocataires et les assurés, les évaluations en fonction de l'origine matérielle de la fraude (résidence, revenus,...)¹³⁰.

1.4. Détection, redressements et recouvrement : des indicateurs de gestion, aux contours parfois différents selon les organismes

[103] Si l'évaluation est centrale dans l'analyse du succès ou de l'échec de la politique de lutte contre la fraude, les autres indicateurs (redressements, recouvrement) permettent de mesurer l'action concrète des caisses.

Fraude subie, fraude évitée : homogénéiser les approches

[104] Les indicateurs de détection ou de redressement permettent de mesurer l'efficacité de l'action des caisses – et notamment leur capacité à bien cibler les zones de fraudes et à trouver les bons outils de détection : à effectif et taux de fraude constants, une augmentation du taux de détection ou de redressement illustre une meilleure capacité des organismes à débusquer les comportements fraudogènes.

[105] Pour l'appréciation des montants détectés (terminologie des caisses prestataires) ou redressés (terminologie du recouvrement), deux grandes approches coexistent :

¹²⁹ A l'exception de France travail. Voir annexe sur le périmètre de l'évaluation.

¹³⁰ La CNAF souligne qu'une telle évolution suppose une modification de sa méthodologie, la CNAM précise que cela peut être complexe si le volume de données est insuffisant.

certains enregistrent uniquement les préjudices subis (CNAF, URSSAF); d'autres intègrent les préjudices subis et évités¹³¹.

Préjudices subis et évités

Préjudice subi - préjudice évité : quels organismes utilisent ces notions ?								
	CNAF	CNAM	CNAV	Pôle emploi	Agirc ARRCO	Urssaf	CCMSA Prestations	CCMSA Cotisations
Préjudice subi	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
Préjudice évité	NON (1)	OUI	OUI	OUI	OUI	NON	OUI	NON

(1) 'Le préjudice évité n'est pas mesuré pour le risque famille. La notion commence à être utilisée uniquement sur le champ des fraudes au RIB (périmètre RSA et AAH)

[106] Cette différence d'approche modifie sensiblement la vision que l'on peut avoir des montants redressés, dès lors que l'introduction des préjudices évités peut fortement accroître les montants considérés, tout particulièrement dans des branches comme la retraite où les prestations sont servies pour une longue période¹³².

[107] Le HCFiPS souhaite souligner que l'intégration dans le calcul du préjudice évité permet de pleinement valoriser l'action des caisses –qui a notamment pour objectif d'éviter que la fraude ne se concrétise. Elle devrait progressivement être généralisée à l'ensemble des caisses prestataires. La valorisation de la fraude évitée est d'ailleurs un des objectifs de la COG CNAF 2023-2027 : « D'une manière générale, la Branche mesure la seule fraude détectée dans le cadre de son action, et non le préjudice évité. Elle déploiera donc une méthode de calcul scientifique permettant de valoriser mieux le préjudice évité sur le début de la période conventionnelle ».

[108] Cette généralisation de l'approche doit être l'occasion de garantir une méthode de valorisation cohérente entre les différentes branches (valorisation en fonction de l'espérance de vie de la personne, de la durée des droits « acquis » ...). Ce travail d'homogénéisation doit être effectué parallèlement à la mise en place de ces notions à la CNAF.

Recommandation n°19 : Généraliser l'estimation du préjudice évité et profiter de cette généralisation pour disposer d'approches homogènes entre branches ; assurer une transparence sur les notions retenues.

[109] La généralisation de la prise en compte du préjudice évité pose la question de la pertinence de cette notion dans la branche recouvrement : elle ne semble pas y être

¹³¹ Au-delà de cette différence, d'autres éléments peuvent brouiller la lecture : s'ajoutent aux notions de préjudice subi / évité d'autres concepts, comme celui « d'économies » ou celui d' « indus suspectés de fraudes » ; les pénalités ou sanctions sont, ou non, prises en compte dans l'évaluation du préjudice ; par ailleurs le périmètre affiché au titre des préjudices subis / évités peut diverger de celui de l'évaluation (par exemple au sein des REPSS qui excluent les activités abusives de l'indicateur) –Voir annexe.

¹³² Voir annexe relative aux préjudices subis et évités.

transposable dès lors que les URSSAF ne peuvent garantir de stopper, pour l'avenir, les anomalies constatées : contrairement aux caisses prestataires qui sont en charge de la liquidation des prestations, la liquidation des cotisations est de la seule responsabilité des cotisants.

Des indicateurs de taux de recouvrement peu pertinents pour juger de l'efficacité globale de l'action

[110] Les indicateurs de taux de recouvrement sont ceux qui permettent de mesurer la réalité des sommes récupérées. Ils sont peu mis en exergue, car très peu pertinents pour suivre l'efficacité de la lutte contre la fraude, qui poursuit d'autres enjeux, comme il a été dit, à savoir réduire la fraude, même si cela n'a pas de traduction comptable.

[111] De fait, le recouvrement des sommes redressées ou détectées est extrêmement difficile¹³³, très dépendant du comportement des fraudeurs : nombre d'entre eux disparaissant en même temps qu'ils sont détectés. Cela est particulièrement le cas pour la branche recouvrement, au travers notamment de l'usage des entreprises « éphémères »¹³⁴. Pour les prestations, le recouvrement sur les prestations à venir facilite la récupération des sommes ; mais cette récupération reste parfois très difficile, par exemple dans le cas des fraudes à la résidence : lorsque les personnes ne sont pas (ou plus) sur le territoire national, la capacité à récupérer les sommes est très limitée¹³⁵.

[112] Le recouvrement des indus frauduleux est cependant suivi au travers d'un indicateur, présent dans les conventions d'objectif et de gestion de la CNAF ou de la CNAM¹³⁶ : le taux de recouvrement des indus frauduleux et fautifs constaté. Cet

¹³³ Pour les prestations familiales, le dispositif, prévu à l'article L 553-2 du code de la sécurité sociale, pose, comme pour l'ensemble des indus, le principe d'un recouvrement sur prestations à venir ou, lorsque l'allocataire le demande, par remboursement intégral de la dette en un seul versement : en pratique, l'essentiel du recouvrement s'effectue par prélèvement sur les prestations à venir. Comme cela est souligné dans le cadre de la COG 2023-2027, le recouvrement auprès des allocataires sans droit est plus difficile : l'un des enjeux de la branche sera de le renforcer : « Les CAF renforceront leurs actions en matière de recouvrement proactif envers les débiteurs allocataires sans droit. En effet, si l'essentiel du recouvrement s'effectue par retenues sur prestations, le recouvrement proactif pour les allocataires sans droit est un déterminant fort de la performance de la Branche. Les résultats des CAF en la matière sont très hétérogènes et les pratiques nécessitent d'être harmonisées ».

Pour les prestations maladie, l'article L133-4-1 du code de la sécurité sociale dispose que l'indu peut être récupéré par un ou plusieurs versements ou par retenue sur les prestations à venir en fonction de la situation sociale du ménage. Pour les professionnels de santé (L.133-4 du code de la sécurité sociale), le code de la sécurité sociale ouvre également la possibilité à une récupération « par retenue sur les versements de toute nature à venir » dès lors que le professionnel ou l'établissement n'a ni payé le montant réclamé, ni produit d'observations et sous réserve qu'il ne conteste pas le caractère indu des sommes à récupérer.

¹³⁴ Voir sur ce point rapport HCFiPS sur l'avenir du recouvrement social.

¹³⁵ Pour les autres fraudes, notamment les fraudes aux revenus, les moyens de recouvrement sont plus aisément mobilisables : en particulier, lorsque les revenus sont servis « durablement » -ce qui est souvent le cas pour les prestations familiales, des prélèvements sur prestations à venir sont mis en place.

¹³⁶ Le taux de recouvrement des indus frauduleux fait l'objet d'un suivi opérationnel à France Travail, mais il ne constitue pas un indicateur stratégique.

indicateur a été adapté pour la CNAV, qui doit intégrer, à compter de la COG 2023-2027¹³⁷, un indicateur de suivi du recouvrement des indus frauduleux et non frauduleux. Sous l'égide de la DSS, une ébauche de définition des indicateurs de taux de recouvrement des indus commune aux branches en charge des prestations a été élaborée ; ces travaux n'ont pas été menés à ce stade à leur terme¹³⁸.

[113] Comme pour les détections, cet indicateur n'est pas construit strictement à l'identique selon les branches : les périodes de recouvrement prises en compte sont différentes ; les pénalités sont ou non prises en compte...¹³⁹ Par ailleurs, aucune donnée n'est publiée de manière régulière sur ce sujet.

Recommandation n°20 : Homogénéiser progressivement les concepts de taux de recouvrement et publier les résultats.

[114] De nombreuses données existent sur la fraude. Elles méritent incontestablement d'être consolidées pour bien mesurer l'ampleur des risques et de l'action¹⁴⁰. Ces données sont pour partie hétérogènes : travailler en cible sur leur mise en cohérence est souhaitable pour faciliter cette consolidation et faciliter la communication sur les résultats.

2. LES CHIFFRES DE LA FRAUDE

[115] Les efforts importants effectués par les organismes en termes d'évaluation permettent de disposer d'ordre de grandeur très utiles pour asseoir un diagnostic étayé sur la prévalence de la fraude.

2.1. Un manque à gagner évalué à environ 13 Md€

[116] Au regard des données disponibles, on peut considérer que le manque à gagner généré par la fraude pour la sécurité sociale avoisine 13 Md€¹⁴¹. Ce chiffre n'inclut pas les manques à gagner liés aux contrôles comptables d'assiettes qui s'apparentent à des erreurs de bonne foi¹⁴². Le chiffre de 13 Md€ est donc un minorant, puisqu'une partie des résultats du contrôle comptable d'assiette peut vraisemblablement être la

¹³⁷ COG CNAV 2023-2027 : « La mesure de l'efficacité des actions de lutte contre la fraude passe aussi par un suivi rigoureux de leur rendement et donc du niveau de recouvrement des indus frauduleux et fautifs constatés. La performance de l'activité de recouvrement de la branche retraite sera ainsi mesurée par le biais d'un nouvel indicateur ».

¹³⁸ Ces indicateurs trouvent leur pendant pour le recouvrement, tant au régime général qu'au régime agricole, au travers de l'indicateur retraçant les montants recouverts sur créances LCTI.

¹³⁹ Voir annexe.

¹⁴⁰ Ce que fait traditionnellement la MICAF sur les données de détection.

¹⁴¹ Les chiffres sont établis à partir des valeurs centrales des données présentées par les caisses. Il s'agit d'un volume théorique annuel, voir l'annexe sur les conditions de son élaboration.

¹⁴² représentant 4,6 Md€ y compris les chiffres sur les micro entrepreneurs.

résultante d'anomalies intentionnelles¹⁴³. Il n'intègre pas l'ensemble du périmètre des prestations, s'agissant notamment de l'assurance maladie, ni tous les risques de fraude, s'agissant de France Travail, et sous-estime l'activité partiellement dissimulée dans le champ des cotisations. Il n'intègre pas enfin l'impact de la fraude sur les recettes fiscales affectées à la sécurité sociale.

[117] Au regard de ces éléments, que peut-on dire de l'enjeu de la lutte contre la fraude au regard du financement de la sécurité sociale ?

[118] Ces chiffres –qui ne correspondent en tout état de cause qu' à des sommes partiellement recouvrables- traduisent un véritable enjeu de politique publique, si on les compare aux déficits actuels des régimes de sécurité sociale. Ces chiffres montrent aussi que l'immense majorité des entreprises, assurés sociaux et des professionnels de santé respectent le « contrat social » de la solidarité nationale. Les fraudeurs restent très **minoritaires**. La liberté de l'activité économique, la relation de confiance entre les administrations et les citoyens, la volonté légitime de faciliter l'accès aux droits et aux soins a pour corollaire l'acceptation inéluctable d'un certain niveau de non-respect de la règle de droit. Pour autant de nombreuses pistes d'amélioration de la lutte contre la fraude sociale subsistent et doivent être mises en œuvre.

¹⁴³ Ce chiffre ne prend pas non plus en compte l'insuffisance déclarative des micro-entrepreneurs. Comme le souligne l'URSSAF, « on est sur une population qui a parfois du mal à bien comprendre ce qu'elle doit déclarer, et peut donc faire des erreurs, comme observé lors des prises de contact avec les micro-entrepreneurs pour lesquels les organismes relèvent un écart entre les éléments issus des déclarations de CA et de revenu ».

Tableau n°1 : Montants des fraudes évaluées

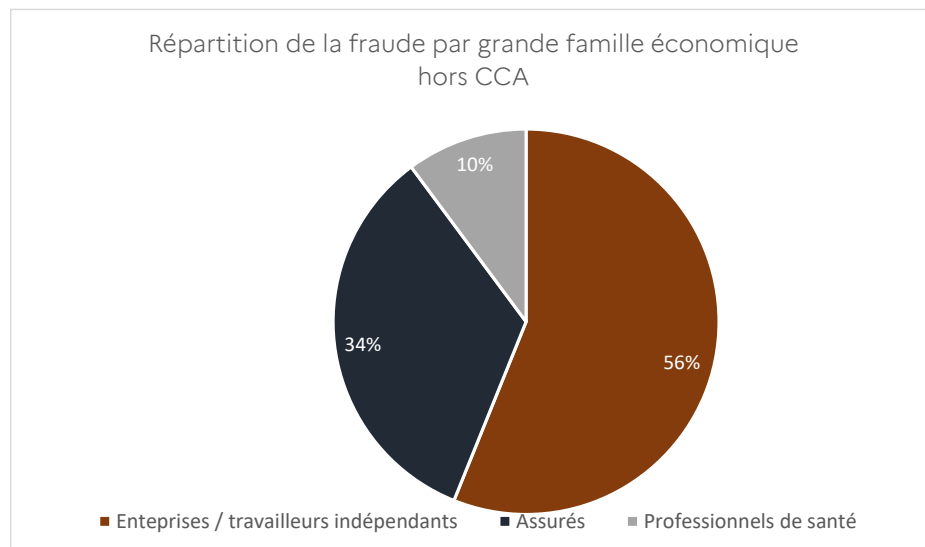
		Montants (en Md€)
CNAF	Total	3,87
	RSA	1,54
	Prime d'activité	1,05
	AL	0,74
	Prestations d'entretien (AF, CF, AEEH, ARS, AJP, AJPA)	0,35
	AAH	0,18
	PAJE	0,03
CNAM	Total	1,71
	Infirmiers libéraux	0,34
	Masseurs kiné	0,20
	Médecins généralistes	0,20
	Complémentaire santé solidaire	0,18
	Médecins spécialistes	0,18
	Transporteurs	0,16
	Invalidité	0,16
	Pharmaciens	0,10
	Dentistes	0,08
	Rentes AT-MP	0,07
	Fournisseurs dispositifs médicaux	0,05
	Laboratoires	0,01
CNAV	Total	0,04
	Droits dérivés (hors minimum vieillesse)	0,04
	Minimum vieillesse	0,00
	Droit propre	0,00
France Travail	Total	0,11
	Périodes non déclarées	0,08
	Emplois fictifs	0,03
Urssaf	Total	6,91
	Travail dissimulé (y compris unédic agirc arrco)	6,91
CCMSA	Total	0,34
	LCTI	0,34
TOTAL hors CCA		12,98

Note : les chiffres présentés correspondent au milieu des fourchettes des estimations fournies par les organismes. Le chiffre relatif à la C2S correspond à l'estimation du total du préjudice financier.

[119] Quelle que soit la convention retenue (avec ou sans prise en compte du contrôle comptable d'assiette), l'essentiel de la fraude trouve son origine dans les pertes

associées aux cotisations. La part des assurés, et notamment des titulaires de minima sociaux est faible dans l'ensemble : la fraude au RSA sur laquelle se focalise souvent l'attention représente 1,5 Md € sur l'ensemble de la fraude évaluée (2,5 Md€ si on ajoute la prime d'activité). Les montants évalués sur les retraites sont très peu significatifs, alors que, là encore, les fraudes aux « faux centenaires » font souvent la « une » de l'actualité. Cette vision consolidée donne donc une image assez différente de celle usuellement mise en avant.

Répartition de la fraude par grands acteurs économiques



[120] Ce raisonnement en montants peut être complété par une approche qui rapporte les volumes de fraudes aux revenus concernés. Les prestations sous conditions de ressources (RSA, C2S) sont celles les plus affectées par les fraudes¹⁴⁴, pour un risque financier relativement faible : ces préjudices devraient logiquement se réduire fortement avec la mise en place du DRM. Les taux de fraude les plus élevés portent ensuite sur les professionnels de santé, ce qui légitime pleinement l'action résolue engagée par la CNAM sur ces sujets.

[121] A l'inverse, le taux de fraude au titre du travail dissimulé dans le secteur privé apparaît relativement faible alors que l'impact financier est très élevé. Le pilotage de l'action de lutte contre la fraude doit donc impérativement prendre en compte ce double élément.

¹⁴⁴ Les taux de manque à gagner liés aux micro-entrepreneurs sont plus élevés (de 20% à 24%) mais s'apparentent à des erreurs.

Tableau 1 bis : Taux de préjudice financier associé à l'évaluation de la fraude

	Taux de préjudice financier
Micro-entrepreneurs	19,7% à 24,2%
RSA	11,3% à 15,7%
Complémentaire santé solidaire	9,9%
Prime d'activité	9,3% à 12,4%
Infirmiers libéraux	5% à 6,9%
Masseurs kiné	5,2% à 6,8%
Transporteurs	3,9% à 4,9%
Médecins généralistes	3,1% à 3,5%
Médecins spécialistes	2,6% à 4%
Allocations logement	4,0% à 5,8%
Dentistes	2,4% à 4%
Pensions d'invalidité	2,3% à 2,5%
Travail dissimulé - entreprises privées	1,5% à 2,0%
Fournisseurs LPP	1,7% à 2,1%
Travailleurs indépendants	1,1% à 2,2%
Rentes AT-MP	1,4% à 1,6%
AAH	1,5%
Prestations d'entretien (AF, CF, AEEH, ARS, AJP, AJPA)	1,2% à 2,2%
Contrôle comptable d'assiette - redressements Urssaf	0,6% à 0,7%
Pharmaciens	0,5% à 0,6%
PAJE	0,3%
Laboratoires	0,3% à 0,4%

Note : ce tableau inclut également l'estimation des préjudices financiers associés à certains risques (contrôles comptables d'assiette et micro-entrepreneurs), pour lesquels il n'est pas possible de dissocier les fraudes des erreurs.

2.2. Comment évolue la fraude ?

[122] Comme évoqué dans la première partie de ce chapitre, une analyse régulière de la dynamique de la fraude n'est aujourd'hui possible que pour la branche famille.

[123] Les données fournies par la CNAF laissent à voir une évolution non négligeable des masses d'indus frauduleux depuis 2016, avec une croissance de près d'un milliard d'euros sur la période, notamment générée par la prime d'activité. Le taux d'allocataires avec au moins un indu frauduleux et, dans une moindre mesure, le taux d'indus frauduleux sont également en augmentation. Cette augmentation est concentrée sur la prime d'activité. Zoomant sur la période 2018-2020, la CNAF estime que « à structure de prestations comparable à 2020 (hors prime d'activité) le taux d'indus

frauduleux s'établirait à 3% des prestations versées en 2018 en valeur centrale, soit 0,1 point de moins qu'en 2020. Entre 2018 et 2020, les taux d'indus frauduleux, hors prime d'activité, est stable »¹⁴⁵.

[124] Avec les travaux en cours, la branche recouvrement est en mesure de fournir une large réévaluation de la fraude relative au secteur privé en 2024¹⁴⁶. Les résultats laissent entrevoir une assez grande stabilité du niveau de fraude depuis 10 ans¹⁴⁷. Cette stabilité est difficile à pleinement analyser, de nombreuses évolutions des règles étant intervenues depuis – qu'une comparaison fine devrait normalement neutraliser. Une stabilité des résultats n'est pas en soi une « bonne nouvelle » : elle peut signifier une augmentation du taux de fraude sous-jacent si l'on fait l'hypothèse que l'investissement croissant des URSSAF dans la lutte contre la fraude parvient à réduire fortement la fraude ; inversement, elle peut signifier que les actions de prévention et l'effet dissuasif des contrôles sont sans effet, si l'on fait l'hypothèse que le taux de fraude « spontané » dans l'économie est constant. La mise en place d'indicateurs « dans la durée » doit donc s'accompagner d'analyses « métier » approfondies pour bien comprendre ces dynamiques.

[125] Centrale dans l'analyse des effets de la lutte contre la fraude, la question de la comparaison dans le temps des évaluations est indubitablement le sujet sur lequel l'attention des organismes doit aujourd'hui se concentrer, en produisant des données comparables dans la durée, en croisant analyses statistiques et analyses métier afin de faire de l'évaluation un réel outil de pilotage¹⁴⁸.

2.3. Un peu plus de 2 Md€ de fraude détectée¹⁴⁹

[126] L'action de lutte contre la fraude des organismes permet de constater 2,1 Md€ de préjudices (hors CCA). Les préjudices subis s'élèvent à près de 1,7 Md€ ; les préjudices arrêtés, non comptabilisés à ce stade par toutes les caisses, s'élèvent à un peu moins de 500 M€.

¹⁴⁵ Note CNAF 15 février 2022.

¹⁴⁶ S'agissant des travailleurs indépendants « classiques », les évaluations de l'URSSAF montrent une hausse de l'évaluation, sans que celle-ci ne puisse être expliquée. Le taux du manque à gagner net serait compris entre 1,1% et 2,2% en 2022, contre 0,7% à 1,4% lors de la campagne précédente en 2019 - observatoire du travail dissimulé bilan 2023.

¹⁴⁷ Voir observatoire du travail dissimulé bilan 2023 : « Les travaux menés permettent ainsi pour la première fois de suivre dans le temps l'évolution de l'estimation du travail dissimulé : ils montrent une très grande stabilité du phénomène sur dix ans, avec un taux estimé entre 1,7% et 2,1% de l'assiette cotisable. Cette même stabilité s'observe sur le champ du contrôle comptable d'assiette, avec un taux de redressement potentiel compris entre 0,5% et 0,6%. Au global, sur le champ du secteur privé (en incluant également les cotisations Unedic et Agirc-Arrco), le manque à gagner total peut être estimé à environ 9 Md€ ».

¹⁴⁸ Voir recommandation dans la première partie de ce chapitre.

¹⁴⁹ Hors CCA.

Montants des préjudices constatés ou évités en 2023 (en M€)

Cotisations	Urssaf	Travail illégal	814	
	MSA	Travail illégal	25	
Maladie	CNAM	Faute, fraude, abus	297	170
	MSA	Faute, fraude, abus		7
Retraite	CNAV	Faute, fraude	27	182
	MSA		8	
Famille	CNAF		374	
	MSA		7	
Chômage	France Travail		102	109
Total			1654	468

Source : annexe 6 PLACSS 2023, France Travail

[127] Les chiffres 2023¹⁵⁰ sont à des niveaux sensiblement supérieurs à ceux antérieurs à la crise sanitaire¹⁵¹ (alors même que l'ensemble des contrôles n'avait pas repris, notamment au titre de la T2A). Près de la moitié des redressements est effectuée au titre de la LCTI ; près d'un quart est effectué par la branche famille –qui, au regard des volumes financiers, est la branche qui détecte le plus de fraudes¹⁵².

[128] La modernisation des prestations autour d'un schéma de solidarité à la source devrait réduire une partie du risque d'indu, et, partant, d'indus frauduleux, grâce à l'acquisition directe de certaines données directement auprès de tiers détenteurs. Déjà mis en œuvre pour les allocations logement, son impact n'a pas encore pu être évalué à ce stade.

2.4. Un niveau de recouvrement logiquement dissemblable selon les branches

[129] Comme évoqué ci-dessus, le taux de recouvrement est moins un marqueur d'efficacité de la lutte contre la fraude que de facilité à procéder à la récupération des sommes : alors que la CNAF est en capacité de recouvrer très largement sur les prestations à venir, l'URSSAF se trouve confrontée à des difficultés fortes liées à la disparition des entreprises¹⁵³. L'assurance maladie est dans une situation intermédiaire, les prestations qu'elle sert n'étant pas toujours récurrentes et pouvant porter sur des personnalités morales qui peuvent disparaître comme c'est le cas en matière de LCTI. La hiérarchie des recouvrements présente de ce point de vue une cohérence certaine¹⁵⁴.

¹⁵⁰ Hors CCA.

¹⁵¹ La dynamique récente des détections et redressements est cependant d'interprétation complexe, en raison de la suspension plus ou moins large selon les branches, des contrôles pendant la crise sanitaire.

¹⁵² Pour la branche maladie, aucun élément ne permet dans les données publiques de savoir sur quel agent économique les détections sont réalisées (professionnels de santé ou assurés).

¹⁵³ Le taux de recouvrement y est beaucoup plus élevé que le contrôle comptable d'assiette : il est compris entre 70 et 80% selon les années (70% pour les créances nées 2017, 80% pour les créances nées en 2016).

¹⁵⁴ Cf. Annexe sur les cibles COG.

Tableau n°3 : Recouvrement des indus fautifs ou frauduleux (hors CCA)

Recouvrement des indus frauduleux ou fautifs (en M€)	
	2023
Assurance maladie	200
Retraite	26
Famille	296
LCTI Urssaf	80
LCTI MSA	9
Total	602

Note : pour la CNAV et la CCMMSA, données 2022.

3. STRUCTURER LA GOUVERNANCE DE L'ÉVALUATION DE LA FRAUDE

[130] L'évaluation doit être la boussole de l'appréciation de l'efficacité de la lutte contre la fraude : si l'on dispose aujourd'hui de données très intéressantes grâce au travail des caisses, il reste à finaliser la montée en charge du dispositif, et à mettre en place une méthode de suivi qui permette de juger de la prévalence de la fraude dans la durée, avec pour objectif de réduire cette prévalence, par des actions tant préventives que répressives. L'analyse doit être complétée par l'origine de la fraude.

[131] Au plan opérationnel, c'est la détection qui doit être au cœur des priorités (un meilleur taux de détection, à taux de recouvrement constant, permet d'accroître le rendement financier des actions de lutte contre la fraude), avec comme enjeu de maximiser le niveau de détection pour dissuader du recours à la fraude.

[132] Le manque à gagner lié à la fraude n'est pas négligeable. Compte tenu de l'impossibilité de détecter « en temps réel » et de manière exhaustive les sommes occultées et de l'agilité des fraudeurs qui rend le recouvrement parfois très difficile, la lutte contre la fraude ne saurait être considérée comme « la » solution aux problèmes financiers de la protection sociale ; les montants redressés et *a fortiori* recouverts sont très en-deçà des besoins financiers de la sécurité sociale. En revanche, une action résolue visant à limiter la prévalence de la fraude avant même que la fraude ne soit commise pourrait contribuer au financement du système : réduire, à la source, la prévalence de la fraude de 10% permettrait un gain financier de l'ordre d'1,2 Md€, en supposant une absence de modification des comportements.

[133] Le suivi de ces différents éléments est indispensable pour piloter les travaux sur la fraude –et disposer d'une vision synthétique. De ce point de vue, le HCFiPS estime

nécessaire de retravailler le contenu de l'annexe à la loi de financement de la sécurité sociale qui concerne la fraude¹⁵⁵.

Recommandation n°21 : Retravailler le contenu de l'annexe à la loi de financement concernant la fraude : introduire une synthèse sur les montants évalués de la fraude et homogénéiser les présentations par branche.

¹⁵⁵ Annexe 6 de la LACSS.

■ CHAPITRE 3 - PRÉVENIR LA FRAUDE : UNE NÉCESSITÉ DÉMOCRATIQUE ET FINANCIÈRE

Telle qu'elle est aujourd'hui organisée, la lutte contre la fraude est très largement centrée sur la répression et le contrôle. Cette démarche est-elle seule susceptible de limiter la fraude ? Ne faut-il pas plutôt élargir la focale et axer beaucoup plus que ce n'est le cas aujourd'hui l'action sur la prévention ? Est-ce possible et à quelles conditions ?

Le HCFiPS a la conviction qu'une démarche préventive est à la fois nécessaire et efficace. A cela plusieurs raisons :

- le développement de la fraude crée un fort sentiment d'injustice qui est préjudiciable à la cohésion sociale ;
- le « tout-contrôle » n'est pas pleinement efficace : il suppose la mobilisation de ressources humaines dédiées et spécialisées ; il peut être contreproductif en termes d'accès aux droits ; il a un coût symbolique en ce qu'il peut stigmatiser telle ou telle population (les pauvres¹⁵⁶, les professionnels de santé...) ; il n'est pas pleinement efficace au plan financier, puisque les institutions ne peuvent ni détecter, ni *a fortiori*, recouvrer 100% des sommes fraudées ;
- les marges de manœuvre en matière de prévention sont importantes : bien comprendre l'environnement dans lequel la protection sociale se déploie, agir sur une norme parfois mal conçue, parfois trop laxiste, souvent trop complexe et mal explicitée et, par suite, fraudogène, responsabiliser assurés et professionnels, mieux maîtriser les processus, mettre en place une gouvernance adaptée à cet enjeu sont autant de voies possibles pour développer une vraie politique préventive, comme le présent chapitre va le montrer.

Maîtriser la fraude suppose de se doter d'une vision large, qui excède le seul cadre juridique. Il est impératif d'élargir la focale aux sous-jacents économiques des activités financées par la sécurité sociale (petite enfance, personnes âgées, secteur sanitaire...), ce dans un contexte très évolutif ; il est frappant de constater combien ces évolutions s'accompagnent, bien souvent, de dérives, qui, même si elles sont marginales, sont très préjudiciables à l'ensemble des acteurs. Il est nécessaire de bien appréhender l'organisation du travail et notamment les phénomènes de sous-traitance : Il souligne également la nécessité de bien appréhender l'organisation du travail et notamment les phénomènes de sous-traitance : sans en faire une généralité, ces mécanismes peuvent être très fraudogènes, notamment quand ils reposent sur des entreprises éphémères.

Prévenir la fraude suppose d'agir sur le cadre juridique : une norme illisible, mal construite, trop permissive, peut être génératrice de fraudes ; une norme mal explicitée peut conduire à mal positionner les enjeux ; une norme mal pensée peut poser des difficultés de gestion.

¹⁵⁶ Voir chapitre 5.

Or, la norme est très souvent pensée sans vision globale ni prise en compte du point de vue de l'utilisateur final ce qui conduit à une multiplication des notions mobilisées, y compris sur des sujets très proches. Elle est loin d'être toujours explicitée. La « discipline numérique », (qui suppose de bien prendre en compte dans l'élaboration de la norme l'architecture informatique en place, de mobiliser autant que faire se peut les données existantes, et en cas d'évolutions nécessaires, de minimiser les coûts induits pour l'ensemble des acteurs) avec pour corollaire, le respect du droit des traitements de données – indispensable dans un contexte d'interconnexion des systèmes d'information – est souvent méconnue.

Prévenir la fraude suppose également d'accompagner et responsabiliser assurés et professionnels de santé : il s'agit de permettre aux assurés sociaux de bien appréhender les règles applicables ; de restaurer un contrôle par l'assuré de la sincérité des déclarations des professionnels de santé ; d'accompagner les professionnels de santé pour assurer une bonne maîtrise des règles ; de mettre en place des règles de tarification désincitatives à la fraude ; de développer des campagnes de communication sur les liens droits – devoirs.

Ces objectifs sont très ambitieux : leur mise en œuvre suppose de mettre en place une gouvernance dédiée, en capacité de mener des analyses à 360° et de faire évoluer les organisations dans les caisses, par une vision « de bout en bout » du sujet fraude.

[134] Telle qu'elle est aujourd'hui organisée, la lutte contre la fraude est très largement centrée sur la répression et le contrôle : la peur de la sanction doit dissuader ; si la dissuasion ne fonctionne pas, la punition doit être suffisamment importante pour réparer les coûts subis par la collectivité. Cette démarche est-elle seule susceptible de limiter la fraude ? Ne faut-il pas élargir la focale et axer beaucoup plus que ce n'est le cas aujourd'hui l'action sur la prévention ? Est-ce possible et à quelles conditions ?

[135] Le HCFiPS a la conviction qu'une démarche préventive est à la fois nécessaire et efficiente.

[136] En premier lieu, parce que beaucoup peut être fait pour prévenir la fraude : bien comprendre l'environnement dans lequel la protection sociale se déploie, agir sur une norme parfois mal conçue, trop laxiste, trop souvent illisible et mal explicitée et, par suite, fraudogène, responsabiliser assurés et professionnels, mieux maîtriser les processus, mettre en place une gouvernance adaptée à cet enjeu sont autant de voies possibles pour développer une vraie politique préventive, comme le présent chapitre va le montrer.

[137] En deuxième lieu, parce que le développement de la fraude crée un fort sentiment d'injustice. Selon un sondage récent, près de la moitié des Français (46%) considère que trop de personnes profitent du système, « ce qui est décourageant pour les personnes qui font des efforts » ; plus d'un tiers (34%) estiment que trop de

personnes fraudent, ce qui « est décourageant pour les personnes honnêtes »¹⁵⁷. Ce ressenti, négatif, mine un pacte social fondé sur le respect de règles démocratiquement établies. Il détruit une confiance nécessaire aux relations sociales¹⁵⁸.

[138] En troisième lieu, parce que le « tout-contrôle » n'est pas pleinement efficace¹⁵⁹ : il suppose la mobilisation de ressources humaines dédiées et spécialisées ; il peut être contreproductif en termes d'accès aux droits si la peur des contrôles conduit certains assurés à renoncer aux prestations¹⁶⁰ ; il peut créer un sentiment de défiance, pouvant conduire à une grande irritation des assurés au regard du système de protection sociale ; il a un coût symbolique en ce qu'il peut stigmatiser telle ou telle partie de la population (les pauvres¹⁶¹, les professionnels de santé...) en méconnaissance des principes de solidarité aux fondements de la protection sociale; il n'est pas pleinement efficace au plan financier, puisque les institutions ne peuvent ni détecter, ni, *a fortiori*, recouvrer 100% des sommes fraudées¹⁶².

[139] Prévenir la fraude permet de minimiser ces différents écueils : accroître la « compliance », le respect spontané de la norme, sont des éléments essentiels à une stratégie efficace de lutte contre la fraude.

¹⁵⁷ Sondage IPSOS-Sopra Steria - juin 2023. Dans le baromètre de la Drees, 70% des personnes estiment que des personnes « perçoivent des prestations alors qu'elles n'y ont pas droit » ; 32,6% sont « tout à fait d'accord » avec cette formulation ; 37,5% sont « plutôt d'accord ». [DigDash - Baromètre d'opinion \(sante.gouv.fr\)](#), Résultats 2022 Dans le même sens, selon une étude du CREDOC, 77% des sondés jugent que beaucoup de gens font de fausses déclarations pour toucher les prestations familiales¹⁵⁷ BERHUET Solen, CROUTTE Patricia, HOIBIAN Sandra, LAUTIE Sophie, *Etat de l'opinion en 2018 Rapport d'étude réalisé pour la CNAF, CREDOC*, 2018.

¹⁵⁸ La confiance « est une condition pour qu'une démocratie fonctionne et concernant la protection sociale, elle constitue un des fondements de l'adhésion à la solidarité » BERHUET Patricia, CROUTTE Sandra HOIBIAN Sophie LAUTIE, *Etat de l'opinion en 2018 Rapport d'étude réalisé pour la CNAF, CREDOC 2018* « « Pendant plusieurs années, la population se divisait en France en deux groupes (confiants et méfiants) d'un poids quasi-équivalent. Depuis 2016, la méfiance en autrui gagne sensiblement du terrain. Seuls 35% déclarent aujourd'hui qu'il est possible de faire confiance aux autres »¹⁵⁸.

Un différentiel de tolérance du public sur les comportements frauduleux est par ailleurs relevé par le baromètre Credoc (« conditions de vie et aspirations », vague 2015) et soulignés aussi par le rapport du CNIS de 2019 sur le travail non déclaré. La fraude aux cotisations sociales est ainsi perçue comme beaucoup moins grave que la fraude aux prestations.

https://www.cnis.fr/wp-content/uploads/2017/10/DC_2017_1e_reunion_COM_Emploi_Rapport_mesure_du_travail-dissimul%C3%A9_20170502.pdf#page=85

¹⁵⁹ Même si le contrôle a des effets dissuasifs (voir chapitre 4).

¹⁶⁰ Le baromètre de la DREES permet à celle-ci d'évaluer à 18% les personnes qui n'ont pas recours aux aides et dispositifs sociaux du fait de leur peur que ce recours n'emporte de conséquences négatives. PIRUS Claudine, *Prestations sociales : pour quatre personnes sur dix, le non-recours est principalement lié au manque d'information*, DREES, 2023 ; voir sur cette même question : « dans les expériences de rapports avec l'Administration, on voit bien (...) le risque [consistant à ce que] les indus soient requalifiés en fraude ». [rap-nonrecours - def.pdf](#) (secours-catholique.org). Voir sur cette même problématique DAMON Julien, CLOAREC -LE NABOU Christine, *La juste prestation pour des prestations et un accompagnement ajustés*, 2018 « Les fraudes se traduisent, de fait, par des indus. Les indus peuvent nourrir du non-recours car ils ont un impact négatif sur l'allocataire qui perd confiance dans une protection sociale qui lui réclame des sommes parfois importantes sans qu'il le comprenne bien. Les outils de lutte contre la fraude permettent, parmi leurs résultats, de mettre au jour des situations de non-recours. Les échanges de données pour traiter l'un des trois phénomènes ont des répercussions sur les deux autres ».

¹⁶¹ Voir chapitre 4.

¹⁶² Voir sur ce sujet, Cour des comptes, *Certification des comptes du régime général de sécurité sociale Exercice 2023*, 2024.

1. ÉLARGIR LA FOCAL POUR LIMITER LES DERIVES

[140] Une maîtrise de la fraude ne peut s'envisager que si le cadre économique dans lequel se déploie l'activité est bien appréhendé.

1.1. Comprendre les sous-jacents économiques des secteurs financés par la protection sociale

[141] La protection sociale finance directement un nombre important de secteurs économiques (petite enfance, personnes âgées, secteur sanitaire...) dont la structuration et les sous-jacents économiques sont très évolutifs. Il est frappant de constater combien ces évolutions s'accompagnent, quasi systématiquement, de dérives. Bien comprendre ces structures et en appréhender les dynamiques est essentiel pour anticiper les risques et mettre en place, au plus tôt, les garde-fous nécessaires. Le présent rapport n'a bien sûr pas vocation à retracer l'ensemble de ces évolutions ; il en évoque simplement quelques-unes pour illustrer le propos.

[142] Avec la crise sanitaire, le recours à la télémédecine¹⁶³ s'est fortement accru en France, alors qu'il était marginal auparavant. Les médecins généralistes libéraux ont ainsi effectué 13,5 millions de consultations à distance en 2020 et 9,4 millions en 2021 contre 80 000 en 2019¹⁶⁴. Avec l'essor de ces pratiques, « certaines entreprises ont fait [du] système un véritable business model. « Il y a des plateformes qui engagent des médecins en tant que salariés et qui leur promettent 2000 euros de salaire par jour en enchaînant les téléconsultations, c'est la médecine industrialisée », s'[est] agacé Jean-Christophe Nogrette, médecin généraliste en Haute-Vienne et secrétaire général adjoint du syndicat MG France »¹⁶⁵. Des fraudes ont été constatées, avec des arrêts de travail indûment octroyés. Ces pratiques ont dû être régulées dès la loi de financement de la sécurité sociale pour 2024¹⁶⁶.

[143] Alors que le modèle de santé « en ville » était historiquement fondé sur des professionnels de santé libéraux exerçant de manière individuelle, le développement de structures collectives d'organisation des soins s'est récemment accéléré. Il y avait, en 2021, 2 544 centres de santé (contre 1 640 en 2017), dont 1 085 centres de santé dentaires (contre 677 en 2017)¹⁶⁷. Tout en refusant de « faire d'amalgame et jeter

¹⁶³ Chaque médecin peut proposer des consultations à distance remboursées par la Sécurité sociale depuis 2018.

¹⁶⁴ KAMIONKA Julie, BERGEAT Maxime, *Sept téléconsultations de médecine générale sur dix concernent en 2021 des patients des grands pôles urbains*, DREES, 2022.

¹⁶⁵ Médecine. La téléconsultation est-elle une porte ouverte à la fraude sociale? (bienpublic.com).

¹⁶⁶ Qui prévoit que les prescriptions d'arrêts de travail par téléconsultation ne pourront plus dépasser trois jours ou être renouvelées, sauf si elles sont réalisées par le médecin traitant.

¹⁶⁷ Rapport n°514 - 16e législature - Assemblée nationale (assemblee-nationale.fr).

*l'opprobre sur l'ensemble des centres de santé¹⁶⁸ », l'Assemblée nationale a été à l'initiative de la loi du 19 mai 2023 visant à améliorer l'encadrement des centres de santé, constatant la multiplication de scandales de nature à ternir l'image du secteur et estimant que « *l'État ne jou[ait] pas suffisamment, vis-à-vis de ces centres, le rôle de régulateur qui lui incombe, en vue de protéger la santé de nos concitoyens* »¹⁶⁹.*

[144] **La financiarisation de l'offre¹⁷⁰, est porteuse de risques spécifiques**, très bien documentés en 2023 dans le secteur de la santé, par le rapport « charges-produits » de la CNAM¹⁷¹ - avec des éclairages sur les secteurs de la biologie médicale¹⁷², de la radiologie et un questionnaire sur les soins primaires¹⁷³.

Les risques de la financiarisation : le regard de l'assurance maladie¹⁷⁴

Les conséquences potentielles de ces évolutions sont nombreuses et varient selon les situations. On peut cependant identifier des risques génériques, avérés ou non, qui sous-tendent les prises de position des différents acteurs du système de santé, et contribuent à définir les contours des politiques de régulation.

Pour les patients, les deux principaux risques souvent mis en avant sont la réduction de l'accès aux soins – soit par une augmentation des coûts et du reste à charge, soit par les conséquences d'une restructuration qui amènerait à réduire le nombre de sites ou à fermer certaines activités pour accroître leur rentabilité – et la dégradation de la qualité des soins dans des logiques de rentabilité. Les exemples récents du groupe Orpea ou de certains centres de santé dentaires ou ophtalmologiques illustrent ce risque de réduction de la qualité des soins à la suite de réductions de coûts massives.

Pour les professionnels de santé, il s'agit avant tout d'un risque de perte d'autonomie professionnelle liée à la perte de propriété des organisations, et d'un conflit potentiel de valeurs entre des logiques financières et des logiques professionnelles. De fait, les représentants des diverses professions de santé, syndicats et

¹⁶⁸ « La grande majorité d'entre eux rendent un service très appréciable à la population. Nombre de ces acteurs jouent un rôle social important, en particulier les acteurs historiques, notamment mutualiste ». [Rapport n°514 - 16e législature - Assemblée nationale \(assemblee-nationale.fr\)](#).

¹⁶⁹ [Rapport n°514 - 16e législature - Assemblée nationale \(assemblee-nationale.fr\)](#) Rapport fait au nom de la commission des affaires sociales sur la proposition de loi visant à améliorer l'encadrement des centres de santé, par Mme Fadila KHATTABI, 2022.

¹⁷⁰ « On peut définir la financiarisation comme un processus par lequel des acteurs privés, non directement professionnels de santé, capables d'investir de façon significative, entrent dans le secteur des soins avec comme finalité première de rémunérer le capital investi. On assimile parfois la financiarisation à la privatisation, qui désigne un phénomène de transfert de la propriété de segments du système de santé d'acteurs publics vers des acteurs privés. Il est cependant important de bien distinguer ces deux notions. La financiarisation traduit en effet le transfert de propriété au sein du secteur privé entre des acteurs professionnels et des acteurs financiers, non professionnels. Elle concerne ainsi au premier chef le secteur de droit privé de la santé et peut théoriquement s'accomplir sans que la privatisation augmente. » [2023-07_rapport-propositions-pour-2024_assurance-maladie.pdf \(ameli.fr\)](#).

¹⁷¹ Propositions de l'Assurance Maladie pour 2024, Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses ; [2023-07_rapport-propositions-pour-2024_assurance-maladie.pdf \(ameli.fr\)](#).

¹⁷² Voir annexe.

¹⁷³ « La financiarisation s'est jusqu'ici manifestée dans des secteurs, comme les cliniques privées, la biologie ou l'imagerie, assez techniques avec des besoins d'investissements importants, marqués par des innovations rapides et très restructurantes. Le champ des soins primaires et de la médecine de ville est à ce stade resté apparemment éloigné de ces mouvements. Les conditions, (...) favorables à la financiarisation, ne semblent a priori pas réunies pour qu'un tel mouvement se produise massivement : secteur peu technologique, besoins d'investissements moins importants, et gains d'efficacité, via la concentration, potentiellement limités... Pour autant, l'exemple de nombreux pays incite à modérer cette analyse et à observer de manière plus attentive la situation des soins primaires ».

¹⁷⁴ Propositions de l'Assurance Maladie pour 2024, [2023-07_rapport-propositions-pour-2024_assurance-maladie.pdf \(ameli.fr\)](#).

ordres affichent au mieux une grande prudence, voire une franche opposition à ce qui est perçu globalement comme une menace, parfois présentée comme existentielle.

Pour le régulateur et le payeur enfin, le risque est celui d'une modification importante de la structure de l'offre de soins et de sa représentation, et de l'efficacité des outils de dialogue et de régulation, comme les conventions avec l'assurance maladie. Il est aussi celui d'une augmentation des dépenses, liée aux logiques des acteurs financiers au détriment des dépenses publiques et enfin d'une sélection des patients, au détriment des cas les plus « lourds » et/ou les moins solvables.

[145] L'intervention de nouveaux acteurs privés dans le champ de la protection sociale répond incontestablement à un besoin, notamment dans des secteurs confrontés à de fortes tensions et à des enjeux considérables dans les prochaines années. Comme le souligne la CNAM, « *la financiarisation peut (...) parfois servir ou accélérer l'atteinte d'objectifs des politiques publiques, lorsque celles-ci nécessitent des investissements ou des restructurations importantes, à travers l'apport de capital privé dans le système de santé* »¹⁷⁵ ; BPI France souligne les opportunités permises par le développement de la télémédecine¹⁷⁶.

[146] Sans en faire nullement une généralité, le HCFiPS souhaite cependant souligner le risque de l'intervention d'acteurs privés dont l'objectif premier serait la seule optimisation de leur investissement.

[147] Différents scandales récents, notamment dans le secteur médico-social, soulignent les risques d'abus que ce type de structuration peut générer lorsqu'elle se déploie aux dépens du bien-être des personnes. Dans leur rapport de 2022 sur le groupe Orpea, l'IGAS et l'IGF¹⁷⁷ illustraient cette recherche de performance budgétaire par ce mèl adressé aux directeurs d'exploitation : « *je compte sur chacun d'entre vous pour bien maîtriser au cordeau tous les jours, on ne se contente plus de respecter le prévisionnel validé, on gratte et on gratte tous les jours !* »¹⁷⁸.

¹⁷⁵ [2023-07_rapport-propositions-pour-2024_assurance-maladie.pdf \(ameli.fr\)](#).

¹⁷⁶ BPI France a souligné dès 2018 le potentiel de développement du secteur (« *la télémédecine est un enjeu incontournable de la pratique médicale du futur* »¹⁷⁶) et insistait sur les nombreux acteurs pouvant investir le domaine (grands groupes avec des laboratoires pharmaceutiques, des éditeurs de logiciels, des hébergeurs de données), PME et startups (avec les fabricants de dispositifs médicaux notamment) : « *le secteur de la télémédecine est propice aux alliances permettant de réunir des compétences numériques fortes et une connaissance de l'écosystème médical. Les différents exemples de deals font état de l'intérêt des grands groupes à suivre ce virage stratégique* ».

¹⁷⁷ DE SAINT MARTIN Jean-Philippe, ESPEILLAC Thomas, PILVEN Amaël, BIANQUIS Gaspard, COSTA Aude, MARIANI Louise MONTEIL Samuel, ROSSION Anne, VERZAT Valentine, AUDIGÉ Thomas, Pr FENOL Bertrand, FOURNIER Valentine, LALOUÉ Frédéric, LÉOST Hervé, ROUSSELON Julien, *Mission sur la gestion des établissements d'hébergement de personnes âgées dépendantes (EHPAD) du groupe Orpea*, 2022.

¹⁷⁸ Cet impératif de performance est également illustré par les systèmes d'incitation des directeurs régionaux et d'établissement. « *Le système de primes semestrielles des directeurs régionaux repose uniquement sur des paramètres financiers (CA, masse salariale et NOP) ; celui des directeurs d'EHPAD est prioritairement basé sur ces mêmes critères, puis secondairement conditionné à l'atteinte de résultats qualité. Par exemple, si un directeur d'EHPAD possède de mauvais résultats qualité mais qu'il atteint ses objectifs budgétaires (CA, masse salariale et NOP), il perçoit une prime annuelle de 6 000 euros. En revanche, s'il obtient d'excellents résultats qualité mais qu'il n'atteint pas ses objectifs financiers, il ne touche que 1 200 euros. (...) L'utilisation des technologies de contrôle budgétaire chez Orpea témoigne d'une manière de*

[148] Dans le secteur de la petite enfance, les établissements d'accueil du jeune enfant (EAJE) proposaient 507 000 places en 2022, soit 16 000 de plus qu'en 2021 et 57 000 de plus qu'en 2017. Cette augmentation est principalement portée par les **micro-crèches**¹⁷⁹ (plus 16 000 places en 2022, plus 56 000 depuis 2017), alors que le nombre de places en crèches « classiques » reste stable¹⁸⁰.

[149] Le contrôle réalisé sur ce secteur en 2021 par la DGCCRF montrait qu'environ deux établissements sur trois présentaient au moins une non-conformité¹⁸¹. Dans un rapport réalisé sur ces structures en 2024, l'IGAS et l'IGF notaient, pour leur part, que le cadre réglementaire des micro-crèches, moins exigeant celui des autres EAJE¹⁸², « rend[ait] celles-ci particulièrement attractives dans un contexte de pénurie de professionnels de la petite enfance, mais fai[sai]t peser un risque sur la qualité de la prise en charge »¹⁸³ et que « la multitude de financeurs, privés comme publics (...) ainsi que le manque de transparence sur leur tarification, obér[ait] le pilotage de ces structures »¹⁸⁴.

[150] Ces situations doivent être scrutées très précisément pour éviter toute dérive, préjudiciable aux finances publiques, aux assurés sociaux et à l'image des secteurs concernés. Cette attention aux évolutions des secteurs doit s'organiser autour d'une gouvernance dédiée.

Recommandation n°22 : Créer un observatoire économique santé / social pour anticiper les risques liés aux modifications de la structuration de l'offre dans l'ensemble des secteurs financés par la protection sociale.

penser la prise en charge des personnes âgées dépendantes focalisée sur l'optimisation financière. Orientant les conduites des employés, cette rationalité conduit à une prise en charge dégradée des résidents.». GERARD Benoît, LEMAIRE Célia, Financiarisation des politiques publiques, autopsie des technologies de contrôle dans le scandale Orpean Comptabilité Contrôle Audit, 2023.

¹⁷⁹ Les micro-crèches sont des EAJE dont la capacité maximale est de 12 places.

¹⁸⁰ 420 600 places soit 83 % de l'ensemble des places en EAJE [CNAF ONAPE 2023 OK.pdf \(CAF.fr\)](#), CNAF, Observatoire national de la petite enfance, *L'accueil des jeunes enfants*, 2023. Cette évolution a percuté le mode de financement traditionnel du secteur : alors que les crèches traditionnelles sont financées par la CNAF au travers de la prestation de service unique, la branche famille ne participe, dans la majorité des cas, qu'indirectement au financement des micro-crèches, au travers du complément mode de garde versé aux parents.

¹⁸¹ DGCCRF, *Prix et contrats des micro-crèches : la DGCCRF enquête pour garantir une meilleure information des parents*, communiqué de presse, 2022.

¹⁸² En matière d'information délivrée aux familles, conduisant soit à réduire la capacité des parents à comparer les offres, soit à les tromper sur les prestations effectives d'accueil, notamment en termes de formation des personnels et de taux d'encadrement.

¹⁸³ PRADY Pierre, CALLES Pauline, ARAMBOUROU Simon, MEJANE Julien, *Micro-crèches : modèles de financement et qualité d'accueil*, IGAS, IGF, 2024.

¹⁸⁴ En recourant à un reporting régulier des micro-crèches incluant des informations non exclusivement financières (berceaux ouverts, réservés, qualité d'accueil. La mission suggérerait de créer ce pôle d'analyse au sein de la CNAF.

1.2. Lutter contre la dilution des responsabilités dans l'organisation du travail

[151] Les conséquences de l'atomisation des responsabilités dans l'organisation du travail ont été fortement développées dans le rapport du HCFiPS sur le recouvrement social. Cette atomisation passe par de nombreux canaux, en particulier la sous-traitance, le détachement et la micro-entreprise (avec ou sans plateforme d'intermédiation).

[152] Ce travail éclaté est source de risques : des risques sociaux au premier chef –le HCFiPS y reviendra dans son rapport sur les liens entre système de production et de redistribution- ; des risques de fraude, pour ce qui nous intéresse ici.

[153] Il ne s'agit pas ici de dire que ce risque est systématiquement avéré, ni de stigmatiser toute sous-traitance. En revanche, en recherchant à optimiser leurs coûts, certains donneurs d'ordre peuvent faire peser une pression financière sur leurs sous-traitants, parfois contraints de baisser leurs tarifs en limitant leurs coûts salariaux – jusqu'à recourir à de la main d'œuvre sous déclarée ou non déclarée, ou, s'agissant des micro-entrepreneurs, à ne déclarer qu'une partie de leur chiffre d'affaires.

[154] Le HCFiPS avait souligné la nécessité, pour la branche recouvrement, de se doter d'une stratégie en matière de mobilisation de la solidarité financière : de nombreuses questions sont en effet posées : comment garantir que les éléments fournis par le sous-traitant sont justes ? Jusqu'où faut-il actionner la solidarité financière sur une activité partiellement dissimulée ? Comment équilibrer l'action entre le sous-traitant et son donneur d'ordre, plus solvable ?

[155] L'URSSAF a engagé depuis 2023 un important travail en la matière. Après un rappel des règles¹⁸⁵, elle doit aujourd'hui accompagner les organismes dans le déploiement du dispositif. Ce travail doit s'accompagner d'un volet prévention/sensibilisation des donneurs d'ordre avec une campagne nationale de communication ad hoc prévue au deuxième semestre 2024.

[156] Le HCFiPS avait également appelé à une évolution du cadre juridique entourant le dispositif de solidarité financière afin de le rendre plus efficient, avec notamment pour objectif de responsabiliser le donneur d'ordre sur l'ensemble de la chaîne de sous-traitance¹⁸⁶.

[157] Plusieurs éléments nouveaux peuvent aujourd'hui faire évoluer ce sujet.

¹⁸⁵ URSSAF Caisse nationale/Dirrec – 2024 - Lettre collective Solidarité financière.

¹⁸⁶ Recommandation 19.

[158] La directive sur le devoir de vigilance des entreprises a été définitivement adoptée il y a quelques semaines : elle conforte et élargit le devoir de vigilance des entreprises vis-à-vis de leurs sous-traitants.

La directive sur le devoir de vigilance des entreprises

Le devoir de vigilance a été institué par la loi n° 2017-399 du 27 mars 2017 relative au devoir de vigilance des sociétés mères et des entreprises donneuses d'ordre (article L. 225-102-4 du code de commerce). Ainsi, toute société employant au moins 5 000 salariés doit établir et mettre en œuvre un plan de vigilance relatif à l'activité de la société et de l'ensemble des filiales qu'elle contrôle pour prévenir les atteintes graves aux droits humains, libertés fondamentales, à la santé et sécurité des personnes et à l'environnement : « La notion de devoir de vigilance a été forgée par le législateur français afin de remédier au cloisonnement juridique découlant du principe de personnalité juridique des sociétés donneuses d'ordre et leurs sous-traitants ou fournisseurs. Le devoir de vigilance impose donc l'adoption d'instruments susceptibles de prévenir les risques découlant des activités des sociétés donneuses d'ordre et de celles des entités constituant leur chaîne d'approvisionnement¹⁸⁷ ».

Le 24 mai 2024, le Conseil de l'Union européenne a définitivement adoptée la directive sur la diligence raisonnable en matière de durabilité des entreprises («CSDDD»). La directive concerne les entreprises de plus de 1 000 salariés dont le chiffre d'affaires est supérieur à 450 millions d'euros, ainsi que leurs activités, de la production de biens ou la fourniture de services en amont, à la distribution, au transport ou au stockage des produits en aval. Les entreprises concernées par la législation adoptée aujourd'hui devront adopter et mettre en œuvre un système fondé sur les risques pour suivre, prévenir ou réparer les dommages aux droits de l'homme ou à l'environnement recensés par la directive.

La directive impose aux entreprises de veiller à ce que les obligations en matière de droits de l'homme et d'environnement soient respectées tout au long de leur chaîne d'activités. Si un manquement à ces obligations est constaté, les entreprises devront prendre les mesures appropriées pour prévenir, atténuer, supprimer ou réduire le plus possible les incidences négatives découlant de leurs propres activités, de celles de leurs filiales et de celles de leurs partenaires commerciaux dans leur chaîne d'activités. Les entreprises peuvent être tenues responsables des dommages causés et devront assurer leur réparation intégrale.

[159] L'expérience, relatée par Bernard Thibault devant le Haut Conseil, des chantiers des jeux olympiques dans le secteur du BTP ouvre de nouvelles perspectives en la matière : en lien avec la Charte sociale Paris 2024, les schémas de sous-traitance excédant deux niveaux, ont été interdits, sauf exception dûment justifiée. Comme a pu le noter Bernard Thibault, une telle approche, mise correctement en place, peut être gagnante à la fois pour les salariés et pour les entreprises . Il pourrait être intéressant de capitaliser sur cette expérience dans des secteurs comme le BTP...)¹⁸⁸.

¹⁸⁷ Lettre de la DAJ – Le devoir de vigilance des entreprises en matière de durabilité – Rapport de l'Assemblée nationale | economie.gouv.fr

¹⁸⁸ Il est à noter que le secteur de la santé est particulièrement concerné par ce sujet. Hôpitaux et cliniques recourent à de nombreux sous-traitants pour des fonctions supports (restauration, nettoyage, parc informatique, ...) mais aussi pour des activités techniques (stérilisation, biologie, imagerie médicale). Les dépenses de sous-traitance et les prestations extérieures apparaissent mal maîtrisées, ayant augmenté de 24,9 % sur la période 2012-2016 : Cour des

Recommandation n°23 : Capitaliser sur la charte sociale Paris 2024, en travaillant sur le secteur du BTP, pour voir comment limiter les niveaux de sous-traitance et rendre ainsi plus aisé l'exercice du devoir de vigilance et de la solidarité financière.

1.3. Lutter contre les entreprises éphémères

[160] Ce point a également été évoqué largement dans le rapport du Haut Conseil sur le recouvrement social. Non sans lien avec le sujet précédent (les structures qui recourent à du travail dissimulé ont tout intérêt à être éphémères), il pose une question spécifique : l'existence d'entreprises éphémères rend très difficile le recouvrement des cotisations ou la récupération des prestations indûment versées.

Fraude aux prestations et recours au travail dissimulé : deux motivations pour créer des entreprises éphémères dans une logique frauduleuse¹⁸⁹

« Dans certains cas, l'entreprise éphémère est constituée pour bénéficier frauduleusement de certaines prestations sociales qui ne sont accordées qu'en lien avec une activité déclarée (indemnités journalières maladies ou maternité, allocations chômage) ou d'une prise en charge des salaires par l'AGS (Association pour la gestion du régime de garantie des créances de salariés). La structure est ainsi créée pour déclarer des activités ouvrant droit à prestations, pour le compte du créateur de l'entreprise ou pour d'autres personnes qui sont alors déclarées, même si les activités sont essentiellement fictives.

(...) « Dans d'autres cas, l'activité est réelle, c'est-à-dire que l'entreprise a les apparences de la légalité et a une activité productive, mais les salariés sont totalement ou partiellement non-déclarés. Les dirigeants cherchent à réduire leurs coûts de production afin de proposer des tarifs inférieurs à ceux de la concurrence, en utilisant divers moyens : embauche de personnes en situation irrégulière sur le territoire national à qui ils peuvent proposer des conditions de travail et de rémunération non conformes au cadre réglementaire, non-déclaration de salariés, non-déclaration de certaines heures... »

[161] Plusieurs propositions du rapport du HCFiPS ont été prises en compte sur ce point dans le dernier plan gouvernemental de lutte contre la fraude.

Bilan du plan de lutte contre les fraudes sociales, fiscales et douanière, 2024¹⁹⁰

La recommandation n°15 du rapport HCFiPS suggérait d'imposer la fourniture d'une attestation de compte à jour lorsque l'entreprise procède à une liquidation amiable, de telle sorte qu'aucune entreprise ne puisse être liquidée si elle a des dettes vis-à-vis de l'URSSAF : le plan de lutte contre la fraude prévoit de conditionner le recours à la liquidation amiable des sociétés à l'absence de dettes fiscales ou sociales. Cette disposition devrait être mise en place à la fin du 1^{er} semestre 2024.

Comptes, *Le rôle des CHU dans l'offre de soin*, 2018. Selon Bativigie, entreprise spécialisée dans le développement et la commercialisation de logiciels et d'applications de lutte contre le travail dissimulé et services associés, lorsqu'il opte pour une gestion déléguée de ses services généraux, un établissement hospitalier peut avoir des contrats de sous-traitance directs ou indirects avec plus de 100 prestataires extérieurs variés.

¹⁸⁹ Rapport HCFiPS sur l'avenir du recouvrement social, 2023.

¹⁹⁰ [Bilan du plan de lutte contre les fraudes sociales fiscales et douanieres%20\(3\).pdf](#).

La recommandation n°16 préconisait de rationaliser la publicité des transmissions universelles de patrimoine (TUP) auprès d'une entreprise étrangère, de telle sorte que les organismes aient connaissance de ces transmissions et puissent s'y opposer. Le plan de lutte contre la fraude prévoit de rendre obligatoire la publication de la TUP exclusivement au BODACC et de doubler le délai légal d'opposition (soit 2 mois au lieu d'1 mois), afin de permettre aux créanciers, (dont les administrations) de faire opposition le cas échéant¹⁹¹.

1.4. Bien appréhender les risques de dérives associés à l'économie numérique

[162] Le HCFiPS a également souligné à de nombreuses reprises les risques de dérives liés à l'économie numérique : celle-ci constitue encore pour une large part une « zone grise », extrêmement difficile à réguler.

[163] **La mise en place d'un précompte sur les revenus des micro-entrepreneurs recourant aux plateformes** est néanmoins une avancée majeure pour juguler les sous-déclarations très importantes sur cette population.

La mise en place d'un précompte de cotisations par les plateformes

Cette disposition, mise en place par la loi de financement pour 2024 et qui doit entrer en vigueur en 2026, sur un petit nombre de plateformes, puis être généralisée en 2027, fait suite aux recommandations du HCFiPS. Elle prend acte d'une part du taux de sous-déclaration très important constaté sur cette population (voir chapitre 2), d'autre part de la faible utilisation du dispositif optionnel¹⁹² -qui permettait aux micro-entrepreneurs de mandater les plateformes pour déclarer leur chiffre d'affaires (CA) et payer leurs cotisations et contributions auprès des URSSAF mais auquel seules dix plateformes avaient adhéré.

La mise en œuvre du prélèvement se traduira par la mise en place d'un nouveau flux de données entre l'URSSAF d'une part et les opérateurs de plateforme d'autre part ainsi que par la mise à disposition des opérateurs de plateforme d'un service leur permettant de déclarer et de payer les sommes dues par leurs utilisateurs auprès de l'URSSAF.

Pour s'assurer que les chiffres d'affaires et recettes réalisés par l'ensemble des utilisateurs professionnels éligibles sont effectivement précomptés et versés, [le réseau des URSSAF] disposera de deux moyens :

- d'une part, les plateformes seront dans l'obligation de transmettre à [la Caisse nationale] des données permettant d'identifier leurs utilisateur¹⁹³s. Cette transmission leur permettra d'être informées, en retour, des utilisateurs redevables de cotisations et contributions sociales pour lesquels elles devront procéder au prélèvement ;

¹⁹¹ Le décret n° 2024-751 du 7 juillet 2024 rend obligatoire la publication de la dissolution donnant lieu à une procédure de TUP au seul Bulletin officiel des annonces civiles et commerciales (BODACC) et non plus au sein d'un journal d'annonces légales, pour conforter la publicité donnée à la procédure et l'information des créanciers.

¹⁹² Article L. 613-6 du code de la sécurité sociale.

¹⁹³ Ces dispositions s'appliquent à toutes les plateformes numériques, y compris Airbnb. Le champ des opérateurs de plateforme concerné est celui retenu à l'article 242 bis du CGI

- d'autre part, les URSSAF pourront exploiter les données qui sont transmises annuellement par la direction générale des finances publiques (DGFiP). Ces données, collectées par les services fiscaux auprès des opérateurs de plateformes établis en France ou auprès d'autres Etats, comportent des éléments relatifs à l'identité des utilisateurs ayant procédé à des opérations de vente ou à la fourniture de services par l'intermédiaire de plateformes numériques et aux montants des transactions réalisées.

Afin de s'assurer de la qualité des données transmises, le texte autorise explicitement les services fiscaux à transmettre aux URSSAF non seulement les données brutes collectées mais également des données redressées quand des corrections ou compléments ont été apportés par les services de la DGFiP¹⁹⁴.

Le gain attendu est estimé à 144 M€ en 2021 et à 175 M€ en 2022.

2. AGIR SUR LE CADRE JURIDIQUE ET BIEN L'EXPLICITER POUR POSER CORRECTEMENT LES ENJEUX

2.1. Une norme mal construite peut être génératrice de nombreuses erreurs

[164] Les processus de décision politico administratifs sont trop souvent pilotés sans vision globale ni prise en compte du point de vue de l'utilisateur final ce qui conduit à une multiplication des notions mobilisées, y compris sur des sujets très proches. **La discipline numérique** (qui suppose de bien prendre en compte dans l'élaboration de la norme l'architecture informatique en place, de mobiliser autant que faire se peut les données existantes, et en cas d'évolutions nécessaires, de minimiser les coûts induits pour l'ensemble des acteurs) –**indispensable dans un contexte d'interconnexion des systèmes d'information -, est souvent méconnue**, compliquant fortement la gestion : le système ne peut être stable sans qu'une vision, la plus homogène possible des données, ne soit présente. De fait, **le processus de création de la norme crée un environnement juridique toujours plus complexe, générant de manière presque inéluctable des risques de fraude**¹⁹⁵.

[165] Le HCFIPS a souligné ce risque à de nombreuses reprises : une norme ou un processus complexe est, par construction difficile à appréhender ; il emporte son lot d'erreurs et d'accommodements, qui, s'ils sont réitérés, finissent par se traduire par des comportements inadaptés.

[166] L'intelligibilité de la norme est loin d'être garantie à ce jour.

[167] La coexistence de bases ressources diverses pour le calcul des prestations destinées aux plus précaires en offre un exemple criant : elle rend très difficile

¹⁹⁴ Étude d'impact, PLFSS pour 2024.

¹⁹⁵ Dans le même sens, Cour des comptes, *La fraude aux prélèvements obligatoires*, 201 « La fraude a des causes multiples qui renvoient tant à la complexité de la loi fiscale et sociale qu'à des déterminants économiques et sociologiques ».

l'appréhension des assiettes, par les assurés au premier chef, mais aussi parfois par les structures en charge de leur gestion et complique la stabilisation des systèmes d'information.

Des assurés confrontés à une incompréhension des règles

Un exemple fourni par l'Observatoire des non recours aux droits et services¹⁹⁶ et le Secours catholique¹⁹⁷

« Je me suis trompée dans les papiers de Pôle emploi pour la déclaration trimestrielle. On a regardé avec le Secours Catholique, on a rectifié tout ça. C'était mis « le salaire » en premier, après « le chômage », et là j'avais mis «0€ ». Moi je me suis fiée au courrier de Pôle Emploi, comme quoi que l'ASS se terminait au 31 août, mais sur mon espace personnel dans mon ordinateur, il y avait marqué « chômage 510€ ». Donc on a rectifié, ça été la seule erreur que j'ai faite. Ça a fait le bazar, que j'avais fait une fausse déclaration, d'après eux j'avais fraudé. J'ai dit « non, excusez-moi, les papiers j'y connais rien », j'ai dit «je me suis fiée au papier de Pôle Emploi comme quoi le chômage s'était arrêté ». « Vous avez fraudé ». Il n'y a pas qu'eux, Pôle Emploi, qui me l'ont dit. Je suis moi-même allée à la CAF, ils m'ont dit « vous avez fraudé », j'ai dit « attendez non », j'ai fait voir, « tenez le papier », c'est marqué noir sur blanc qu'au 31 août 2019, l'ASS c'était terminé, vu que j'avais cumulé les 4 mois, j'ai fait allusion à ça ».

Des compréhensions différentes selon les organismes

Un exemple fourni par le Défenseur des droits¹⁹⁸

« Les parents de Bruno, allocataire du RSA, ont décidé de l'aider dans les moments difficiles (paiement de ses courses, de ses frais de formation). Bruno ne pensait pas devoir déclarer cette aide lors de l'actualisation de ses droits au RSA. La CAF a pourtant estimé qu'il avait multiplié les erreurs de déclarations, ce qui démontrait son intention frauduleuse. Par conséquent, elle lui a appliqué le régime réservé aux allocataires suspectés de fraude. À l'inverse, le Conseil départemental a considéré que Bruno était de bonne foi et lui a accordé une remise de dette. Bruno ayant saisi le juge, ce dernier a considéré « que s'il est constant que Bruno a omis de mentionner, dans ses déclarations trimestrielles de ressources, la pension alimentaire que sa mère déduisait de ses revenus et qu'elle-même mentionnait dans sa déclaration fiscale de revenu, il ne résulte pas de l'instruction, et notamment de sa seule répétition, que cette omission ait été délibérée ; [...] que dès lors l'indu de RSA ne saurait être regardé comme résultant d'une fausse déclaration ».

[168] Le HCFiPS a souligné l'importance de l'harmonisation de ces bases dans son rapport de 2022 sur le recouvrement social. Ce constat est largement partagé, et particulièrement souligné par le Défenseur des droits: « Le système des prestations sociales est complexe. L'important corpus de règles en la matière est facteur de risques d'erreur pour l'utilisateur et entraîne un risque d'indu. (...) Les informations à destination des usagers sont elles-mêmes sources d'incompréhension et de difficultés. Il en est de même pour les agents des organismes tenus d'appliquer ce corpus de règles. (...). Le contenu même des « ressources » à déclarer varie d'un organisme à l'autre, d'une prestation à une autre, complexifiant d'autant les démarches des usagers et des agents »¹⁹⁹.

¹⁹⁶ L'ODENORE est un dispositif de recherche du Laboratoire de sciences sociales PACTE et de l'Université Grenoble-Alpes.

¹⁹⁷ [rap-nonrecours - def.pdf \(secours-catholique.org\)](#)

¹⁹⁸ [ddd_rapport_fraudes-sociales_2017_20170906.pdf \(defenseurdesdroits.fr\)](#)

¹⁹⁹ [ddd_rapport_fraudes-sociales_2017_20170906.pdf \(defenseurdesdroits.fr\)](#): ce point est également souligné par la Cour des Comptes : « La fraude a des causes multiples qui renvoient tant à la complexité de la loi fiscale et sociale qu'à des déterminants économiques et sociologiques. » Cour des comptes, « Rapport La fraude aux prélèvements obligatoires », 2019.

[169] Pour faciliter la compréhension des allocataires, l'Etat a mis en place en 2023 le « montant net social » : nouvelle information portée sur les bulletins de paie²⁰⁰, il correspond au montant des salaires à déclarer pour avoir droit au RSA et à la prime d'activité²⁰¹. S'il permet une lecture directe des revenus salariaux à prendre en compte pour le calcul de ces prestations, il n'homogénéise pas les assiettes : le montant net social n'est défini ni en fonction de l'assiette fiscale, ni en fonction de l'assiette sociale²⁰². Par ailleurs, il ne concerne « que » les revenus salariaux.

[170] Dans son rapport sur l'avenir du recouvrement social de 2022, le HCFiPS avait souhaité aller au-delà en préconisant la mise en place d'un « revenu social de référence », fixé par le législateur, qui s'imposerait pour toute nouvelle prestation, sauf à justifier expressément de la nécessité d'y déroger²⁰³. Il réitère ici cette proposition –qui a pour objet de clarifier structurellement la base ressource de la protection sociale, en n'ayant plus qu'une référence pour l'ensemble des calculs.

Recommandation n°24 : Mettre en place un « revenu social de référence », fixé par le législateur, qui s'imposerait pour toute nouvelle prestation, sauf à justifier expressément de la nécessité d'y déroger.

[171] Dans le même sens, les déclarations de ressources à intervalles rapprochés sont de nature à accroître le risque d'erreur et de fraude. La CNAF a pu le mesurer suite à la réforme des allocations logement. Pour mémoire, celle-ci a conduit à passer d'une déclaration annuelle (avant réforme), à des déclarations trimestrielles pour certains types de ressources²⁰⁴, et à procéder à un re-calcul trimestriel des prestations logement.

Recommandation n°25 : Retravailler et réharmoniser les périodicités sur lesquelles sont pris en compte les revenus, en éliminant les périodicités trop courtes, ingérables pour les caisses comme pour les allocataires.

²⁰⁰ Progressivement à partir de juillet 2023 et sur les relevés de prestations sociales à partir de janvier 2024.

²⁰¹ Le montant net social sert au calcul du RSA et de la prime d'activité. Il permet de connaître, par lecture directe, le montant du salaire ou du revenu de remplacement à déclarer pour bénéficier du RSA et de la prime d'activité. Les allocataires pourront le repérer facilement et sans besoin de calculer eux-mêmes le bon montant à déclarer. À terme les employeurs et organismes de protection sociale devront déclarer cette information aux caisses d'allocations familiales (CAF) ou de mutualité sociale agricole (MSA), pour qu'elles le reportent directement sur les demandes et les déclarations trimestrielles de ressources. Ce sera plus facile pour l'allocataire car ces documents seront pré-remplis comme la déclaration d'impôts. [Le montant net social, une nouvelle ligne sur les bulletins de paie \(securite-sociale.fr\)](https://www.securite-sociale.fr)

²⁰² L'ensemble des ressources du salarié est ainsi pris en compte, quel que soit leur traitement social ou fiscal. Voir [Montant net social - Boss.gouv.fr](https://www.boss.gouv.fr)

²⁰³ Recommandation 18 du rapport « Rechercher systématiquement, en préalable, la plus grande homogénéité possible des assiettes de prélèvements et des revenus d'activité constitutifs des bases ressource pour faciliter l'intégration en DSN. ». Le défenseur des droits suggère dans le même sens de « *simplifier et harmoniser le contenu des obligations déclaratives et des procédures de demandes de prestations pour les usagers* ».

²⁰⁴ Hors DRM.

2.2. Une norme très (trop) permissive peut susciter des comportements délictueux

[172] Faute de penser les risques associés au contournement possible des règles, le cadre juridique est parfois très (trop) permissif²⁰⁵.

[173] Les règles régissant le tiers payant pour les audio-prothèses offrent un très bon exemple de cette permissivité.

[174] Avec le « 100 % Santé », les assurés sociaux peuvent bénéficier d'aides auditives remboursées sans aucun reste à charge : depuis 2021, le dispositif a très sensiblement amélioré l'accès aux audioprothèses, avec l'appareillage de près de 767 000 personnes pour l'année 2023 (en augmentation de 72% entre 2019 et 2023)²⁰⁶. Parallèlement, le nombre de sociétés adhérentes à l'accord national avec l'assurance maladie s'est fortement accru : sur plus de 6 700 sociétés d'audioprothèses, plus de 1 500 ont été créées entre 2020 et 2022 dont un tiers en Île-de-France²⁰⁷.

[175] Cette évolution s'est accompagnée de nombreuses fraudes, mises en exergue notamment par l'assurance maladie : exercice illégal de la profession d'audioprothésiste, absence de suivi obligatoire du bénéficiaire appareillé, facturation de matériel différent de celui délivré, ordonnances de complaisance ou établissement de fausses ordonnances, pratiques de démarchage et de déplacement à domicile²⁰⁸.

Un témoignage de fraude aux audioprothèses²⁰⁹

« Rebecca a 55 ans, et entend parfaitement. Pourtant, il y a trois mois, elle a reçu un appel d'une personne se prétendant envoyée par l'Assurance Maladie, lui proposant un bilan auditif directement à domicile. "Elle me fait le test, et ensuite elle m'annonce que j'ai 30% de déficience" auditive, explique Rebecca dans le reportage de TF1 en tête de cet article. "J'ai été très surprise", témoigne-t-elle, "mais elle me dit qu'il serait bien que je porte un appareil pour corriger ça, et ne pas rencontrer de déficience plus importante à l'avenir".

²⁰⁵ « En matière de sécurité sociale, les droits et obligations sont issus de textes juridiques dont le volume croît à mesure des nouvelles lois, décrets et arrêtés. Certains textes sont publiés sans tirer toutes les conséquences des dispositions en termes de contrôle à réaliser pour vérifier leur correcte application. À cet égard, l'intégration du risque de fraude dans toute nouvelle mesure législative et réglementaire pourrait être utile afin d'être, en quelque sorte anti-fraud by design. Lorsque des fraudes massives ne sont détectées qu'après la création d'un dispositif et sont inhérentes à la réglementation, il est nécessaire de modifier a posteriori les règles de droit », PROST Jeanne-Marie, *Lutter contre la fraude sociale : nouveaux enjeux*, Gestion & Finances Publiques, 2019.

²⁰⁶ [2024-03-28-DP-LCF.pdf \(ameli.fr\)](#)

²⁰⁷ En 2022, l'Assurance Maladie a pris en charge près de 400 millions d'euros de dépenses d'audioprothèses sur un montant total facturé de 1,6 milliard d'euros. [2023-07_rapport-propositions-pour-2024_assurance-maladie.pdf \(ameli.fr\)](#)

²⁰⁸ Plusieurs contrôles de sociétés d'audioprothèses ont été déployés en 2023, avec des actions pénales en cas de constat avéré que les sociétés emploient du personnel non diplômé, font usage de fausses ordonnances ou facturent des matériels non délivrés. Les résultats des différents contrôles engagés ou à venir seront analysés courant 2024 pour proposer, si besoin, la mise en place de nouveaux mécanismes de régulation des dépenses d'audioprothèses. [2023-07_rapport-propositions-pour-2024_assurance-maladie.pdf \(ameli.fr\)](#)

²⁰⁹ [ENQUÊTE - Fraude : gare aux nombreuses arnaques aux prothèses auditives | TF1 INFO](#)

Elle consulte alors un ami ORL, qui lui explique qu'en réalité, elle n'a aucun problème d'audition, et a probablement été victime d'une arnaque. Les appareils qu'on lui a conseillés, sur la base d'une fausse expertise médicale, coûtent 2000 euros. Mais elle n'aurait **rien eu à payer**, car **depuis 2021, l'ensemble des prothèses auditives sont prises en charge à 100 % par la sécurité sociale**. Une manne d'argent public qui attire les escrocs.

L'assurance-maladie reçoit de plus en plus de signalements. Des assurés constatent par exemple sur leur relevé de sécurité sociale des remboursements pour des appareils auditifs... dont ils n'ont jamais été équipés, nous explique la responsable des fraudes de la CPAM des Hauts-de-Seine. Au total, plusieurs millions d'euros auraient ainsi été subtilisés à l'assurance maladie. C'est souvent l'œuvre de pseudo audioprothésistes, qui se lancent dans le business sans aucun diplôme. L'un d'entre eux a d'ailleurs été condamné en janvier dernier par le tribunal de Bordeaux à trois ans de prison avec sursis, ainsi qu'à de lourdes amendes.

Le risque, pour les personnes vulnérables et qui ont réellement besoin d'un appareil auditif, étant de se retrouver avec des prothèses défectueuses ou mal réglées. Pour éviter les pièges, nous conseille le vice-président du syndicat des audioprothésistes, "il faut une visite médicale préalable et une ordonnance, comme pour le reste des actes qui sont remboursés". D'ici à quelques mois, les audioprothésistes devront obligatoirement afficher leur diplôme dans leur cabinet ».

De nombreuses fraudes constatées par la DGCCRF et par l'assurance maladie

La **DGCCRF** a effectué en 2021 plus de 1000 contrôles auprès de plus de 700 opticiens et d'audioprothésistes. 514 des 710 établissements contrôlés présentaient au moins une anomalie, soit un taux d'établissements en non-conformité de 72%²¹⁰. Plusieurs constats ont été effectués : un quart des suites avait trait à des modifications des modèles de devis ou à des documents mal renseignés ; plus rarement, les contrôles ont révélé des pratiques de dénigrement de l'offre « 100% Santé » présentée comme une « offre basique » ou « bas de gamme », à l'oral ou à l'écrit via des devis modifiés. Chez certains opticiens, l'offre « 100% Santé » n'était parfois pas du tout proposée : les montures n'étaient pas exposées ou présentées en nombre insuffisant, ou encore non signalées comme relevant du « 100% Santé ». Moins directement, d'autres manquements constatés, comme par exemple l'absence d'information du consommateur sur l'obligation de remise de devis, ont pu contribuer également à limiter l'information sur l'offre « 100% Santé »²¹¹

L'ensemble des actions de contrôles réalisées par la CNAM sur les facturations et les centres d'audioprothèses ont permis de détecter et stopper 21,3 millions d'euros de fraudes en 2023. Sur le modèle de l'expérimentation réalisée par la Caisse de Seine-Saint-Denis, plus de 16 000 factures ciblées ont fait l'objet de contrôles approfondis par les CPAM au cours des 3 derniers mois de 2023. Des appels téléphoniques ont été réalisés auprès des bénéficiaires pour s'assurer de la réalité et des conditions de délivrance de l'appareillage auditif concerné. Au total, ces contrôles ont abouti au rejet de plus de 9 000 factures dont notamment plus d'un tiers pour absence d'examen ou d'acte préalable par un médecin comme requis, puis, pour plus de 20% d'une absence de délivrance réelle de l'appareillage et enfin pour 15% environ, de fausses prescriptions médicales...²¹².

²¹⁰ Avec des manquements de gravité variable et non forcément liés à l'application du dispositif « 100% Santé ».

²¹¹ Communiqué de presse DGCCRF 2022, [cp-dgccrf-sante.pdf](#) (economie.gouv.fr)

²¹² [2024-03-28-DP-LCF.pdf](#) (ameli.fr)

[176] Le dispositif est en fait relativement aisé à frauder : en l'absence d'entente préalable²¹³, il suffit que l'audioprothésiste (ou le pseudo audioprothésiste) facture à l'assurance maladie le coût de l'audioprothèse pour que celle-ci lui rembourse le montant facturé, sans que l'assurance maladie n'ait à vérifier, en amont de ce remboursement ni l'existence ni la véracité de la prescription²¹⁴. L'assuré n'ayant aucun reste à charge, il n'est pas intéressé à vérifier le montant de la prestation ; si son NIR a été subtilisé, il peut même ne pas être conscient qu'une audioprothèse a été facturée à son nom.

[177] La mise en place du 100% santé était un projet complexe, qui a été mené de manière tout à fait efficace. Toutefois, pour des prestations qui ne sont pas marquées par le sceau de l'urgence, mais qui emportent des coûts importants tant pour l'assurance maladie que pour les organismes complémentaires, l'absence de consentement formel de l'assuré aurait tout à fait pu être questionnée lors de la mise en place du tiers payant ; de même les conditions d'exercice de la profession auraient pu être interrogées dès la création du dispositif alors que le syndicat des audioprothésistes alertait sur les risques de dérives²¹⁵. Ces questionnements auraient été d'autant plus légitimes qu'une mauvaise prise en charge médicale est de nature à engendrer des risques pour les personnes concernées²¹⁶.

Les propositions du syndicat des audioprothésistes²¹⁷

Constatant les fraudes dans le secteur, le SDA a souligné, dans un communiqué de presse, qu'il avait « alerté les pouvoirs publics depuis plusieurs années sur les dérives que ne manqueraient pas de produire la mise en place des remboursements revalorisés du 100 % santé, si celle-ci n'était pas accompagnée d'une révision concomitante de la trop légère réglementation de la profession d'audioprothésiste ». En novembre 2021, le SDA s'inquiétait déjà du « risque de dérapage du 100 % santé en audiologie ».

Dans ce cadre, il émet plusieurs propositions d'encadrement pour lutter contre les fraudes :

²¹³ Pour mémoire, la procédure d'accord préalable consiste, avant l'exécution de certains actes et traitements médicaux, à demander à l'Assurance maladie si elle accepte de les prendre en charge. Les actes concernés sont notamment les suivants : certains traitements dispensés par les masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes ; les traitements d'orthopédie dento-faciale (ODF) ; certaines pathologies inhabituelles ; certains médicaments (coûteux ou en expérimentation) ; certains appareillages médicaux ; certains examens et analyses de laboratoire ; certains transports (par exemple, les transports de plus de 150 km, les transports en série, les transports en avion ou en bateau de ligne régulière).

²¹⁴ L'audioprothésiste qui souhaite frauder peut réaliser cette fraude d'autant plus aisément qu'il n'est pas tenu de demander sa carte Vitale à l'assuré (article 27 de l'arrêté du 24 juin 2022 portant extension d'application de la convention nationale organisant les rapports entre les audioprothésistes délivrant des produits et prestations inscrits au chapitre 3 du titre II de la liste prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale et l'assurance maladie) : à titre exceptionnel, pour les seuls assurés qui n'ont pas la possibilité de présenter leur carte Vitale, l'entreprise en audioprothèse vérifie les droits sur la base de l'attestation de droit sur support papier. L'organisme de prise en charge règle alors directement à l'entreprise en audioprothèse les sommes correspondant au remboursement dû par l'assurance maladie obligatoire au regard des tarifs de responsabilité en vigueur.

²¹⁵ Des évolutions en ce sens ont été évoquées par la DGOS à l'occasion du 44ème Congrès des audioprothésistes (avril 2024).

²¹⁶ Ainsi que le note le syndicat des audioprothésistes [_CP_SDA_Fraude_en_audioprothese-10.10.2023.pdf \(sdaudio.org\)](#)

²¹⁷ [_CP_SDA_Fraude_en_audioprothese-10.10.2023.pdf \(sdaudio.org\)](#)

«- **lier conventionnellement les remboursements de l'assurance maladie à l'audioprothésiste qui exécute l'appareillage et non à l'établissement qui l'emploie**, comme c'est le cas actuellement, tout en préservant l'indispensable indissociabilité entre le dispositif médical et les prestations d'appareillage et de suivi. Cela permettrait le contrôle et la limitation instantanés des fraudes et des exercices illégaux, l'interdiction de la facturation d'aides auditives par d'autres fournisseurs de la LPP, et la mise en place d'un conventionnement sélectif, sans lequel les fortes inégalités territoriales actuelles ne feront que se renforcer ;

- à défaut de fournir des moyens techniques et humains à l'administration pour gérer le tableau des audioprothésistes, **créer un Ordre des audioprothésistes** permettant que la profession, dont l'exercice est à 100 % libéral, finance elle-même sa régulation. L'Ordre assurerait le suivi des audioprothésistes autorisés à exercer, garantirait la diffusion, la promotion et le respect des règles déontologiques, et serait pourvu d'un pouvoir disciplinaire garant d'un exercice harmonisé de la profession et de la responsabilisation des audioprothésistes. Le futur « service public territorial de l'autonomie » pourrait aussi s'appuyer sur les audioprothésistes dotés d'un cadre d'exercice rénové et encadrés par l'ordre ;

- mettre en place, comme le recommande l'IGAS, un **décret de compétences qui définisse les actes réservés aux audioprothésistes**, clarifiant son rôle et celui de ses assistants dans l'accompagnement des déficients de l'ouïe ;

- **supprimer la dérogation réglementaire**, dont font l'objet les aides auditives, **à l'interdiction générale de publicité des dispositifs médicaux**²¹⁸. Cette modification est un non-sujet sur le plan économique au regard de l'ampleur des fraudes qu'elle facilite, et répond à un enjeu de santé publique. L'exclusion des audioprothèses du champ des biens de consommation permettrait d'en assurer la gestion dans une logique sanitaire.

Recommandation n°26 : S'assurer du consentement de l'assuré lors du remboursement de certaines prestations.

[178] Les fraudes constatées sur les centres de santé offrent un autre exemple de risque induit par des dispositifs trop ouverts : elles sont consécutives à une phase d'allègement du cadre juridique régissant ces centres, destinée à en faciliter le développement (suppression de l'agrément *a priori*, diversification des formes juridiques utilisables...). Les diverses déviations constatées (usages dangereux en termes de santé, agissements frauduleux au regard de l'assurance maladie) ont conduit à une succession d'évolutions législatives « en réaction » destinées à redonner un cadre d'exercice plus sécurisé aux centres de santé.

²¹⁸ Voir article L5213-3 du code de la santé publique et instruction interministérielle n° DSS/SD1C/2020/23 du 20 janvier 2020 relative à la publicité pour les dispositifs d'optique médicale et les aides auditives dans le cadre du « 100 % santé ».

2.3. Une norme mal explicitée peut conduire à mal positionner les enjeux

[179] Les fraudes « à la résidence » offrent l'exemple d'une problématique souvent mal comprise, faute d'explicitation correcte de la norme²¹⁹ et qui induit une grande incompréhension des enjeux et donc une analyse de risque potentiellement inadaptée. **Qui a droit ? C'est une vraie question, souvent mal posée.**

[180] La fraude peut commencer par le fait, pour une personne, de demander et obtenir des prestations sociales du système français alors qu'elle ne remplit pas les conditions pour en relever.

[181] Le système de protection sociale a évolué progressivement vers ce que l'on nomme abusivement « universalité » dans des branches comme la famille ou la maladie. Il n'y a pas, bien entendu, d'universalité : il reste des conditions pour bénéficier du système de prestations sociales français. Souvent on considère que ces conditions sont exclusivement la résidence régulière pour les prestations maladie et famille. La situation est plus compliquée, puisque le droit sous condition de résidence doit se combiner avec le droit en vigueur dans l'Union européenne pour le rattachement à une sécurité sociale nationale –règles dites de coordination- : en vertu de ces règles, le rattachement est dicté par le pays d'emploi²²⁰. En outre, dans certains cas comme les frontaliers suisses (les personnes résidant en France et travaillant en Suisse²²¹), il existe un droit d'option. Par ailleurs, quand on évoque l'accès au droit, on oublie trop souvent l'importance d'une présence stable sur le territoire.

[182] **Faute de disposer d'une vision claire de ces notions, le sujet est souvent traité de manière très approximative.**

[183] **L'attention se focalise sur la résidence, alors qu'elle n'est qu'une des conditions alternatives pour bénéficier des prestations : l'entrée dans le droit est gérée de manière dominante par le critère d'activité.** Pour l'assurance maladie, l'activité reste, en droit, le critère premier d'affiliation – le critère de résidence étant un critère subsidiaire ²²².

²¹⁹ De nombreux rapports ont abordé ce sujet récemment : outre les rapports (Nathalie GOULET et Carole GRANDJEAN, *Lutter contre les fraudes aux prestations sociales, un levier de justice sociale pour une juste prestation*, 2019, Assemblée Nationale, *Rapport fait au nom de la commission d'enquête relative à la lutte contre les fraudes aux prestations sociales*, par M. Patrick HETZEL et M. Pascal BRINDEAU, 2020 : le rapport pointait « la sécurisation insuffisante de l'immatriculation à la sécurité sociale des personnes nées à l'étranger » ou un « besoin de sécurisation de l'identité face à l'évolution de la fraude » ; Sénat, rapport d'information sur les conséquences de la fraude documentaire sur la fraude sociale, par M. Jean-Marie VANLERENBERGHE, 2019, Proposition de loi du Sénat tendant à appliquer diverses mesures urgentes pour lutter contre les fraudes sociales, 2020). La Cour des comptes a, par deux fois, produit des analyses sur le sujet en 2020 puis en 2023.

²²⁰ Pour les pays hors Union européenne, dans la majeure partie des cas, des conventions bilatérales régissent les différentes règles de rattachement.

²²¹ Voir annexe.

²²² Article L160-1 du code de la sécurité sociale.

Les salariés détachés de France, bien qu'ils ne résident pas en France pendant leur détachement, continuent d'ouvrir leurs droits au régime français –auprès duquel les cotisations demeurent versées. En droit communautaire²²³, l'Etat compétent pour le service des prestations est celui où s'exerce l'activité : ainsi, alors que le bénéfice des prestations familiales est ouvert, en droit interne, sous seule condition de résidence, c'est la situation d'emploi de la personne et non sa résidence qui va déterminer prioritairement le régime compétent pour servir les prestations lorsque cette personne exerce son droit de circulation au sein de l'Union européenne²²⁴.

[184] La question de la régularité des titres de séjour est très fortement mise en avant, alors que la question de la stabilité sur le territoire est tout aussi centrale. Hors les situations dans lesquelles l'affiliation est effectuée sous critère d'activité et où les prestations sont dites « exportables » - c'est-à-dire peuvent être servies à l'étranger²²⁵, la condition de stabilité s'applique à tous : elle est exigée pour le service des prestations familiales, pour les prestations logement, pour la PUMA lorsque les personnes sont inactives, pour le RSA, pour l'ASPA etc...

La stabilité de la résidence

La notion de stabilité de la résidence est définie à l'article R11-2 du code de la sécurité sociale : sont considérées comme résidant en France les personnes qui ont sur le territoire métropolitain ou dans un département d'outre-mer leur foyer ou le lieu de leur séjour principal.

« Le foyer s'entend du lieu où les personnes habitent normalement, c'est-à-dire du lieu de leur résidence habituelle, à condition que cette résidence sur le territoire métropolitain ou dans un département d'outre-mer ait un caractère permanent. Comme précisé par la direction de la sécurité sociale dans une circulaire de 2008²²⁶, « le foyer est une notion objective et concrète qui doit être appréciée à partir d'un faisceau d'indices de toute nature économique, juridique, familiale, sociale voire affective et qui atteste de la présence permanente et continue en France ».

La condition de séjour principal est satisfaite lorsque les bénéficiaires sont personnellement et effectivement présents à titre principal sur le territoire métropolitain ou dans un département d'outre-mer. *« La notion de séjour principal s'analyse comme une présence effective de plus de six mois soit plus de 180 jours²²⁷ ».*

²²³ Règlement (CE) n°883/2004 du Parlement Européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale. Point 17 : « il est approprié de déterminer comme législation applicable, en règle générale, la législation de l'Etat membre dans lequel l'intéressé exerce son activité salariée ou non salariée ».

²²⁴ Exemple : S'il n'existe qu'une seule relation de travail le pays d'activité est prioritaire et verse dans ce cas tout d'abord l'intégralité des prestations familiales. Le pays de résidence de la famille verse le cas échéant un complément différentiel. *La famille (deux enfants, 3 et 5 ans) habite en Allemagne. Le père travaille en France, la mère est sans emploi. La France (prioritaire) verse les allocations familiales et l'Allemagne verse le complément différentiel puisque les prestations familiales sont plus élevées en Allemagne. — INFOBEST*

²²⁵ Prestations de retraite (à l'exception de celles du minimum vieillesse), rentes d'accidents du travail-maladies professionnelles (AT-MP) et pensions d'invalidité.

²²⁶ Circulaire DSS/2A/2B/3A/2008/245 du 22 juillet 2008 relative aux modalités de contrôle de la condition de résidence pour le bénéfice de certaines prestations sociales.

²²⁷ Circulaire DSS/2A/2B/3A/2008/245 du 22 juillet 2008 relative aux modalités de contrôle de la condition de résidence pour le bénéfice de certaines prestations sociales.

[185] Passer d'un prisme axé sur le droit de séjour à une vision qui souligne l'importance de la stabilité de la résidence modifie considérablement l'approche. Alors que les questions de droit de séjour ne concernent que les étrangers, la question de la stabilité de la résidence concerne autant les Français que les étrangers. Alors que l'attention est focalisée sur le contrôle des titres de séjours, la question du contrôle de la stabilité (beaucoup plus complexe- voir chapitre 4), est beaucoup moins prise en compte, en tous cas dans le débat public.

[186] Si l'on s'attache au droit de séjour, le regard est principalement porté sur les ressortissants extracommunautaires, alors que le sujet le plus complexe en droit est sans doute celui des ressortissants communautaires et, en particulier des inactifs communautaires.

[187] Les dernières instructions ministérielles portant sur le droit des inactifs communautaires datent d'avant la mise en place de la PUMA. Conformément à la règle qui prévaut en matière de droit de séjour, les intéressés doivent disposer, quand ils entrent pour y résider sur le territoire d'un Etat membre autre que leur Etat membre d'origine, d'une part de ressources suffisantes, d'autre part, d'une assurance maladie ; l'esprit de la directive de 2004 d'où découlent ces principes était de proscrire, au sein de l'Europe, tout « tourisme » social. Il a été admis que les personnes disposeraient de l'assurance maladie française après 3 mois de résidence sur le territoire (selon les règles applicables à tout nouvel entrant inactif), sous réserve de disposer des revenus suffisants, limitant à la seule condition de revenus les exigences requises pour résider régulièrement en France. Aucune analyse n'a été effectuée sur la consommation de soins des intéressés. Une étude permettrait de valider les choix d'affiliation effectués par les autorités françaises et leur pleine cohérence avec le droit communautaire.

Recommandation n°27 : Faire une étude sur la consommation de soins des ressortissants communautaires inactifs dans l'année suivant leur affiliation à l'assurance maladie française²²⁸.

[188] La difficile appréhension de ce cadre juridique est accrue par le fait que les notions de droit de séjour et de stabilité sont parfois enchevêtrées dans les textes.

[189] Ainsi, pour bénéficier du RSA, un ressortissant extracommunautaire doit être titulaire d'un titre l'autorisant à travailler depuis au moins 5 ans ; le droit à l'ASPA est ouvert aux citoyens extracommunautaires s'ils justifient d'une période continue de 10 ans sur le territoire par la présentation d'un titre de séjour autorisant à travailler²²⁹. Ce

²²⁸ Une requête nationale devra être mise en œuvre et réalisée dans tous les organismes pour répondre à cette recommandation.

²²⁹ Cette condition n'est pas demandée aux apatrides ou réfugiés, aux étrangers ayant combattu pour la France, aux bénéficiaires de la protection subsidiaire.

contrôle de la condition de l'antériorité de résidence, par la production de titres de séjour n'est pas sans poser de difficultés aux caisses de sécurité sociale. Suite à la difficulté d'administrer cette preuve, le Parlement a dû récemment prévoir, pour l'ASPA, que la durée de résidence précédant l'octroi de la prestation puisse être attestée par les trimestres d'assurance acquis aux régimes vieillesse par la personne concernée²³⁰, recréant ainsi, de fait, un droit d'accès ne se référant qu'à la seule législation de sécurité sociale.

[190] En l'absence de titre attestant de la régularité du séjour, l'analyse de la régularité du séjour des ressortissants communautaires inactifs²³¹ (5 600 personnes ont été affiliées à ce titre à la PUMA en 2023²³²) incombe, sauf cas particuliers, aux caisses de sécurité sociale²³³ : le processus applicable à cette population est donc distinct de celui appliqué pour les autres étrangers pour lesquels la condition de régularité du séjour est gérée par le ministère de l'intérieur. On doit noter que, dans des pays comme la Belgique, ces deux notions sont systématiquement gérées par des opérateurs distincts (ministère de l'intérieur d'une part, sécurité sociale, d'autre part), ce qui évite toute confusion des rôles.

Recommandation n°28 : Faire évoluer les textes et / ou les pratiques pour désenchevêtrer droit du séjour et résidence et clarifier le rôle des acteurs (services du ministère de l'intérieur / caisses de sécurité sociale).

2.4. Une norme mal pensée peut limiter les capacités de contrôle

²³⁰ Sénat, Rapport n°322 sur le projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement : « Certaines personnes âgées de nationalité étrangère sont susceptibles d'avoir égaré leurs titres de séjour et le fait que le respect des 10 ans de résidence puisse être apprécié au regard des périodes d'assurance pendant lesquelles elles ont cotisé à une caisse de retraite simplifiera considérablement leurs démarches administratives. De fait, si la caisse de retraite a bien conservé la trace des cotisations versées par la personne âgée au cours de sa carrière, celle-ci sera présumée avoir détenu un titre de séjour au cours de la période considérée, puisqu'il est légalement impossible de travailler et de cotiser ».

²³¹ Contrairement aux personnes extracommunautaires, les ressortissants communautaires ne sont pas munis de titre de séjour. Ils n'en sont pas moins soumis à un « droit au séjour » : si tout citoyen européen, ressortissant d'un pays de l'Union européenne, dispose de la liberté de circulation et du droit de travailler au sein de l'Union, cette liberté est en effet encadrée après trois mois de séjour.

²³² Le CREIC, centre national placé auprès de la CPAM de Nîmes, qui gère l'affiliation des ressortissants communautaires inactifs pour l'ensemble de l'assurance maladie, a reçu 19 921 demandes en 2023 et affilié à la PUMA, suite à examen du dossier, 5 651 personnes au titre de ce régime spécifique.

²³³ Circulaire DSS/2B n° 2009-146 du 3 juin 2009 relative au bénéfice des prestations familiales des ressortissants de l'Union européenne, de l'espace économique européen et de la Suisse en situation d'inactivité professionnelle sur le territoire français : « La régularité du séjour : Cette condition doit être examinée par les caisses et non par les préfetures, sauf cas particuliers (doute sérieux sur l'existence ou non d'un droit au séjour ou résidence déclarée régulière et ininterrompue depuis plus de cinq ans). En effet, les dispositions de la directive 2004/38/CE précisent que la délivrance d'un titre de séjour ne peut en aucun cas constituer une condition préalable à l'exercice d'un droit, la qualité du bénéficiaire pouvant être attestée par tout autre moyen de preuve ».

[191] L'exigence d'une présence sur le territoire avant service de la prestation est très variable : pour les étrangers extracommunautaires, elle est de 10 ans pour l'ASPA²³⁴, 5 ans pour le RSA²³⁵ ou la prime d'activité²³⁶ ; 3 mois pour la PUMA des personnes inactives quelle que soit la nationalité du demandeur ; aucune présence sur le territoire n'est de fait exigée pour les prestations familiales, la charge d'enfants étant déjà là, les prestations familiales étant faites pour la couvrir (l'ouverture du droit se fait le mois suivant celui de l'installation en France²³⁷). Une personne qui entre sur le territoire avec des enfants peut donc être immédiatement éligible aux prestations familiales, mais non à l'assurance maladie.

[192] Outre les conditions de durée de résidence sur le territoire antérieure au versement de la prestation, des conditions de résidence sont exigées pendant le versement de la prestation. Les durées de présence pendant le service de la prestation diffèrent également selon les prestations. Le contrôle de ces durées de résidence s'opère a posteriori. Un contrôle peut faire apparaître qu'une personne peut être bénéficiaire de la PUMA mais en revanche devoir un indu au titre des prestations logement en ayant résidé plus de 6 mois mais ne pas avoir résidé au moins 8 mois dans sa résidence.

Durées de résidence requises pour le bénéfice des prestations

	Durée de résidence requise
PUMA	6 mois
Allocation supplémentaire invalidité	6 mois
Allocation logement	8 mois d'occupation du logement
Prestations familiales	9 mois (6 mois précédemment)*
ASPA	9 mois (6 mois précédemment)
Maintien de droit aux prestations en espèces	6 mois
Allocations chômage	330 jours

*Modifié par le décret n° 2024-361 du 19 avril 2024, applicable au 1^{er} janvier 2025

[193] La multiplication des délais de résidence nuit à l'intelligibilité de la règle du point de vue des assurés (on peut être stable « différemment » selon les risques) mais également du point de vue des organismes, quand il s'agit d'organiser les contrôles.

[194] Cela a deux conséquences essentielles : faute de socle commun, il n'est pas possible de mutualiser pleinement les résultats des vérifications ; surtout, faute de

²³⁴ Article L.816-1 du code de la sécurité sociale.

²³⁵ Article L.262-4 du code de l'action sociale et des familles.

²³⁶ Article L842-2 du code de la sécurité sociale.

²³⁷ Un droit aux prestations familiales peut être reconnu même en l'absence de résidence en France des enfants, si un règlement communautaire ou une convention internationale le prévoit, sur la base de l'activité d'au moins un des deux parents.

référence commune, il est impossible d'utiliser systématiquement la source de vérification la plus efficace sur le sujet, à savoir le fichier des résidents fiscaux tenu par l'administration fiscale. Il faut rappeler ici que sont considérés comme fiscalement domiciliés en France les contribuables qui séjournent pendant plus de six mois en France au cours d'une année donnée²³⁸ et que les croisements avec les fichiers de l'administration fiscale sont les plus pertinents pour effectuer le contrôle de cette règle : c'est en effet par rapport à l'administration fiscale que les personnes ont le plus d'intérêt à déclarer leur départ de France puisque cela leur permet de ne pas être assujetti à l'impôt sur le revenu²³⁹.

[195] Dans ce cadre, le HCFiPS souhaite souligner qu'il convient d'éviter la création d'incohérences inutiles, par ailleurs préjudiciables aux opérations de contrôle : ainsi, le passage à 9 mois de la condition de stabilité pour seulement une partie des prestations conduit à déconnecter le droit de la source de contrôle la plus simple, à savoir la résidence fiscale, sans que le gain attendu n'ait été réellement évalué.

Recommandation n°29 : Harmoniser les durées de résidence pour favoriser les contrôles et clarifier le droit applicable pour les personnes.

[196] Dans le même esprit, les évolutions du cadre juridique applicable aux micro-entrepreneurs ont été guidées par des allègements successifs destinés à faciliter l'accès à ce statut : en raison de leur coût²⁴⁰, les formations obligatoires lors de l'installation des artisans ont été supprimées et l'obligation de compte bancaire professionnel a été abandonnée pour les activités les moins lucratives²⁴¹.

²³⁸ Article 4 B du code général des impôts. En règle générale, doivent être considérés comme ayant en France le lieu de leur séjour principal les contribuables qui y séjournent pendant plus de six mois au cours d'une année donnée. La durée de séjour de plus de six mois au cours d'une même année ne constitue pas un critère absolu. En effet, le Conseil d'État s'est abstenu de se référer à ce critère lorsque les circonstances de fait donnaient à penser que le contribuable avait bien en France, le lieu de son séjour principal et notamment dans le cas où au cours des années considérées, l'intéressé avait résidé en France pendant une durée nettement supérieure à celle des séjours effectués dans différents pays.

²³⁹ Voir chapitre 5. Le code de la sécurité sociale rappelle néanmoins (article R115-7) que « toute personne est tenue de déclarer à l'un des organismes qui assure le service d'une prestation mentionnée au premier alinéa de l'article [R. 111-2](#) dont elle relève tout changement dans sa situation familiale ou dans son lieu de résidence, notamment en cas de transfert de sa résidence hors du territoire métropolitain de la France ou d'un département d'outre-mer qui remettrait en cause le bénéfice des prestations servies par cet organisme ».

²⁴⁰ Le stage de préparation à l'installation (SPI) est facultatif depuis le 24 mai 2019 pour les ME artisans (comme pour l'ensemble des artisans).

²⁴¹ L'ouverture d'un compte bancaire professionnel n'est pas obligatoire au moment de la création de la microentreprise, S'il est obligatoire d'avoir un compte bancaire, le compte personnel suffit. Si au cours de l'activité, le chiffre d'affaires annuel dépasse 10 000 € durant 2 années consécutives, le micro-entrepreneur a l'obligation de créer un compte dédié à son activité professionnelle. En 2016, constatant que cette obligation entraînait un coût substantiel pour les microentreprises et constituait une formalité administrative supplémentaire, alors même qu'elle n'existait pas pour les entrepreneurs individuels au régime réel, le Gouvernement avait proposé de supprimer cette obligation dans le cadre de l'examen du projet de loi relatif à la transparence, à la lutte contre la corruption et à la modernisation de la vie économique. Par amendement, il avait alors été décidé de maintenir cette obligation en la décalant toutefois d'un an après la création de la microentreprise. Cette solution était apparue comme un « équilibre acceptable » entre d'un côté, l'utilité que représente une telle obligation pour le travailleur indépendant mais aussi les services de contrôle

[197] La suppression de l'exigence d'un compte bancaire professionnel complique le contrôle : comme souligné lors des débats parlementaires « *l'existence d'un compte bancaire dédié à l'entreprise permet au contrôleur de ne pas avoir à distinguer les dépenses professionnelles et protège ainsi la vie privée du travailleur indépendant* »²⁴². Pour autant, alors que les risques de sous-déclaration sont majeurs et parfaitement étayés sur cette population²⁴³, le choix a été fait de supprimer les contraintes pour lever « *les freins à la création et au développement de l'activité indépendante* »²⁴⁴.

3. ACCOMPAGNER ET RESPONSABILISER ASSURES SOCIAUX ET PROFESSIONNELS DE SANTE

[198] Au-delà du cadre juridique lui-même, la prévention passe par l'accompagnement et la responsabilisation des assurés sociaux et des professionnels de santé. On n'évoquera pas ici l'accompagnement des entreprises qui a été largement développé dans de précédents rapports du HCFIPS, notamment dans ceux sur les travailleurs indépendants et sur l'avenir du recouvrement social auquel on peut se reporter.

3.1. Permettre aux assurés sociaux de bien appréhender les règles applicables

[199] Un travail pédagogique est indispensable pour donner un accès clair aux règles applicables.

[200] Si l'on reprend l'exemple des conditions d'ouverture de droit, plusieurs sites coexistent : les sites des organismes, le site du CLEISS, le site *service-public.fr*²⁴⁵. Organisés par prestations, aucun ne permet une vue panoptique des conditions applicables à l'entrée sur le territoire : un Français inactif entrant sur le territoire ne

et d'un autre côté, le coût qu'elle représente pour les microentreprises (environ 240 euros par an pour un compte professionnel, 60 à 96 euros pour un compte non professionnel). Dans la continuité de ces deux textes, la loi Pacte a à nouveau ajusté le cadre juridique en prévoyant une obligation au-delà d'un seuil de 10 000 euros, afin de « limiter le risque de fraude aux cotisations sociales ». Rapport fait au nom de la commission spéciale sur le projet de loi relatif à la croissance et la transformation des entreprises, par MM. Michel CANEVET, Jean-François HUSSON et Mme Élisabeth LAMURE, Sénat, 2019.

²⁴² Rapport fait au nom de la commission spéciale sur le projet de loi relatif à la croissance et la transformation des entreprises, par MM. Michel CANEVET, Jean-François HUSSON et Mme Élisabeth LAMURE, Sénat, 2019.

²⁴³ [HCFIPS - Travail dissimulé 2023 \(strategie.gouv.fr\)](https://strategie.gouv.fr) : le taux de cotisations éludées des micro-entrepreneurs était compris entre 17 % et 26 % en 2020, soit un montant de cotisations éludées de l'ordre de 570 M€ à 1 Md€ en 2020 (entre 1 Md€ et 1,5 Md€ en 2021, à taux de cotisations éludées inchangé) ; les micro-entrepreneurs intervenant sur des plateformes ont un taux de cotisations éludées qui s'élève à 42% (représentant 174 M€ de cotisations), ce chiffre atteignant 62% pour les VTC et 70% pour la livraison.

²⁴⁴. « *Le seuil de 10 000 euros, résultant des débats à l'Assemblée nationale, permet de limiter le risque de fraude aux cotisations sociales. Ce niveau de rémunération est en effet accessoire, ce qui signifie que le micro-entrepreneur est tenu d'avoir une activité principale pour laquelle il contribue à la sécurité sociale* » Rapport fait au nom de la commission spéciale sur le projet de loi relatif à la croissance et la transformation des entreprises, par MM. Michel CANEVET, Jean-François HUSSON et Mme Élisabeth LAMURE, Sénat, 2019.

²⁴⁵ Administré par la Direction de l'information légale et administrative.

peut ainsi savoir aisément qu'il bénéficiera sans délai des prestations familiales, mais qu'il devra attendre 3 mois pour ouvrir droit à la PUMA ou au RSA... Par ailleurs, ces sites sont souvent très techniques dans leur rédaction et ne sont accessibles, pour l'essentiel, qu'en français (certaines mentions figurent en langue étrangère, mais d'une manière qui semble, *a priori*, relativement aléatoire). Compte tenu de la technicité des sujets, ce « monolinguisme » ne facilite pas l'accès à l'information pour les étrangers.

Recommandation n°30 : Récapituler les règles applicables au sein d'un site unique, accessible et compréhensible pour tous (appliquant des règles FALC – facile à lire et à comprendre²⁴⁶ – et permettant des traductions).

[201] Par ailleurs, il est nécessaire de s'assurer de la cohérence des informations publiques. Même si la population est marginale, le traitement sur les différents sites de l'accès aux droits des inactifs communautaires n'est pas identique, faute d'une pleine clarification des règles applicables²⁴⁷.

Recommandation n°31 : S'assurer de la cohérence des informations fournies sur les sites publics décrivant les conditions d'accès aux droits.

[202] Enfin, comme le recommande le Défenseur des droits, il est nécessaire d'assurer la publicité des positions prises par l'administration. « *Pour certaines nationalités, la jurisprudence puis les circulaires internes aux caisses chargées de verser l'ASPA ont admis l'inopposabilité de [la condition d'antériorité de 10 ans applicable à cette prestation] au regard des conventions internationales*²⁴⁸. Ces instructions étant peu connues des intéressés, le Défenseur des droits réitère régulièrement sa recommandation au ministère chargé des affaires sociales tendant à les rendre publiques »²⁴⁹.

Recommandation n°32 : Assurer la publicité des règles applicables, s'agissant notamment des conditions d'accès aux droits.

²⁴⁶ Le facile à lire et à comprendre (FALC) est une méthode qui a pour but de traduire un langage classique en un langage simplifié. Le FALC permet de rendre l'information plus simple et plus claire et est ainsi utile à tout le monde, notamment aux personnes en situation de handicap, dyslexiques, âgées ou encore maîtrisant mal la langue française.

²⁴⁷ Site du CLEISS : « Si vous êtes un ressortissant européen et que vous n'ouvrez pas droit à l'assurance maladie légale de votre pays d'origine (au titre d'une activité professionnelle, d'une pension servie par un régime de base, d'une prestation de chômage, etc.), l'accès à la protection universelle maladie (PUMA) et à la Complémentaire santé solidaire ne vous sera pas automatiquement accordé. Cet accès sera possible si vous avez la qualité de résident permanent. Si vous résidez sur le territoire français depuis moins de 5 ans, votre situation sera examinée par la caisse d'assurance maladie au cas par cas. » Vous venez en France pour résider et vous êtes inactif (CLEISS.fr) ; Ameli : « Si vous êtes toujours couverts par l'assurance maladie de votre état d'origine, vous ne pourrez pas prétendre à bénéficier de l'assurance maladie française. ; Si vous ne relevez plus de l'assurance maladie de votre état d'origine, vous pouvez demander à bénéficier de l'assurance maladie française si vous êtes en situation régulière sur le territoire français. Une situation est dite régulière après 3 mois de présence en France et qui peuvent être justifiés ». Ressortissant communautaire inactif | ameli.fr | Assuré

²⁴⁸ C'est notamment le cas des ressortissants algériens, gabonais et de certaines catégories de ressortissants marocains, tunisiens, israéliens, béninois, cap-verdiens, congolais, malgaches, maliens, sénégalais et togolais.

²⁴⁹ Défenseur des droits, fiches réforme n°29, *Les personnes âgées étrangères*, 2023.

3.2. Restaurer un contrôle par l'assuré de la sincérité des déclarations des professionnels de santé

[203] Dans le secteur de la santé, l'évolution de la liquidation a conduit de fait à abandonner le contrôle par l'assuré de la déclaration de l'acte réalisé : avant la mise en place des télétransmissions, l'assuré recevait une feuille de soins qu'il adressait à l'assurance maladie : le processus de prescription était matérialisé et contrôlable par l'assuré. Aujourd'hui, avec la télétransmission des feuilles de soins, la capacité des assurés à surveiller la dépense s'est fortement réduite : l'absence de trace « papier » lors des facturations rend complexe le décodage des actes réalisés, et suppose une consultation de son compte en ligne.

[204] Le tiers payant accroît cette situation, en supprimant tout intérêt financier à la compréhension de la facturation (voir ci-dessus, l'exemple des audio-prothèses).

[205] Par ailleurs, la complexité de la tarification est un frein à la compréhension des sommes facturées par les professionnels de santé.

De l'incompréhension de la nomenclature par les assurés²⁵⁰

« Quel patient notera qu'un infirmier venu pour une « perfusion courte sous surveillance continue » (28,35 euros) a déclaré, en sus, un « arrêt et retrait d'un dispositif de perfusion » (15,75 euros), normalement réservé aux perfusions longues, puisque l'arrêt et le retrait du dispositif sont inclus dans le forfait de la perfusion courte ? Qui relèvera qu'un infirmier a enfreint l'article 11B de la nomenclature en facturant à taux plein les pansements qu'il a faits aux deux jambes d'un patient, alors qu'il aurait dû coter la seconde à 50 % seulement ?

[206] Le « contrôle » de l'assuré sur la facturation est ainsi devenu très résiduel pour l'essentiel des actes.

[207] Il ne s'agit pas ici de remettre en cause des évolutions favorables à l'accès aux droits : la télétransmission est très positive en termes de délais et de sécurité des échanges ; le tiers payant favorise l'accès aux droits des personnes les plus vulnérables. Il s'agit simplement de prendre conscience de cette situation et de trouver des appuis pour restaurer un contrôle de l'assuré sur la dépense.

[208] Pour ce qui est de l'assurance maladie, la capacité à prendre connaissance de la facturation est aujourd'hui réactivée : la feuille de route gouvernementale de 2023 prévoit qu'à compter de 2025 les assurés se verront notifier par « push » via un e-mail les frais facturés pour leur compte, pour tous les paiements en tiers payant ainsi que les IJ subrogées.

²⁵⁰ Fraude à l'Assurance-maladie : quand les escrocs sont les infirmiers, les kinés ou les médecins, par Henri Seckel, Le Monde, 06 octobre 2023, [Fraude à l'Assurance-maladie : quand les escrocs sont les infirmiers, les kinés ou les médecins \(lemonde.fr\)](https://www.lemonde.fr)

Mettre en place un système permettant à l'assuré de signaler des frais de santé pris en charge à tort ²⁵¹

« Pour renforcer les outils de détection et la sanction des fraudes à l'assurance maladie, il appartient désormais de mieux repérer les facturations d'actes fictifs par certains professionnels de santé, qui se développent au détriment d'assurés dont le numéro de sécurité sociale est utilisé à des fins frauduleuses. Ces fraudes sont facilitées par le fait que les assurés n'ont plus systématiquement à faire d'avance de frais chez les professionnels de santé exerçant en ville depuis la généralisation du tiers payant.

La mesure permettra, fin 2024, à tous les assurés de signaler via leur compte Ameli toute facturation suspecte ayant donné lieu à remboursement de soins en leur nom. À compter de 2025, le dispositif sera complété par la notification aux assurés des frais de santé pris en charge en tiers payant et également les IJ subrogées versées aux employeurs. L'assuré, par sa vigilance accrue, deviendra ainsi un acteur de la lutte contre les fraudes ».

[209] Cette démarche va dans le bon sens. Elle positionne néanmoins le contrôle en aval de la facturation, et le risque est non nul que beaucoup d'assurés n'attachent que peu d'attention à cette information. La réflexion pourrait donc aller au-delà, en remontant l'intervention de l'assuré au stade de la facturation : il s'agirait par exemple de travailler sur la possibilité d'imposer une signature électronique de l'assuré pour tout acte excédant un certain montant²⁵².

[210] Au-delà, tout en veillant à garantir l'accès aux droits pour les populations les plus vulnérables, la question de la gratuité totale pourrait être interrogée dans certaines situations : comme on l'a vu sur le champ de l'audioprothèse, la gratuité appelle les escrocs ; une participation financière, même faible, des assurés permettrait de s'assurer de leur vigilance lorsqu'ils sont sollicités mal à propos.

[211] Une simplification des conditions de facturation serait également favorable à cette approche. Mais ce sujet, d'une très grande complexité, dépasse le champ de ce rapport (elle a trait à l'ensemble des conditions de rémunérations des professionnels de santé ²⁵³).

[212] Pour ce qui est des prestations versées par la branche famille, les processus d'automatisation en cours en matière d'acquisition des données de revenus doivent également être réfléchis de telle sorte que les allocataires conservent une vigilance sur leurs données : l'automatisation de l'acquisition d'un certain nombre d'éléments permise par le DRM ne doit pas se traduire par une perte totale de contrôle sur les éléments déclarés. Une validation de ces données doit être prévue dans le dispositif, à l'instar de ce qui existe, en matière fiscale, pour l'impôt sur le revenu.

²⁵¹ Feuille de route « lutte contre toutes les fraudes aux finances publiques », 2023.

²⁵² L'utilisation de la carte Vitale vaut signature électroniques (cf. article R.161-43 CSS). Des négociations sont en cours sur l'audioprothèse pour interdire le tiers payant en dehors des cas d'utilisation de la carte Vitale. L'extension à d'autres actes pourrait répondre à la problématique.

²⁵³ Voir sur cette question, la grande différence entre les approches allemande et française, dans le rapport de l'IRDES sur les comparaisons des dépenses de santé entre France et Allemagne.

Comment impliquer les usagers du service public dans leurs déclarations de revenus : le regard des chercheurs²⁵⁴

« L'enseignement principal des travaux académiques (...) est que le degré d'implication des contribuables dans leur décision de déclaration est de nature à infléchir considérablement les montants de revenus déclarés. En termes de politiques publiques, une première piste qui se dégage (...) consiste à (...) faire précéder la déclaration d'un engagement sur l'honneur, dont la signature, pour produire de l'engagement, devrait être laissée à discrétion du contribuable²⁵⁵ ».

Dans l'expérience dite de la « fraude fiscale sous serment », les chercheurs constatent que « s'il conduit à une augmentation massive du montant d'impôt collecté, l'effet de l'engagement semble (...) être concentré sur un sous-ensemble très particulier de contribuables : les fraudeurs convaincus, qui dissimulent l'intégralité de leur revenu et les contribuables scrupuleux, qui en déclarent l'intégralité, sont également insensibles à l'engagement (...). Seuls réagissent (...) les contribuables dont les décisions en son absence se porteraient sur de choix intermédiaires qui ne correspondent ni à une préférence forte pour la fraude ni à une préférence forte pour l'honnêteté ».

Les chercheurs en déduisent que le levier est efficace pour discipliner les fraudes « communes » « commises par légèreté ou négligence. S'ils sont de faible ampleur ces petits mensonges n'en sont pas moins très répandus -et c'est parce qu'ils sont surreprésentés qu'ils deviennent problématiques ».

Recommandation n°33 : Maintenir un intérêt des usagers sur la fiabilité de leurs données (validation des données préremplies, information poussée vers l'utilisateur pour la consommation de soins en tiers payant...).

3.3. Accompagner les professionnels de santé pour assurer une bonne maîtrise des règles

De la complexité à l'erreur, de l'erreur à la fraude²⁵⁶

« La nomenclature des actes que les infirmiers doivent déclarer à l'Assurance-maladie est une usine à gaz constituée de centaines de cotes, qui sont autant d'occasions de se tromper, alors certains, débutants ou étourdis, cochent parfois la mauvaise case sans le savoir. Mais ces centaines de cotes sont aussi, pour ceux qui les maîtrisent, autant d'occasions de filouter. « On ne soupçonne jamais un infirmier, constate une avocate de l'Assurance-maladie qui souhaite rester anonyme. Les gens sont tellement contents d'avoir quelqu'un qui vient leur mettre les bas de contention ou leur refaire un pansement ».

[213] La réglementation est complexe. Quand bien même elle serait simplifiée, elle restera « fournie », devant répondre à une multitude de situations²⁵⁷, et compliquée à appréhender notamment pour les professionnels de santé dont le cœur de métier

²⁵⁴ JACQUEMET Nicolas, LUCHINI Stéphane, MALEZIEUX Antoine, *Comment lutter contre la fraude fiscale ?*, CEPREMAP, 2020.

²⁵⁵ La proposition va au-delà : elle évoque toute modification du processus de déclaration de nature à renforcer le lien entre l'individu et ses actes (plus grande implication des dans l'allocation des fonds collectés, identification personnelle de l'interlocuteur de chaque contribuable au moyen par exemple de rendez-vous individuels...).

²⁵⁶ Fraude à l'Assurance-maladie : quand les escrocs sont les infirmiers, les kinés ou les médecins, par Henri Seckel, *Le Monde*, 06 octobre 2023, *Fraude à l'Assurance-maladie : quand les escrocs sont les infirmiers, les kinés ou les médecins* (lemonde.fr)

²⁵⁷ Voir, par exemple, en annexe liste des tarifs conventionnels des médecins libéraux.

n'est pas la tarification. Au cœur de la mise en œuvre de la tarification et donc de l'engagement des dépenses d'assurance maladie, certains d'entre eux se trouvent confrontés à la difficulté de maîtriser des règles de tarification auxquelles ils n'ont été que peu formés : en pratique, la formation à la tarification s'effectue, pour beaucoup, au contact de leurs confrères, avec des pratiques qui se reproduisent, parfois aux limites de la réglementation. Les personnes formées à l'étranger, de plus en plus nombreuses, sont dans une difficulté encore plus grande puisqu'elles connaissent mal, par construction, l'environnement institutionnel.

Nombre de professionnels de santé formés à l'étranger

Nombre de professionnels de santé formés à l'étranger (en % du stock)

Médecins (1)	12 % (2020)	En progression (+ 5 points entre 2010 et 2020) En très forte progression (3,7% en 2012)
Dentistes (3)	13,6 % des inscrits à l'Ordre (2021)	Les professionnels à diplôme étranger sont passés de 5 % des primo-inscrits à l'Ordre en 1999 à 40 % en 2021
Infirmiers (1)	3% (2020)	Stable (+0,5 point entre 2010 et 2020)
Kinésithérapeutes (2)	28,3 % des inscrits au tableau (2022)	En constante augmentation (21,2 % des inscrits au 1er janvier 2016)

(1) DREES *Les dépenses de santé en 2019 > édition 2020 > Comparaisons internationales des médecins et infirmiers*

(2) Ordre des masseurs kinésithérapeutes - Observatoire de la démographie du conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes, *Démographie des kinésithérapeutes 2022 (2023)* https://www.ordremk.fr/wp-content/uploads/2023/01/rapportdemographiemk_2022.pdf,

(3) ONDPS *Démographie des chirurgiens-dentistes : état des lieux et perspectives (2021)*,

https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/ondps_nov_2021_rapport_la_demographie_des_chirurgiens-dentistes_etat_des_lieux_et_perspectives_web.pdf

[214] S'assurer que les professionnels comprennent et connaissent le cadre juridique qui régit les principes de remboursements est essentiel pour éviter que ne s'installent des erreurs et des comportements juridiquement inadaptés qui peuvent, dans certains cas, se transformer en contournement intentionnel de la règle. A ce titre, le HCFiPS souligne l'importance du développement de la formation à l'installation.

[215] Le dispositif d'accompagnement à l'installation des infirmiers libéraux expérimenté par la CNAM (expérimenté avant la crise sanitaire, repris en 2021²⁵⁸) va tout à fait en ce sens. Ce « parcours d'intégration » a pour objet d'améliorer la connaissance des intéressés sur les règles régissant leurs relations avec l'assurance maladie (règles sur la facturation, appropriation de la nomenclature générale des actes professionnels, etc.) et, ainsi, « de prévenir les risques d'erreurs de facturation voire de fraude », et de permettre « l'acquisition des bonnes pratiques en matière de facturation »²⁵⁹.

²⁵⁸ Le volet prévention (accompagnement généralisé) a été déployé au second semestre 2021 et le volet contrôle a fait l'objet d'un déploiement progressif en 2022.

²⁵⁹ CNAM, *Propositions pour maîtriser la croissance des dépenses en 2022 et garantir la pérennité du système de santé, Rapport charges produits 2022 (2021) rapport-propositions-pour-2022_assurance-maladie_3.pdf*

Le dispositif d'accompagnement des infirmiers lors de leur installation²⁶⁰

Le dispositif mis en place par la CNAM s'appuie sur deux leviers principaux :

- la diffusion d'un mémo lors du rendez-vous d'installation mentionnant les règles générales de cotation, facturation et traitement des rejets, télétransmission et pièces justificatives, tiers payant, acquisition des droits intégrée²⁶¹, droit de prescription, etc. ;
- la mise en place d'un suivi pédagogique dans les mois suivant le début d'activité sur un échantillon de factures avec un retour gradué vers l'infirmier en fonction du taux d'anomalie. Des contrôles pédagogiques (avec notification d'indu uniquement si le nombre d'erreurs excède 25%) sont opérés au bout de 3 à 4 mois afin d'alerter les infirmiers qui commettent beaucoup d'erreurs de cette situation, puis un nouveau contrôle est effectué au bout de 12 mois, tous les indus étant alors notifiés.

Des économies étaient attendues de cette nouvelle approche : la croissance du poste des paramédicaux en 2021 devait être contenue à un niveau inférieur de 80 millions d'euros par rapport à l'évolution tendancielle. A ce stade, le dispositif n'a pas été à la hauteur de ce qui était attendu (le taux d'erreur ne diminuant que faiblement entre le premier et le second contrôle (de 16 à 14%) et a été révisé.

Cette révision du dispositif a consisté à s'orienter vers la mise en place de contrôles a priori (en test depuis fin 2023 avec une généralisation prévue d'ici 2025) et un suivi attentionné par les infirmiers du service médical de l'Assurance maladie qui accompagneront les infirmiers libéraux ayant les taux d'anomalie les plus élevés. Cet accompagnement portera tant sur la compréhension de la nomenclature que sur les modalités de facturations des actes (outil d'aide à la facturation, entretien confraternel).

Prévue initialement à compter de 2023, l'extension du mécanisme à d'autres professions (kinésithérapeutes, médecins, transporteurs) a été décalée. Elle est envisagée pour 2025 pour les masseurs-kinésithérapeutes et les médecins généralistes.

[216] Cette formation pourrait sans doute être utilement couplée avec une formation à la déclaration de revenus et aux prélèvements sociaux associés, éléments auxquels les professionnels de santé sont également peu formés. Elle pourrait s'accompagner du développement de cours en ligne ou de webinaires.

Recommandation n°34 : Accompagner les professionnels dans leurs pratiques de tarification.

3.4. Mettre en place des règles de tarification désincitatives à la fraude.

[217] **Les règles de tarification peuvent ne pas être incitatives à la lutte contre la fraude.** Il en est ainsi dans les EHPAD, avec le recours très généralisé au tarif « partiel »²⁶². En

²⁶⁰ CNAM, *Propositions pour maîtriser la croissance des dépenses en 2022 et garantir la pérennité du système de santé, Rapport charges produits 2022 (2021) rapport-propositions-pour-2022_assurance-maladie_3.pdf*

²⁶¹ Intégré au logiciel de facturation SESAM-Vitale, le téléservice Acquisition des Droits intégrée (ADRI) permet aux professionnels de santé d'acquiescer les informations concernant la situation médico-administrative d'un bénéficiaire de soins nécessaires à l'élaboration d'une facture.

²⁶² Les établissements peuvent aujourd'hui relever de quatre options tarifaires s'agissant des prestations de soins : tarif partiel ou global, présence d'une pharmacie à usage intérieure (PUI) ou non. Selon la CNSA, 28 % des Ehpads sont au

application de ce « tarif partiel », les dépenses des actes médicaux non compris dans le tarif (médicaments, kinésithérapeute, dispositifs médicaux, transports) relèvent de l'enveloppe soins de ville ; elles ne sont pas imputées aux établissements. Ceux-ci ne sont donc pas « intéressés » à intervenir dans l'activité des professionnels concernés, ce qui conduit à certaines dérives, dont certaines sont régulièrement pointées du doigt : des surcotations ou des cotations d'actes non réalisés par les kinésithérapeutes sont ainsi régulièrement dénoncées ; ces actes frauduleux sont d'autant plus aisés à commettre que les résidents sont des personnes souvent vulnérables.

Du mésusage de certains actes de kinésithérapie en EHPAD

"Les kinés venaient tous les jours, mais restaient à peine cinq minutes, alors moi, je suis venue plusieurs fois le matin quand la kiné était là, elle me disait : aujourd'hui, votre maman est un peu flagada alors je reste cinq minutes, et au moment où elle repassait, c'était l'heure où on descendait les personnes âgées pour le repas, donc la kiné ne restait pas [...] Et ça s'est produit fréquemment" ²⁶³.

"Nous avons beaucoup de difficultés à savoir quand avaient lieu les séances de kiné. Donc je suis devenue plus vigilante, j'ai vérifié régulièrement les comptes de la Sécurité Sociale et me suis rendue compte que les actes de kiné étaient facturés alors que ma belle-mère se trouvait à l'hôpital" ²⁶⁴.

Si ce genre de pratiques existe, le constat n'est évidemment pas généralisable à tous les EHPAD. Un sondage ou une étude quantitative serait sans doute utile pour étayer cette question.

[218] Une évolution des modalités de tarification vers une tarification globale, préconisée dans plusieurs rapports pour des raisons de qualité de la prise en charge²⁶⁵, **aurait l'avantage de limiter les risques de fraude** : à l'évidence, un EHPAD ne financerait pas des actes inexistantes sur ses propres recettes²⁶⁶. D'autres contournements pourraient évidemment apparaître (comme la facturation « en double » de certains actes, par exemple en cas de pharmacie intégrée à l'établissement, avec des achats de médicaments en ville). Ces contournements seraient cependant beaucoup plus

tarif global (dont 17 % avec PUI). Ce sont très majoritairement des Ehpads publics rattachés à un établissement de santé. CNSA, *La situation économique et financière des Ehpads entre 2017 et 2018, 2020*.

²⁶³ [Fraudes à la Sécu dans des maisons de retraite \(francetvinfo.fr\)](http://francetvinfo.fr)

²⁶⁴ [Fraudes à la Sécu dans des maisons de retraite \(francetvinfo.fr\)](http://francetvinfo.fr)

²⁶⁵ Concertation Grand âge et autonomie, 2019, [rapport_grand_age_autonomie.pdf \(sante.gouv.fr\)](https://www.solidarites-santefr.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_grand_age_autonomie.pdf)

²⁶⁶ Sans qu'elle ne fasse le lien avec la fraude, la Cour des comptes a pu montrer l'intérêt financier du recours au tarif global sur les dépenses liées aux kinésithérapeutes. « Une étude réalisée par l'ARS Ile-de-France tend à identifier une économie moyenne de 400 € à 500 € par an et par résident pour une prise en charge mieux contrôlée par l'EHPAD du fait de l'internalisation de la dépense ». L'EHPAD de la Fondation du Parmelan à Annecy (Haute-Savoie) indique maîtriser le budget consacré aux interventions des kinésithérapeutes, identifié comme une part importante des dépenses de soins (195 000 € en 2019), en recrutant deux kinésithérapeutes salariés. Cette organisation permet, sur prescription du médecin, que le pôle de prévention et de rééducation de l'EHPAD fixe la nature et le nombre d'actes nécessaires pour chaque résident, Cour de Comptes La prise en charge médicale des personnes âgées en EHPAD, 2022.

aisément vérifiables que ceux engendrés par l'existence d'actes plus ou moins fictifs contrôlables puisqu'un croisement des données financières serait envisageable²⁶⁷.

Recommandation n°35 : Repenser certains dispositifs de tarification (par exemple : intégrer les actes de kinésithérapie prodigués par des professionnels libéraux en EHPAD dans le cadre du tarif partiel en intégrant une majoration forfaitaire à ce titre²⁶⁸).

3.5. Développer l'éducation à la citoyenneté et le civisme social

[219] L'éducation à la citoyenneté, et en particulier, à la citoyenneté sociale est un élément essentiel d'une bonne observance des règles. Le HCFiPS avait pu développer ce sujet dans son rapport de 2022 où il avait précisé : « *il est indispensable de mieux former le « citoyen social » : le partenariat sécurité sociale / Éducation Nationale devrait permettre à terme de former l'ensemble des générations à la « citoyenneté sociale* »²⁶⁹. Cette recommandation vaut tout particulièrement pour prévenir des comportements inadaptés.

[220] Pour développer le civisme social, des campagnes de communication sur les liens droits-devoirs doivent par ailleurs être régulièrement mises en œuvre²⁷⁰.

[221] La dernière campagne générale en matière de fraude date de 2011. Elle avait pour slogan : « *frauder, c'est voler* »²⁷¹. Si des campagnes locales sont déployées²⁷² et que les caisses communiquent sur des actions particulièrement significatives, l'essentiel de la communication nationale passe actuellement par les plans et bilans de lutte contre la fraude qui soulignent les actions de lutte contre la fraude et les résultats obtenus. L'approche est là encore pour l'essentiel répressive ; elle vise à

²⁶⁷La mise en place d'une telle mesure devrait cependant prendre en compte le risque de désincitation des masseurs kinésithérapeutes non fraudeurs à réaliser cette activité –ce qui pourrait pénaliser les résidents qui ont besoin de ces soins.

²⁶⁸ Recommandation n°54, Concertation Grand âge et autonomie, 2019, [rapport_grand_age_autonomie.pdf \(sante.gouv.fr\)](#)

²⁶⁹ Pour des finances sociales soutenables, adaptées aux nouveaux défis. Recommandation n°18 : « *Tirer parti du partenariat entre le Ministère de l'Éducation nationale et la sécurité sociale, pour passer d'une logique expérimentale à une formation de masse sur la citoyenneté sociale* ».

²⁷⁰ On peut noter une certaine tolérance à la fraude : selon un sondage réalisé en 2013, près d'un Français sur deux affirmaient qu'il leur est déjà arrivé de payer en liquide un service pour éviter de payer la TVA ou des charges sociales, 25% des Français et 38% des professions indépendantes se déclaraient tentés de ne pas déclarer tous leurs revenus au fisc ([Presentation Title: Goes Here \(harris-interactive.fr\)](#)) ; selon une étude du Crédoc de juin 2015, 30% des personnes jugeaient « toléré ou acceptable » ou « totalement acceptable » le fait de travailler sans le déclarer ; plus de 19% trouvaient de ne pas déclarer tous ses revenus aux impôts « toléré ou acceptable ». ([CNIS - Sondage - DNLF-OCDE-SGMAP - Paris 2016 12 06](#))

²⁷¹ Voir annexe.

²⁷² Voir annexe.

matérialiser l'absence d'impunité des fraudeurs et à inciter ceux-ci à un comportement vertueux, par un effet « peur du gendarme ».

[222] Aucune campagne récente n'a remis en visibilité la protection sociale comme « bien commun », à protéger au plan collectif comme individuel via des comportements conformes à la norme, approche qui permettrait de mettre la lutte contre la fraude dans une dynamique positive, comme une action servant à garantir les ressources ou à payer à juste niveau, au bénéfice de tous les citoyens.

[223] Il est impératif de redéployer des actions en la matière, à la fois par des campagnes de communication régulière et par une vaste opération d'éducation à la citoyenneté sociale en lien avec la commémoration du 80^{ème} anniversaire de la sécurité sociale. Ce travail de sensibilisation à la lutte contre la fraude doit aussi passer par une action à destination des professionnels, qui, s'agissant des professionnels de santé, peut se traduire par une insertion systématique d'un volet « fraudes » dans les conventions discutées avec l'assurance maladie.

Recommandation n° 36 : Mettre en place tous les deux ans une campagne de communication antifraude sociale.

Recommandation n°37 : À l'occasion du 80ème anniversaire de la sécurité sociale, mener une grande campagne d'éducation au civisme social dans les collèges et lycées.

Recommandation n°38 : Mettre dans toutes les conventions avec les professions de santé des objectifs et des engagements antifraude.

4. AMELIORER LES PROCESSUS DE GESTION POUR ACCROITRE LA FIABILITE DES DONNEES

[224] Comme cela a été souligné, la norme est complexe ; son appréhension est malaisée, en particulier pour les personnes souvent très éloignées des réalités administratives. La frontière entre erreur, fraude, accommodement est souvent ténue. **Automatiser au maximum l'acquisition des données doit permet de réduire fortement les erreurs déclaratives générées par l'incompréhension des règles.** Plusieurs chantiers sont lancés sur ce sujet.

[225] La réforme de l'acquisition des données portée par la mise en place de la solidarité à la source doit permettre des évolutions très importantes sur ce point²⁷³.

Le Dispositif de Ressources Mensuelles (DRM)

Le DRM a été créé par l'article 78 de la loi de financement pour 2019 et le décret n°2019-969 du 18 septembre 2019. Le mécanisme s'inscrit dans la logique du « dites-le nous une fois », en simplifiant les démarches des administrés qui n'auront plus à fournir, dans le cadre d'une démarche liée à une prestation ou une aide sociale, des informations déjà détenues par l'administration²⁷⁴.

Administré par la CNAV, le DRM est constitué de trois traitements de données : une base de données alimentée mensuellement par les données issues de la « déclaration sociale nominative » (DSN), une base de données alimentée mensuellement par des données issues du flux du « prélèvement à la source mis en œuvre par les collecteurs n'entrant pas dans le champ de la déclaration sociale nominative ou versant des revenus de remplacement » (PASRAU) et un service de restitution.

[226] Si la mise en place du DRM est une avancée majeure, elle n'est cependant pas la solution à toutes les difficultés. Tous les revenus n'entrent pas dans le dispositif (en particulier ceux des travailleurs indépendants ou les revenus versés par des tiers ...). Surtout, des données erronées en entrée le demeureront mécaniquement en sortie.

[227] Pour ce qui est en particulier des salaires, la mise en place de la solidarité à la source déporte de fait la responsabilité de la qualité des données pour l'accès au droit des assurés vers les entreprises, puisque ce sont les éléments introduits par les employeurs en DSN qui entrent dans le DRM. Le HCFiPS a souligné dans plusieurs de ces rapports l'importance de la fiabilisation des données des entreprises : dans son rapport sur les travailleurs indépendants, il avait notamment insisté sur la mobilisation souhaitable d'offres de service ou de tiers de confiance pour stabiliser au mieux l'assiette en amont des contrôles²⁷⁵. Par ailleurs, le dispositif accroît la responsabilité des URSSAF dans le contrôle, tout particulièrement dans celui des données

²⁷³ « Constatant notamment une « organisation « labyrinthique » complexifi[ant] les démarches des usagers et condui[san]t certains d'entre eux, souvent les plus fragiles, à ne pas demander les prestations auxquelles ils auraient pourtant droit, (...) [une] complexité des règles d'attribution génér[ant] des erreurs, voire des versements indus, qui constituent un coût pour la collectivité et mettent les bénéficiaires devant des obligations de remboursement qu'ils ne sont pas toujours capables d'honorer (...), [une] gestion de ces aides (...) rendue plus coûteuse du fait de leur complexité », le rapport Action publique 2022 a ainsi préconisé : « d'utiliser le numérique pour augmenter la lisibilité du système, faciliter les échanges de données entre opérateurs et administration et mettre en place la contemporanéité des bases ressources pour aider le bénéficiaire à connaître ses droits et à y accéder simplement, mais aussi limiter les erreurs et indus » rapport Action publique 2022 (2018).

²⁷⁴ « La réalisation pratique de cet objectif s'effectue de manière progressive » (Délibération de la CNIL n° 2023-120 du 16 novembre 2023). Dans un premier temps, son utilisation a été réservée aux CAF et aux caisses de mutualité sociale agricole, à des fins de gestion des aides au logement. Puis, son utilisation a été étendue à des prestations telles que l'allocation journalière de proche aidant, l'allocation journalière de présence parentale, la complémentaire santé solidaire, les pensions de réversion, les allocations chômage, les pensions d'invalidité, le cumul emploi-retraite et la garantie jeunes. Le décret n° 2024-50 du 29 janvier 2024 a étendu ce périmètre à de nouvelles prestations, notamment le revenu de solidarité active, la prime d'activité, le minimum de pension de retraite, l'allocation supplémentaire d'invalidité, la pension d'invalidité, ainsi que les versements liés à l'intermédiation des pensions alimentaires et à l'entretien et l'éducation des enfants concernés, l'allocation du contrat d'engagement jeune.

²⁷⁵ Recommandation n°32 : Fiabiliser les données d'assiette au plus tôt, en amont des contrôles, en mobilisant notamment les offres de service ou les tiers de confiance.

individuelles : ce point avait, là encore, été souligné dans le rapport du HCFiPS sur le recouvrement social, qui garde ici sa pleine actualité.

[228] L'ordonnance électronique doit permettre de sécuriser la chaîne de prescription, du médecin jusqu'au pharmacien.

La mise en place de l'ordonnance numérique

Le processus de gestion : Lors de la consultation, le médecin rédige la prescription à partir de son logiciel métier et l'enregistre dans la base des données e-prescription, puis imprime l'ordonnance papier sur laquelle figure un QR code véhiculant un identifiant unique de prescription, la signe et la remet au patient.

En sortie de consultation, le patient présente, dans la pharmacie de son choix, l'ordonnance papier avec le QR code, le pharmacien récupère, à partir du QR code qu'il a scanné, les données de la prescription directement via le logiciel de gestion d'officine réalise sa dispensation et l'enregistre dans la base.

Les avantages du dispositif :

- la simplification des échanges entre les médecins et les pharmaciens et bientôt les autres prescrites.
- Le médecin (via son logiciel métier) peut savoir si l'ordonnance a été exécutée et ce qui a été effectivement délivré au patient (si le patient ne s'y est pas opposé).
- Le pharmacien bénéficie d'une sécurisation renforcée des ordonnances dès lors qu'elles sont émises par le médecin puis lues en officine via le dispositif de l'ordonnance numérique.
- Le patient retrouve ses ordonnances numériques dans Mon espace santé, ce qui peut par ailleurs permettre une réduction des consultations redondantes effectuées uniquement suite à la perte d'une ordonnance par les patients.
- Pour l'assurance maladie, le dispositif concourt à la sécurisation de la prescription avec une identification fiabilisée du prescripteur et du patient, un QR code garantit l'authenticité et rend impossible d'émettre de fausses ordonnances.

L'objectif, fixé par l'ordonnance 2020-1408 du 18 novembre 2020 et repris dans le décret n°2023-1222 du 20 décembre 2023, est celui d'une mise en œuvre de l'ordonnance numérique à l'ensemble des prescripteurs et prescrites (hors prescriptions exécutées en établissements) au plus tard au 31 décembre 2024²⁷⁶.

A fin mai 2024, la généralisation de l'ordonnance numérique des produits de santé se poursuit. Dix logiciels prescripteurs et six logiciels d'officine sont en cours de déploiement national. Plus de 22 millions d'ordonnances ont été créées, un total de 19 600 médecins et près de 2 500 officines sont entrés dans le

²⁷⁶ [L'ordonnance numérique pour les médecins et pharmaciens | L'Assurance Maladie | Presse \(ameli.fr\)](#)

Dans son rapport de mai 2023, la Cour soulignait les risques pesant sur la mise en place du dispositif : « L'utilisation généralisée de l'ordonnance numérique d'ici 2024 apparaît cependant incertaine au vu du nombre réduit d'utilisateurs du service (en septembre 2022, 259 médecins et 76 pharmacies). Une incertitude identique affecte l'ordonnance numérique des transports de patients : en 2021, seul un médecin libéral sur dix (20 672) a utilisé au moins ponctuellement le service de prescription en ligne (SPEi) ouvert en 2017 ; les établissements effectuent quant à eux très peu de prescriptions en ligne, alors que 60 % des transports de patients correspondent à un trajet entre le domicile et un établissement. Pour assurer l'application de l'ordonnance du 18 novembre 2020 précitée, de nouveaux services d'ordonnance numérique devront être mis en place (dispositifs médicaux, soins paramédicaux, actes biologiques). Il conviendrait par ailleurs que le champ d'application de l'obligation légale d'utilisation de l'ordonnance numérique soit étendu aux dispositifs médicaux commercialisés par des prestataires de service ». Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, octobre 2021. Sécurité sociale 2023 –2023

dispositif. Les travaux se poursuivent pour étendre l'ordonnance numérique aux autres professionnels (Chirurgiens-Dentistes, Sages-Femmes, Paramédicaux).

L'intérêt du dispositif est notamment souligné par la Cour des comptes : « *La dématérialisation des ordonnances médicales peut permettre de prévenir le règlement par l'assurance maladie d'actes, de biens et de prestations qui n'ont pas été prescrits ou qui l'ont été dans de moindres quantités que celles facturées* »²⁷⁷.

5. METTRE EN PLACE UNE GOUVERNANCE AXÉE SUR LA PREVENTION, EN CAPACITÉ DE MENER DES ANALYSES À 360°

[229] On le voit, prévenir suppose d'aborder un nombre considérable de sujets, avec des approches complémentaires : juridiques, économiques, opérationnelles. Comment s'assurer que ce changement de paradigme est mis en œuvre ? Quelle gouvernance mettre en place pour garantir ces évolutions ? Le HCFiPS souhaite insister sur trois évolutions indispensables.

5.1. Une gouvernance à mettre en place en amont de la construction de la norme

[230] On a vu l'importance de la compréhension des sous-jacents économiques dans lesquels les systèmes de protection sociale se déploient ; le HCFiPS souhaite insister ici sur la complexité de l'observation, rejoignant des remarques de la CNAM sur l'analyse de la financiarisation : « *Difficile à mesurer de manière fine, complexe à réguler, aux conséquences incertaines, la financiarisation est un enjeu que notre système de santé est en définitive assez peu préparé à relever, en dépit d'efforts certains et d'une prise de conscience récente. (...) Remédier à ce manque doit être une priorité, préalable à toute action dans le domaine. (...) L'exemple de la biologie a montré à quel point ce phénomène s'appuyait sur des montages juridiques complexes et des mécanismes capitalistiques particulièrement élaborés. Le contrôle de tels montages ne constitue pas le cœur de compétence des régulateurs en santé en France, historiquement concentrés sur le contrôle de la qualité des soins et la conformité à des référentiels existants. La capacité à disposer d'une expertise de haut niveau dans ces domaines risque d'être dans les années à venir la clé de la réussite des outils de régulation*²⁷⁸ ».

[231] La mobilisation de compétences de haut niveau, aux regards complémentaires (économiques, financiers, juridiques, professionnels, usagers...) est essentielle si l'on veut correctement appréhender ces phénomènes. Le risque est grand que ne se

²⁷⁷ Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, octobre 2021. Sécurité sociale 2023 – mai 2023.

²⁷⁸ Voir annexe.

développent des approches segmentées, mises en place au cas par cas, suite à la révélation de telle ou telle dérive.

[232] Pour recruter des professionnels aguerris à ces questions, en capacité de comprendre les risques, le HCFiPS plaide pour une structuration globale, assortie d'une équipe dédiée, bonne connaisseuse du secteur social, mais aussi des interactions entre offre privée et financement de l'offre par la protection sociale, capable d'intervenir sur tous les domaines où la question de cette interaction se pose. Des liens avec l'Autorité de la concurrence pourraient utilement être établis.

[233] Il suggère à cet effet la création d'un observatoire économique. Dans le même sens –mais sur des segments spécifiques-, la CNAM a proposé la mise en place d'un observatoire de la financiarisation du système de santé pour suivre les opérations financières, analyser leurs conséquences, identifier les dérives spéculatives, et faire des recommandations en matière de régulation ; l'IGAS et l'IGF ont insisté sur la mise en place d'un « pôle d'analyse des modèles économiques des EAJE »²⁷⁹.

Rappel de la recommandation n°22 : Créer un observatoire économique santé / social pour anticiper les risques liés aux modifications de la structuration de l'offre dans l'ensemble des secteurs financés par la protection sociale.

5.2. Une gouvernance à repenser lors de la conception de la norme

[234] On a souligné l'importance d'une conception qui prenne en compte l'intelligibilité des textes.

[235] Dans son rapport de 2022 sur le recouvrement social, le HCFiPS avait assorti les recommandations qu'il faisait sur l'homogénéisation des bases ressources de propositions en la matière ; il avait souligné la nécessité d'intégrer systématiquement dans les études d'impact les effets des mesures nouvelles sur la chaîne déclarative²⁸⁰ ; il avait suggéré de refonder un comité de normalisation, en mettant son action en visibilité de l'ensemble des acteurs, par exemple via un rapport annuel au

²⁷⁹ En recourant à un reporting régulier des micro-crèches incluant des informations non exclusivement financières (berceaux ouverts, réservés, qualité d'accueil. La mission suggérait de créer ce pôle d'analyse au sein de la CNAF.

²⁸⁰ Recommandation n°19.

Parlement²⁸¹ ; il en avait appelé à une réflexions sur l'opposabilité d'un référentiel de données sociales ²⁸².

[236] **Des évolutions sont intervenues depuis cette date** : une mission interministérielle a été mise en place sur la base d'un décret du 29 décembre 2023, chargée du pilotage du système de collecte des déclarations et de l'utilisation des données sociales qui en sont issues. Un comité chargé de la simplification et de la qualité des déclarations des données sociales a été créé par arrêté du 29 janvier 2024 : ces évolutions méritent d'être saluées, en ce qu'elles sont de nature à rationaliser la production de la norme, à la fois sur le fond et dans sa traduction numérique.

[237] On peut souligner toutefois que ces instances interviennent sur le seul périmètre de l'écosystème DSN (ce qui est déjà très important) : le dispositif n'embarque pas –ce n'est pas son objet-, l'ensemble des risques évoqués dans le présent chapitre. Si elles sont consultées lors de l'élaboration des dispositions législatives ou réglementaires, les textes ne précisent pas de quelle manière leurs avis sont pris en compte dans le cadre des études d'impact. Ces instances n'ont pas, par ailleurs, dans leur mission de réfléchir aux risques de contournement de la norme.

[238] **Il semble nécessaire d'aller au-delà de ces évolutions, en reconstruisant notamment le contenu et le mode d'élaboration des études d'impact.** La mise en place des études d'impact a constitué un réel progrès dans la description des mesures nouvelles. Elles permettent de s'assurer du caractère opérationnel de la mesure, ce qui peut amener le Conseil d'Etat à refuser une mesure pour des raisons d'opportunité administrative. Pour autant, ces études présentent une limite majeure : elles ne peuvent être pleinement analysées, en termes de sincérité par le Conseil d'Etat lorsqu'il est saisi des projets de texte : leur contenu peut, par suite, être dévoyé dans le seul objectif de légitimer une décision politique. Par ailleurs, elles **n'embarquent pas d'évaluation des risques : aucune analyse des fraudes potentielles n'y figure, pas plus que ne sont présentes les mesures susceptibles d'enrayer ces risques**²⁸³.

²⁸¹ « Cette simplification de la norme suppose une gouvernance adaptée : le comité de normalisation, qui a joué un rôle important à l'origine de la DSN – mais qui n'est plus aujourd'hui opérant -, doit être refondé : au-delà de son rôle relatif à la norme d'échange, il doit être missionné pour 1/ proposer des évolutions à mettre en place, en les priorisant et en assurant le suivi de la feuille de route associée, 2/ analyser, du point de vue de l'écosystème DSN (direct ou indirect), les évolutions réglementaires ou législatives ; 3/ rendre un avis systématique sur ces évolutions, lorsqu'elles impactent la DSN (un point pouvant être introduit sur ce sujet dans les études d'impact). Pour atteindre ces objectifs, le comité ne doit pas être positionné comme un simple objet technique²³⁶ ; il doit être visible et en capacité de faire partager ses avis : un rapport annuel adressé au Parlement pourrait répondre à cet objectif » Recommandation n°20 ;

²⁸² « La question a été posée de donner au comité une capacité allant au-delà d'un rôle « d'influence », en lui donnant la responsabilité de créer un référentiel des données sociales opposable. Deux pistes avaient été évoquées à cet effet dans les rapports de 2013 et 2015 du comité : possibilité pour les usagers de refuser de fournir des données qui ne seraient pas conformes au référentiel publié ; extension de la procédure d'homologation aux télé-procédures sociales. Finaliser la réflexion sur ce point, comme cela avait été suggéré par le rapport du HCFiPS de 2017, serait souhaitable ».

²⁸³ Au sein de la CNAF, le SNLFE met systématiquement sous surveillance les nouvelles réglementations pour identifier les failles et risques de fraudes. Les méthodologies mises en œuvre pourraient utilement être déployées dans le cadre ici proposé.

[239] Au-delà du seul sujet de la fraude, le HCFiPS souhaite insister sur la nécessité de revisiter le processus d'élaboration des études d'impact. **La MICAF devrait être systématiquement sollicitée lors de la rédaction des études d'impact pour évaluer les risques de fraude associés aux nouvelles prestations ou aux nouvelles règles attachées aux prélèvements (ou à leurs modifications substantielles) et alerter en cas de risque. A titre d'exemple, la création du congé de naissance devrait faire l'objet d'un tel processus.** Un avis, éventuellement conjoint, du Conseil d'Etat et de la Cour des Comptes, pourrait être utilement transmis, sur ce même périmètre, au Parlement. Les avis des organismes de sécurité sociale sur les textes qui leur sont soumis –désormais émis dans des délais desserrés dans le cadre des PLFSS- pourraient intégrer un regard sur les risques de contournement de la règle, en mobilisant la vision de l'utilisateur.

Recommandation n°39 : Inclure en amont des évolutions juridiques une évaluation, par la MICAF, des risques de fraude associés à la création de nouvelles prestations, à de nouvelles règles associées aux prélèvements et à leur modification substantielle ; matérialiser cette évaluation dans les études d'impact.

Recommandation n°40 : Travailler aux conditions de mise en place d'une analyse conjointe du Conseil d'Etat et de la Cour des Comptes sur les fraudes, en amont du processus parlementaire.

Recommandation n°41 : Prévoir, dans les avis des caisses sur les textes qui leur sont soumis, une analyse des risques de contournement de la norme lors de la mise en œuvre des mesures.

5.3. Une organisation à faire évoluer dans la mise en œuvre des actions de lutte contre la fraude

[240] La mise en place d'une prévention active de la fraude nécessite une vision large du sujet débutant dès l'acquisition des données. Dans la logique d'une lutte contre la fraude centrée sur la répression, l'organisation de la lutte contre la fraude telle qu'elle est déployée dans les organismes est aujourd'hui très centrée sur le contrôle et la sanction, avec un regard insuffisant sur l'ensemble des processus « amont » qui contribuent ou doivent contribuer très largement à ce que les irrégularités ne soient pas commises. Dit autrement, les acteurs de la lutte contre la fraude parlent peu aux gestionnaires des prestations. Le HCFiPS souligne l'importance d'un renouvellement de cette organisation, afin de prendre en compte le sujet de bout en bout, de la prévention à la sanction, avec un objectif fort : réduire le risque de réalisation de la fraude.

Recommandation n°42 : Mettre en place, dans les caisses, une organisation en matière de lutte contre la fraude qui prenne en compte le sujet de bout en bout (de l'acquisition des données à la sanction).

CHAPITRE 4 - CONTRÔLER POUR DISSUADER : MIEUX COORDONNER LES EFFORTS

Le HCFiPS souhaite souligner le très fort investissement des organismes de sécurité sociale dans les opérations de contrôle, avec des résultats qui s'améliorent d'année en année. Ce travail est particulièrement lourd et complexe dans un contexte de sophistication croissante de la fraude. Le HCFiPS souhaite saluer l'acroissement des moyens consacrés à cette action porté par les conventions d'objectifs et de gestion successives.

Pour bien appréhender ce sujet, il convient de rappeler que la lutte contre la fraude n'est qu'une des facettes du contrôle : contrairement à des idées parfois répandues, les organismes effectuent de très nombreuses vérifications lors du versement des prestations ou à l'occasion du recouvrement des cotisations, dans l'objectif d'établir un « juste » droit ou un « juste » prélèvement.

Le contrôle et la lutte contre la fraude couvrent une multiplicité de situations, extrêmement variées –en pratique la quasi-totalité du champ de la protection sociale. Certaines zones mériteraient néanmoins d'être approfondies : omettre ou sous-investir certaines populations peut donner un sentiment de « laisser-faire » ou stigmatiser les populations contrôlées. Le HCFiPS souligne quelques points de vigilance sur ce sujet (travailleurs indépendants, secteur médico-social, notamment sur le volet médical...), avec une attention particulière sur les activités illicites.

La diversification croissante des sources et méthodes de contrôle, souhaitable, nécessite de réfléchir à l'efficacité de l'action : les croisements de données sont très chronophages et doivent être dans la mesure du possible massifiés et automatisés, sans méconnaître le respect des libertés individuelles ; des techniques « invasives », notamment numériques, peuvent se heurter au respect des principes de protection des données individuelles.

L'efficacité des contrôles doit passer par une amélioration des échanges entre organismes de protection sociale : l'impact d'un contrôle emporte très souvent des conséquences sur l'ensemble des branches. Elle doit aussi passer par la mise en place de coordination, aujourd'hui extrêmement lacunaire, avec les organismes complémentaires.

Cette approche transversale doit passer par une nouvelle organisation de la lutte contre les fraudes –notamment les fraudes complexes : au-delà des organisations internes à chaque branche, le pilotage interministériel, déjà présent au travers de la MICAF, doit être soutenu, au niveau national, pour prendre en charge les nouvelles formes de fraudes détectées notamment dans le secteur de la santé, mais aussi au niveau local, en revisitant la feuille de route « sociale » des CODAF. Cette nouvelle organisation doit s'accompagner d'un volet « ressources humaines », pour diversifier les profils d'agents intervenant sur ce sujet, mais aussi rationaliser les politiques de rémunération et de formation conduites par les différents organismes sur ces sujets.

[241] La prévention est indispensable. Le contrôle l'est tout autant. En lien direct avec la prévention, il contribue à éviter la fraude par un effet « peur du gendarme »²⁸⁴ : cet effet est loin d'être négligeable : selon des travaux récents, la présence du contrôle fiscal diminuerait la fraude de 30 à 40 points²⁸⁵. Il permet de sanctionner²⁸⁶ des comportements inappropriés. Il permet de redresser et recouvrer des sommes versées à tort. Il aide à connaître les phénomènes déviants et alimente à ce titre les travaux d'évaluation.

1. UN SYSTEME DE PROTECTION SOCIALE CONTROLE

[242] Contrairement à ce que le débat public peut laisser entrevoir, le HCFiPS souhaite souligner le fort investissement des caisses dans le contrôle et la lutte contre la fraude, avec des résultats qui s'améliorent d'année en année. Ce travail est particulièrement lourd et complexe dans un contexte de sophistication croissante de la fraude.

²⁸⁴ La littérature économique a ainsi montré le caractère disciplinant des contrôles et l'effet multiplicateur des actions de contrôle sur les entreprises, qu'elles aient été ou non contrôlées. R. Galbiati et G. Zanella (2008). *The Social Multiplier of Tax Evasion: Evidence from Italian Audit Data* », Department of Economics University of Siena.

Charles Bellemare, Bernard Fortin, Nadia Joubert, Steeve Marchand (2012). *Effets de pairs et fraude sociale : une analyse économétrique sur données françaises*. Séries scientifiques CIRANO. Université Montréal.

²⁸⁵ La question de l'impact du contrôle a été récemment évoquée dans JACQUEMET Nicolas, LUCHINI Stéphane, MALEZIEUX Antoine, *Comment lutter contre la fraude fiscale ? Les enseignements de l'économie comportementale*, Cepremap, 2020 : sur le fondement de l'analyse de plus de 70 études, les chercheurs estiment que « la présence d'un contrôle fiscal a un impact important sur la fraude. En comparaison d'une situation sans contrôle fiscal, la présence d'un contrôle fiscal diminue la fraude de 30 à 40 points ». [Comment lutter contre la fraude fiscale ? Les enseignements de l'économie comportementale \(cepremap.fr\)](#)

²⁸⁶ Y compris pénalement. Cet axe a été renforcé par la LFSS 2023 en donnant la possibilité à certains agents de contrôle des caisses prestataires de constater par voie de procès-verbal transmis au procureur de la République - et faisant foi jusqu'à preuve du contraire, des infractions en matière de fraude sociale (dispositif des « agents commissionnés » de l'article. L. 114-22-3 du code de la sécurité sociale).

Une action visant à accroître les fraudes détectées						
Cibles de redressement fixées dans les COG						
		2023	2024	2025	2026	2027
Cnam (1)	Montant total des préjudices fraudueux et/ou fautifs constatés ou subis	266 000 000	337 500 000	337 500 000	337 500 000	390 000 000
	Montant total des préjudices fraudueux et/ou fautifs évités	114 000 000	162 500 000	192 500 000	225 000 000	260 000 000
Cnaf (2)	Montant total des préjudices fraudueux et/ou fautifs constatés ou subis	375 000 000	400 000 000	430 000 000	455 000 000	480 000 000
Urssaf (3)	Montant des redressements LCTI	800 000 000	800 000 000	800 000 000	1 100 000 000	1 500 000 000
CCMSA (4)	Montant total des préjudices frauduleux ou fautifs constatés ou subis sur prestations	11 000 000	11 500 000	12 000 000		
	Montant total des préjudices frauduleux ou fautifs évités sur prestations	4 000 000	4 500 000	5 000 000		
	Montant des redressements au titre du travail illégal et dissimulé et des fraudes aux cotisations	24 000 000	26 000 000	28 000 000		

1. COG CNAM 2023-2027 cibles majorées à 2,4 md € sur la période 2024-2027, [Premier bilan du plan de lutte contre les fraudes | economie.gouv.fr](#) - Bilan du plan de lutte contre les fraudes sociales, fiscales et douanières, 20 mars 2024

2. COG Cnaf 2023-2027

3. COG Urssaf 2023-2027, soit 5 mds en cumul sur la période, cible réhaussée à 5,5 mds€ en avril 2024, [Premier bilan du plan de lutte contre les fraudes | economie.gouv.fr](#) - Bilan du plan de lutte contre les fraudes sociales, fiscales et douanières, 20 mars 2024

4. COG CCMSA 2022-2025

Une action visant à accroître les volumes contrôlés

Nombre de contrôles			
		2023	2027
France	Contrôles de la recherche d'emploi	523 400 (1)	1 500 000 (2)
Travail			

1. Communiqué de presse France Travail 19.04.2024

2. Gouvernement, mars 2024

[243] Ces résultats sont portés par un réel investissement sur les effectifs consacrés à la lutte contre la fraude, et plus généralement sur les moyens, porté au travers des différentes COG : cet investissement est particulièrement louable dans un contexte de forte tension sur les effectifs et distingue les organismes de sécurité sociale de nombreuses autres institutions en charge de la répartition d'aides publiques. La dernière génération de COG est particulièrement remarquable sur ce point avec, par exemple 300 agents nouveaux dédiés à la fraude pour l'assurance maladie et des moyens dédiés à la modernisation des outils à disposition²⁸⁷. Cette évolution est très nécessaire. Les auditions effectuées dans les caisses ont en effet souligné la difficulté des organismes à traiter l'ensemble des signalements et la complexité croissante des opérations de contrôle.

²⁸⁷ Toutes administrations confondues : plus d'1 milliard d'euros supplémentaires alloué à la modernisation des outils numériques e détection et de lutte contre les fraudes [Premier bilan du plan de lutte contre les fraudes | economie.gouv.fr](#) - Bilan du plan de lutte contre les fraudes sociales, fiscales et douanières, 20 mars 2024.

Des effectifs en nombre croissant²⁸⁸

CNAM : En 2023, plus de 1500 ETP sont dédiés au processus de lutte contre la fraude (statisticiens, investigateurs administratifs et médicaux, juristes), dont 350 agents agréés et assermentés²⁸⁹.

CNAF : 731 contrôleurs sont agréés et assermentés au sein des CAF et 36 contrôleurs nationaux sont spécialisés au sein du Service National de Lutte contre la Fraude en 2022²⁹⁰.

CNAV : 91 ETP sont dédiés à la fraude en 2022 (dont 55% d'agents assermentés).

URSSAF : La COG 2023-2027 prévoit la création de 145 postes d'agents de contrôle supplémentaires au titre de la lutte contre le travail dissimulé (120 inspecteurs et 25 contrôleurs). Des redéploiements internes au corps de contrôle (passage du contrôle comptable d'assiette à la LCTI) devraient porter ce chiffre à 290²⁹¹.

CCMSA : 165 ETP sont dédiés à la lutte contre la fraude aux prestations (109) et aux cotisations (56²⁹²) auxquels s'ajoutent 241 contrôleurs agréés et assermentés dont cinq se trouvent spécifiquement rattachés au nouveau Groupe national de contrôle (créé en 2024 et piloté par la CCMSA) spécialisé dans le traitement des fraudes à enjeu.

France Travail : 150 auditeurs sont dédiés à la détection et à l'analyse des situations potentiellement frauduleuses.

[244] Pour bien appréhender ce sujet, il convient de rappeler que la lutte contre la fraude n'est qu'une des facettes du contrôle : la vérification va bien au-delà du seul objectif de lutte contre la fraude, puisqu'il s'agit d'établir le « juste droit » ou le « juste prélèvement », en détectant des erreurs déclaratives qui peuvent être soit favorables soit défavorables aux usagers du service public, soit involontaires, soit intentionnelles. De fait, le contrôle constitue un des éléments de la gestion courante des prestations ou des cotisations ; il ne se transforme en action de lutte contre la fraude que dans des cas relativement rares, lorsque l'irrégularité est intentionnelle, faisant alors entrer le processus de contrôle dans un cadre soumis à des règles spécifiques (notamment en matière procédure et/ou de sanctions).

[245] L'importance de la vérification peut être illustrée sur le sujet très médiatisé du contrôle de l'entrée dans le droit²⁹³, progressivement renforcé, tant pour ce qui est de l'octroi du NIR aux étrangers²⁹⁴ que de la vérification de la régularité du séjour.

²⁸⁸ Une homogénéisation de ces données serait souhaitable.

²⁸⁹ Par ailleurs, près de 2000 ETP sont dédiés aux contrôles ordonnateurs et contrôles comptables et financiers

²⁹⁰ Annexe 6 LACSS.

²⁹¹ [NAT-DP-Bilan LCTI 2023-VFF.pdf \(URSSAF.org\)](#)

²⁹² Annexe 6 LACSS.

²⁹³ Ou immatriculation.

²⁹⁴ Le processus d'octroi du NIR – qui répond à un double niveau de contrôle (celui des caisses puis celui du Sandia) « favorise la maîtrise du risque de fraude documentaire » ainsi que le souligne la Cour des Comptes,

Les modalités d'octroi du NIR aux étrangers²⁹⁵

- Alors que, jusqu'en 2012, une pièce d'identité unique permettait l'immatriculation des étrangers, deux pièces sont désormais requises²⁹⁶.

- L'analyse des pièces est effectuée à plusieurs niveaux, par les caisses locales en premier lieu puis par le Sandia, service de la CNAV en charge de l'authentification du NIR ; une nouvelle instruction intervient au niveau de l'assurance maladie si elle octroie une carte Vitale.

- Outre la présence de ces contrôles « à plusieurs niveaux », les organismes, comme le Sandia, disposent aujourd'hui d'un accès à de nombreuses ressources, leur permettant de vérifier l'authenticité des titres (en particulier l'accès au fichier Agdref du ministère de l'intérieur²⁹⁷).

- Avec la mise en place –très tardive²⁹⁸, mais désormais réelle- du Numéro Identifiant d'attente, le processus d'entrée dans les droits a été renforcé par rapport à des pratiques antérieures, qui étaient disparates selon les caisses : la gestion est désormais très cadencée, avec des délais sécurisant la fin du processus si les pièces justificatives ne peuvent être produites ; la récupération des indus doit être prochainement mise en place (en septembre 2024 pour la CNAM) afin de récupérer les prestations versées pendant la détention d'un NIA, auprès des personnes ne remplissant pas, à l'examen des pièces justificatives, les conditions requises au regard de l'identité.

La vérification de la validité des titres de séjour

Les caisses procèdent à un croisement systématique des titres qui leur sont fournis et des données du ministère de l'intérieur présentes dans le fichier Agdref²⁹⁹. Comme a pu le noter le Sénat en 2019³⁰⁰, « l'octroi de ce titre de séjour ayant lui-même été conditionné à une vérification d'identité robuste, la vérification dans Agdref est un facteur important de sécurisation de l'immatriculation »³⁰¹. Cette même vérification est effectuée, en règle générale³⁰², lors des renouvellements de titre.

²⁹⁵ Voir détail en annexe.

²⁹⁶ Une pièce d'identité et une pièce d'état civil.

²⁹⁷ Application de gestion des dossiers des ressortissants étrangers en France, sous la responsabilité de la direction générale des étrangers en France (DGEF) du ministère de l'Intérieur. Ce fichier contient des données personnelles comme les empreintes digitales et la situation administrative des personnes concernées. Il comprend un numéro (« numéro étranger »), composé de 10 chiffres, qui figure sur le titre de séjour, et qui permet notamment de garantir le droit de séjour aux étrangers en situation régulière sur le territoire français. ». 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 France Travail. Cette possibilité a pris effet en 2011 avec l'entrée en vigueur du décret n° 2011-638.

²⁹⁸ Voir en annexe, la genèse de la mise en place du NIA.

²⁹⁹ Pour l'accès à l'AME, les caisses ont accès à la base Visabio en application de l'article R142-1 du CESEDA : la base comprend les visas en cours de validité accordés à des ressortissants étrangers. Elle permet ainsi de vérifier le caractère effectivement irrégulier de la présence sur le territoire national pour l'attribution de l'aide médicale de l'État.

³⁰⁰ Rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales sur les conséquences de la fraude documentaire sur la fraude sociale, par M. Jean-Marie VANLERENBERGHE, Rapporteur général, 2019.

³⁰¹ Sur ce même sujet, la Cour des comptes notait en 2020 : « 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 préfectures 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. » Cour des Comptes, *La lutte contre les fraudes aux prestations sociales*, 2020.

³⁰² Depuis 2019, un échange d'informations a lieu tous les mois avec le Ministère de l'intérieur et permet de prolonger automatiquement les titres ou documents de séjour qui ont été renouvelés à leur expiration. Les dossiers dont les titres n'ont pas été renouvelés par cet échange font l'objet d'un contrôle par la caisse (procédure contradictoire préalable à l'éventuelle fermeture des droits).

[246] Elle peut l'être également par le traitement des prestations sous condition de ressources : les déclarations donnent lieu à une longue chaîne de traitement souvent méconnue, contrepartie du système déclaratif.

[247] Ainsi, la CNAF³⁰³ a-t-elle effectué 33,4 millions de contrôles en 2023 : 30,8 millions de contrôles automatisés, en lien avec d'autres administrations (notamment France Travail et la DGFIP)³⁰⁴; 2,45 millions de contrôles sur pièces ; 109 834 contrôles sur place. Ces contrôles ont conduit à rectifier pour 1,59 Md€ de droits ; 1,18 Md€ à récupérer auprès des allocataires³⁰⁵, 403 M€ à restituer aux allocataires. 48 692 fraudes ont été détectées à l'issue de ce processus pour 351 M€. Ces contrôles s'ajoutent à ceux effectués lors de l'entrée dans le droit, où les éléments « auto-déclarés » par les personnes sont confrontés à un certain nombre de pièces justificatives fournies par les allocataires (s'agissant notamment de l'état civil). 46 866 fraudes ont été détectées pour un montant de 375 M€.

[248] La CNAM met en œuvre un ensemble d'actions de contrôle pour s'assurer de la bonne attribution des droits aux assurés ainsi que du juste versement des prestations, remboursement des soins et règlement des factures des professionnels de santé. Ces actions comprennent les contrôles de lutte contre la fraude à proprement parler mais également des contrôles ordonnateurs et financiers comptables. Au total en 2022, hors lutte contre la fraude, plus de 13,6 millions de contrôles ont été réalisés dans le cadre des plans de contrôle ordonnateurs et comptables et financiers (dont les contrôles ciblés). Il s'agit majoritairement de contrôles *a posteriori*³⁰⁶.

[249] La MSA dispose depuis 2016 d'un système d'information adapté à la mise en œuvre d'une stratégie de contrôle renforcée des frais de santé reposant sur un moteur de tarification³⁰⁷ contenant, au 1er janvier 2024, 1 498 contrôles embarqués couvrant un large prisme de risque (contrôle des droits aux prestations, du respect des cotisations, de la situation médico-administrative du bénéficiaire, de l'historique de consommation pour des prestations récurrentes, du respect des obligations conventionnelles de facturation...). Ce moteur est notamment complété d'un moteur de contrôle inter factures dédié au repérage des doubles factures. Cette boîte à outil

³⁰³ 13,5 millions d'allocataires au 30 juin 2022, 32,4 millions de personnes couvertes. [Ra22_complet.pdf \(CAF.fr\)](#)

³⁰⁴ Ces contrôles peuvent permettre de régulariser les prestations versées sans solliciter les allocataires. Par exemple, la CAF peut vérifier auprès de la DGFIP si la déclaration de ressources est cohérente avec la situation fiscale.

³⁰⁵ Récupérées en quasi-totalité, s'agissant principalement d'erreurs.

³⁰⁶ Par ailleurs, en avril 2021, la CNAM a engagé un projet (METEORe) qui doit lui permettre d'intégrer à son système d'information le module de tarification et de contrôle des frais de santé de la MSA. Le lot 1 de METEORe est en cours de déploiement (16 caisses activées à juin 2024) avec un objectif de généralisation à l'ensemble des caisses d'ici mars 2025. La mise en production du lot 2 METEORe, intégrant la prévention des doubles paiements, est prévue au second trimestre 2025.

³⁰⁷ @tom.

sera utilisée par la CNAM³⁰⁸ et enrichie de services supplémentaires (détection des atypies de facturation, etc.).

[250] La présentation du titre d'identité est obligatoire dans tous les cas lors de l'inscription en tant que demandeur d'emploi à France travail. Si l'identité est certifiée par la CNAV, la photocopie du titre d'identité n'est pas exigée du demandeur d'emploi. Son enregistrement dans le système d'information est obligatoire dans les autres cas.

[251] **Cette vérification est un travail qui peut être particulièrement complexe pour certains processus.**

[252] Il en est ainsi de la gestion des fins de droit en cas de départ du territoire. Contrairement à la régularité du séjour –qui, comme on vient de le voir, repose sur une authentification des titres par une autorité tierce-, aucun « registre de population »³⁰⁹ n'est disponible en France pour « référencer » les personnes résidant sur le territoire (à la différence de pays comme la Belgique). Le contrôle de la stabilité de la résidence incombe ici pleinement aux caisses, qui, faute de référentiel disponible sur les résidents, doivent mobiliser de très nombreux outils, en particulier le fichier des résidents fiscaux tenu par la DGFIP³¹⁰.

L'exemple de l'utilisation du fichier des résidents fiscaux de la DGFIP par la CNAM

Le fichier de la DGFIP, couvrant en termes de population³¹¹, permet un balayage de grande ampleur des fichiers : ainsi la CNAM adresse chaque année au mois de juin un fichier à la DGFIP recensant toutes les personnes qui, dans ses fichiers, ne sont pas considérées comme actives ou retraitées, soit environ 10 millions de personnes environ ; la DGFIP croise ce fichier avec celui des résidents fiscaux et communique à la CNAM :

³⁰⁸ Démarrage progressif par CPAM depuis octobre 2023 pour les feuilles de soins des pharmaciens dans le cadre du partenariat METEORe (convention CNAM MSA d'avril 2021).

³⁰⁹ L'Ined définit le « registre de population » comme un système de collecte des données par les services publics selon lequel les caractères démographiques et socioéconomiques de l'ensemble d'une population ou d'une partie de la population font l'objet d'un enregistrement continu. [Registre de population - Ined - Institut national d'études démographiques](#).

D'autres pays comme la Belgique en disposent : doivent être inscrits dans le registre de population belge, qu'ils y soient présents ou qu'ils y soient temporairement absents, les Belges et les étrangers admis ou autorisés à séjourner pendant plus de 3 mois dans le Royaume ou autorisés à s'y établir. Le registre est basé sur le lieu où les citoyens ont leur résidence principale. Il s'agit du lieu où vivent habituellement les membres d'un ménage composé de plusieurs personnes, unies ou non par des liens de parenté, ou bien le lieu où vit habituellement une personne isolée.

³¹⁰ Les personnes qui ne résident plus en France ont un intérêt direct à se signaler auprès des services fiscaux pour ne pas subir de « sanctions » pour non déclaration. Les contribuables doivent se conformer aux obligations déclaratives qui leur incombent. S'ils ne respectent pas celles-ci, l'administration est en droit de recourir, selon la nature des déclarations en cause, soit à la procédure d'évaluation d'office, soit à celle de taxation d'office, sous réserve, bien entendu, des mises en demeure préalables. [BOI-CF-IOR-50-20 - CF - Procédures de rectification et d'imposition d'office - Modalités d'établissement de l'imposition d'office et sanctions applicables en cas de défaut ou dépôt tardif de déclaration | bofip.impots.gouv.fr](#)

³¹¹ La complétude de ce fichier n'a pas pu être analysée par le HCFiPS. Selon des informations communiquées par la DGFIP, 49 milliers de personnes (au sens de foyer fiscal) avaient quitté le territoire en 2021 représentant 65 mille personnes (dernière donnée disponible à ce jour) ; 47 % n'étaient pas imposées, c'est-à-dire dont le montant d'impôt sur le revenu (prélèvement forfaitaire obligatoire compris) était négatif ou nul.

1/ les personnes qui ne sont pas identifiées dans ce fichier (1,8 million de personnes environ).

2/ les personnes identifiées comme non-résidents fiscaux.

A partir de ces éléments, la CNAM adresse aux CPAM pour contrôle de la stabilité de la résidence l'ensemble des personnes concernées dès lors qu'aucune pièce justificative (flux DSN, flux retraite..) n'a été fournie pendant deux ans, soit 1 million de personnes. A l'issue de ces contrôles, elle radie environ 300 000 personnes.

[253] S'il permet un traitement de masse, ce contrôle présente cependant comme inconvenient de n'être pas contemporain³¹². Pour compléter leurs informations, les caisses mobilisent plusieurs autres sources de données : signalements en provenance d'autres administrations, signalements de la Poste sur les contrats de réexpédition définitifs à l'étranger, croisements avec des organismes de sécurité sociale³¹³. Ces sources présentent l'avantage d'être plus proches de la situation de départ (par exemple, si le contrat de réexpédition est effectué à l'occasion de ce départ). Mais elles ne permettent des analyses que sur des volumétries assez faibles.

Nombre de contrats de réexpédition définitifs à l'étranger adressés par la Poste à la CNAM

Année	Volume du NPAI/ Départs à l'étranger
2017	40 000
2018	9 863
2019	11 094
2020	10 879
2021	9 392
2022	7 712

Source : CNAM

[254] Au total , l'impact des contrôles réalisés à l'issue de ces croisements de fichiers est loin d'être négligeable : en 2023, environ 300 000 droits à la Puma ont ainsi été fermés, mais la charge de gestion peut être conséquente. Il est important de noter que les droits ouverts à tort ne donnent pas nécessairement lieu à des consommations. En effet, sur ces 300 000 fermetures de droits, environ 20 % seulement des assurés concernés avaient consommé des soins.

³¹² À titre d'exemple, si une personne a quitté le territoire au premier semestre de l'année N, ce n'est qu'au second semestre de l'année N+1 que le retour du flux DGFIP permet de présumer un éventuel départ du territoire au début de l'année N et ce n'est qu'au premier semestre de l'année N+2 que les contrôles s'achèvent sur le sujet.

³¹³ Par exemple, demandes effectuées auprès du centre national des soins à l'étranger pour s'assurer de l'absence de consommation médicale récurrente à l'étranger.

Les fermetures des droits PUMA suite à contrôles (?) – 2023 ?

	Régime d'activité	Régimes de pension (rente & pension)	Régime de résidence	Total
Non consommant	8 827	1 140	204 905	214 872
Consommant	22 131	1 162	74 708	98 001
Total	30 958	2 302	279 613	312 873

Source : CNAM

[255] Ce processus de fin de droits est loin d'être le seul à être complexe : on trouve des difficultés de nature proche, par exemple, sur la question des droits retraite servis aux personnes résidant à l'étranger, autour de la gestion des certificats d'existence³¹⁴ ou des personnes détachées entrantes ou ayants-droit de détachées (pour qui il convient de s'assurer que leurs droits sont bien mis à la charge de l'institution d'origine).

2. DES POPULATIONS ENCORE TROP FAIBLEMENT CONTROLEES OU CONTROLEES SEULEMENT SUR UNE PARTIE DU RISQUE

[256] Le contrôle et la lutte contre la fraude couvrent une multiplicité de situations, extrêmement variées –en pratique la quasi-totalité du champ de la protection sociale. Une cartographie générale des zones aujourd'hui contrôlées et non contrôlées, aujourd'hui inexistante, permettrait de visualiser l'importance de cette couverture.

[257] Certaines zones mériteraient néanmoins d'être approfondies : omettre ou sous-investir certaines populations peut donner un sentiment de « laisser-faire » ou stigmatiser les populations contrôlées . Le HCFIPS souhaite souligner quelques points de vigilance, d'importance variable, sur ce sujet.

Recommandation n°43 : Tenir au niveau de la DSS, en interbranche, une cartographie des risques de fraude et des opérations de contrôle associées, pour identifier les principales actions à mener en termes de contrôle.

³¹⁴ Voir annexe sur le sujet.

2.1. Un contrôle insuffisant des travailleurs indépendants, même si des progrès sont réalisés sur les micro-entrepreneurs

[258] Le HCFIPS a déjà souligné à plusieurs reprises **la faiblesse historique du contrôle des travailleurs indépendants « classiques »**³¹⁵ : aujourd’hui, la méthodologie consiste pour l’essentiel à vérifier l’équivalence entre données fiscales et données sociales, sans prise en compte des principaux risques d’assiette (majoration artificielle des frais professionnels, dissimulation de recettes...), alors que certains de ces sujets – notamment les frais professionnels- sont l’un des éléments centraux du contrôle des entreprises. Les contrôles fiscaux ne pallient pas cette difficulté, l’administration fiscale étant également peu investie sur ces questions, ayant souvent un moindre intérêt à agir que les URSSAF (les travailleurs indépendants cotisent dès le premier euro de revenu alors qu’ils peuvent être non imposables ; des droits sont corrélés à ces cotisations)³¹⁶.

[259] Cette faiblesse a des conséquences sur les prestations sous condition de ressources : faute de contrôle, des revenus minorés peuvent être intégrés dans les bases servant à leur calcul.

[260] Le Haut Conseil a souligné la nécessité de « *trouver la voie* » pour un contrôle des travailleurs indépendants « classiques », notamment par une meilleure interaction avec l’administration fiscale (en organisant des délégations de contrôle entre les deux administrations pour développer les volumes de contrôles) et par la définition d’une stratégie de contrôle (le risque n’est pas identique pour toutes les populations de

³¹⁵ La faiblesse du contrôle des URSSAF sur les travailleurs indépendants a plusieurs origines, rappelées dans les rapports du HCFIPS de 2020 sur la protection sociale des travailleurs indépendants et de 2023 sur le recouvrement social: - Une mobilisation traditionnelle des URSSAF sur les comptes des entreprises, gérés dans leur totalité – contrairement aux comptes des travailleurs indépendants, qui, jusqu’en 2008, donnaient lieu à un recouvrement éclaté entre la CANAM, pour la maladie, ORGANIC/CANCAVA pour les artisans et commerçants et les URSSAF pour la famille, la CSG et la CRDS, ce recouvrement demeurant aujourd’hui encore fractionné pour les professions libérales ; - Des échanges entre sphère fiscale et sociale insuffisants sur leurs activités respectives ; - Une assiette « fiscale », sur laquelle le réseau du recouvrement ne se sent pas légitime : le champ des investigations a ainsi été réduit à la vérification de la cohérence entre déclarations fiscales et sociales, à la recherche de la correcte application des taux et des régularisations ou à l’analyse des écarts –limités- entre assiette fiscale et sociale, alors que les enjeux sont largement ailleurs (correcte application des déductions de frais professionnels, notamment) ; - Le poids financier, faible, des travailleurs indépendants dans l’ensemble des cotisations recouvrées, conduisant à un rendement du contrôle nécessairement réduit par tête et néanmoins mobilisateur en ressources. Cette faible mobilisation a été encore accrue au moment de la crise de l’ISU, avec une suspension, de fait, des opérations de contrôle jusqu’en 2014-2015, en lien avec la détérioration forte de la gestion des comptes, mais aussi avec des difficultés techniques, rendant notamment complexe la mise en recouvrement des montants redressés.

Pour sa part, la MSA s’attache à structurer une politique institutionnelle de contrôle concernant la cible des non salariés agricoles, tant au plan des règles concernant l’assiette sociale que les conditions d’assujettissement au régime agricole. Des actions spécifiques concernant certains statuts (cotisants de solidarité notamment) ou en matière de travail dissimulé (dissimulation d’activité) concernent cette population non salariée.

³¹⁶ Il est clairement posé depuis 2016 que l’administration fiscale doit transmettre aux URSSAF les rectifications opérées : R.242-14 du code de la sécurité sociale» « *En cas de rectification par l’administration fiscale des revenus retenus pour le calcul des cotisations et contributions de sécurité sociale, cette dernière en informe les organismes compétents qui peuvent procéder à la révision du montant des cotisations* »..

travailleurs indépendants, ni pour tous les secteurs d'activité). Ces recommandations sont toujours d'actualité.

Recommandation n°44 : Engager une expérimentation sur la mise en place de délégations de contrôle entre les URSSAF et la sphère fiscale sur le périmètre des travailleurs indépendants³¹⁷.

[261] L'utilisation des données des URSSAF par les autres caisses pourrait en outre être optimisée : ainsi, les prestations des travailleurs indépendants sont calculées sur la base des ressources déclarées par les URSSAF. Les services de l'assurance maladie ont accès au portail « travailleurs indépendants » qui permet de voir les cotisations mais ce portail n'est pas requêtable : Il s'agit uniquement d'une base de consultation, ce qui rend plus difficile les croisements avec les données assurance maladie pour cibler les dossiers notamment quand il s'agit de vérifier la poursuite d'une activité pendant un arrêt de travail.

[262] **S'agissant des micro-entrepreneurs**, le Haut Conseil a souligné **un engagement croissant des URSSAF, au travers du guichet de régularisation** des chiffres d'affaires mis en place sur l'ensemble du territoire en 2023. Après la phase d'expérimentation en URSSAF Provence-Alpes-Côte d'Azur, le dispositif a été étendu à la France entière³¹⁸. 33,9 millions d'euros ont été redressés par le Guichet au titre de l'exercice 2023³¹⁹. L'objectif fixé de la feuille de route 2023-2027 de l'URSSAF est fixé à 200 millions d'euros d'ici 2027 (en cumulé, sur les 5 années de la COG)³²⁰.

[263] En complément de la procédure de fiabilisation conduite par le guichet de régularisation , il s'est avéré nécessaire à l'appui des mêmes données fiscales de contrôler certaines situations de micro-entrepreneurs portant des écarts déclaratifs fiscaux/sociaux significatifs. Un plan national de contrôle « Lutte contre le travail illégal » a en conséquence été diffusé aux URSSAF à titre expérimental³²¹.

[264] Une expérimentation a été engagée avec la CNAF pour faire exploiter par les CAF les résultats des redressements réalisés par le Guichet de régularisation des micro-

³¹⁷ À ce stade, l'URSSAF privilégie la piste d'une coopération renforcée entre URSSAF et DGFIP en matière de contrôle des travailleurs indépendants ; un atelier ad hoc a été mis en place fin mars 2024 avec des agents de contrôle issus des 2 réseaux, S'il est encore trop tôt pour en tirer des enseignements, l'engagement de ces travaux semble un signal très positif.

³¹⁸ Hors Mayotte.

³¹⁹ Avec 7 345 micro-entrepreneurs redressés pour un montant de 20,6 millions d'euros au titre de la « fiscalité personnelle », hors plateformes, 6 501 pour un montant de 13,3 millions d'euros sur les plateformes.

³²⁰ [NAT-DP-Bilan LCTI 2023-VFF.pdf \(URSSAF.org\)](#)

³²¹ Le 5/10/2023. Une méthodologie a été communiquée en parallèle afin de cadrer nationalement le contrôle de la fiscalité personnelle de ME pour lesquels des écarts entre 50 000 et 644 000 euros avaient été détectés. Un bilan de cette campagne sera réalisé aux termes du plan national.

entrepreneurs au titre de la fiscalité personnelle. Le bilan de cette expérimentation devrait être disponible à compter de juin 2024³²².

Recommandation n°45 : Poursuivre les rapprochements entre assiette fiscale et assiette sociale des microentrepreneurs dans le cadre de campagnes de fiabilisation des revenus et en tirer les conséquences en termes de revenus assujettis à cotisations.

[265] S'agissant des micro-entrepreneurs réalisant leur activité au travers de plateformes, la démarche engagée – qui repose à ce stade sur la mobilisation des données transmises par les plateformes à l'administration fiscale-, également saluée dans le rapport sur l'avenir du recouvrement social, se poursuit : pour les 3 100 dossiers finalisés en 2023, 75 % présentaient un écart pour un montant total de 6,8 millions d'euros. La mise en place, à venir, d'un précompte des cotisations par les plateformes, en développant une approche orientée sur la prévention, devrait fortement limiter la sous-déclaration des chiffres d'affaire réalisés sur les plateformes et faciliter les opérations d'identification et de contrôle³²³.

[266] Au-delà des URSSAF, le fichier détenu par la DGFIP est mis à disposition de la CNAF qui peut l'utiliser pour le contrôle de ces populations³²⁴. Il ne l'est pas à la CNAM, qui peut pourtant être concernée par ce sujet, notamment pour la C2S ; il ne l'est pas non plus à France Travail. De même, la MSA se trouve actuellement exclue de ce flux annuel d'informations en provenance de la DGFIP. Une extension de la transmission de ce fichier à l'ensemble des caisses pourrait être envisagée notamment si son usage par la CNAF s'avérait utile³²⁵.

Recommandation n°46 : Mettre le fichier DGFIP relatif aux plateformes à disposition de la CNAM (pour faciliter le contrôle de la C2S et les contrôles portant sur les indemnités journalières), de France Travail et de la CCMSA (ou partager le fichier tenu par l'URSSAF) et s'assurer de la mutualisation des résultats des contrôles relatifs à la micro-entreprise entre organismes de sécurité sociale.

³²² Par ailleurs, une expérimentation est en cours avec la DGFIP des Alpes-Maritimes pour exploiter l'impact des redressements d'assiettes réalisés par l'URSSAF sur le plan fiscal, notamment en ce qui concerne les dépassements de seuil de TVA.

³²³ Voir chapitre 4.

³²⁴ Article L114-19-1 : Toute entreprise mentionnée à l'article 242 bis du code général des impôts est tenue d'informer les personnes qui réalisent des transactions commerciales par son intermédiaire des obligations sociales qui en résultent, dans les conditions fixées au même article. Le document mentionné au I de l'article 1649 ter A du code général des impôts et les informations similaires reçues d'autres États sont adressés par l'administration fiscale à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale et à la Caisse nationale des allocations familiales, au plus tard le 31 décembre de l'année au cours de laquelle elle a elle-même reçu le document ou les informations. La transmission à la CNAF a été prévue par la LFSS pour 2023.

³²⁵ Ou une mutualisation entre caisses du fichier URSSAF.

2.2. Des populations contrôlées mais seulement sur une partie des risques : l'exemple du médico-social

[267] Le secteur du handicap offre l'exemple de situations où le contrôle n'est que partiel.

[268] Pour mémoire, l'AAH ou l'AEEH sont versées par les CAF, sur instruction des MDPH.

[269] Les CAF vérifient les conditions administratives d'octroi des prestations (résidence, enfant à charge effective des parents, conditions de ressources ou d'activité des bénéficiaires...)³²⁶. Ces contrôles, qui sont moins nombreux que pour d'autres prestations –les organismes considèrent que le risque y est moindre-, ne portent pas sur les conditions médicales justifiant l'octroi de la prestation, la compétence médicale relevant de la MDPH. Pour exercer cette compétence, « les équipes des MDPH sont amenées à se prononcer sur l'attribution ou le renouvellement de l'AAH sur la base quasi-exclusive de documents déclaratifs (certificat médical établi par le médecin choisi par le demandeur, formulaire de demande), qui ne font l'objet d'aucun mécanisme de contrôle particulier »³²⁷. Au total, « les conditions actuelles d'instruction de l'AAH ne sont pas conçues pour détecter d'éventuelles fraudes intentionnelles (constitution de faux dossiers, certificats de complaisance de la part de médecins, fausses déclarations, etc.) »³²⁸.

³²⁶ « La CNAF estime, dans son champ d'intervention, que le risque principal relatif à l'AAH consiste en des versements indus du fait de déclarations de ressources erronées ou de situations professionnelles non déclarées. Elle réalise principalement des contrôles de ces données en recherchant des anomalies telles que l'absence de revenus déclarés alors que la CAF a connaissance d'une activité, la diminution substantielle de revenus sans changement d'activité déclaré, ou encore une situation déclarée de chômage sans indemnités correspondantes. En 2018, 40 662 contrôles de ce type ont été menés et ont mis en évidence 7 182 situations d'indus (soit 18 % des contrôles) représentant 3,8 M€. Des recouvrements d'indus (2 477 rappels) ont été effectués pour un montant de 1,4 M€. » Cour des comptes, *L'allocation aux adultes handicapés Rapport public thématique*, 2019.

³²⁷ Plusieurs paramètres font apparaître une zone d'incertitude sur la capacité du système en place à détecter des tentatives de fraude ou plus simplement des demandes non conformes aux principes fixés par le législateur et au principe d'équité : en dehors des éventuels résultats d'examens médicaux, les informations les plus importantes fournies par les demandeurs ont un caractère déclaratif ; les équipes pluridisciplinaires considèrent *a priori* les informations comme exactes et estiment qu'il ne leur revient pas spécifiquement de distinguer entre le juste et l'exagéré, ou encore de détecter un éventuel certificat de complaisance, alors même qu'une partie importante des dossiers ne feront à aucun moment l'objet d'une contre-expertise ou même d'un entretien ou d'une visite médicale ; les MDPH n'enregistrent pas les noms des médecins délivrant les certificats, et se privent par là-même de la possibilité de vérifier s'ils émanent de praticiens complaisants qu'elles auraient par ailleurs identifiés. Les MDPH mettent rarement en œuvre des poursuites pour tentative d'obtention frauduleuse de l'AAH (pas d'identification ou de dépôts de plaintes). Ce point ne fait pas l'objet d'un suivi par la CNSA. Dans ces conditions, la recherche de fraude se focalise sur des questions d'indus parfois techniques (notamment lors des franchissements à la marge des seuils d'éligibilité à la prestation), tandis que les fraudes intentionnelles et délictuelles (en particulier par l'usage de fausses déclarations et de certificats de complaisance) sont, dans l'organisation actuelle, peu recherchées. Cour des comptes, *L'allocation aux adultes handicapés, Rapport public thématique*, 2019.

³²⁸ Cour des comptes, *L'allocation aux adultes handicapés, Rapport public thématique*, 2019.

[270] Des constats similaires ont pu être faits pour l’AEEH³²⁹. L’absence de contrôle du volet médical de ces prestations est une difficulté. La création, dans les conseils départementaux d’un corps de médecins dédiés a un coût³³⁰ et se heurte à des difficultés de recrutement. Cette difficulté pourrait, au moins en partie, être palliée par le recours au contrôle médical des CPAM dans le cadre de plans de vérification délégués par les conseils départementaux à l’assurance maladie.

Recommandation n°47 : Examiner l’extension de compétence du contrôle médical de la CNAM aux prestations servies par les MDPH³³¹.

2.3. Le contrôle des professionnels de santé : un investissement récent mais significatif de l’assurance maladie

[271] Le contrôle des professionnels de santé a pu être régulièrement pointé comme le « parent » pauvre du contrôle de l’assurance maladie, par contraste aux opérations menées sur les assurés : en 2010, la Cour des comptes remarquait : « *La branche focalise (...) l’action de répression sur les prestations en espèces versées aux assurés, alors que le risque principal, en termes d’enjeux, paraît lié aux comportements des professionnels de santé* »³³². En 2020, la Cour continuait de remarquer : « *Si les organismes sociaux subissent des pertes élevées au titre de fraudes et d’autres irrégularités, c’est parce-que*

³²⁹ IGAS, Évaluation de l’AEEH, 2016.

³³⁰ « L’organisation de visites médicales en MDPH ou d’une contre-expertise par des professionnels de santé pour l’attribution de l’AAH est rare, voire exceptionnelle. Plus généralement, l’évaluation des demandes n’est qu’exceptionnellement complétée par un entretien avec le demandeur. La CNSA estime que le coût de mise en œuvre d’une évaluation médicale systématique serait compris entre 9 M€ et 16 M€ par an pour les premières demandes d’AAH ». Cette estimation est convergente avec celle de la DGCS, qui chiffre ce coût à 13 M€ par an. Cour des comptes, *L’allocation aux adultes handicapés, Rapport public thématique, 2019.*

³³¹ « La systématisation d’une rencontre avec des professionnels médicaux pour les premières demandes d’AAH nécessiterait de prendre en compte la difficulté, pour certaines MDPH, à recruter des médecins. Selon la DGCS, plusieurs modalités de mise en œuvre devraient donc être étudiées : (i) des professions médicales directement recrutées ou vacationnées par les MDPH ; (ii) une « délégation à des médecins agréés » qui serait envisageable « sur les territoires concernés par des difficultés de recrutement de personnels médicaux » ; (iii) « la CPAM étant également membre du GIP MDPH, une autre hypothèse pourrait être de déléguer cette mission aux médecins de la CPAM, en charge de l’évaluation de l’invalidité, en les formant bien évidemment aux spécificités du guide-barème ». Cour des comptes, *L’allocation aux adultes handicapés, Rapport public thématique, 2019.*

³³² Cour des Comptes, Communication à la commission des affaires sociales de l’assemblée nationale la lutte contre les fraudes aux prestations dans les branches prestataires du régime général, 2010 « *La branche [maladie] consacre des ressources qui peuvent paraître disproportionnées au contrôle des IJ maladie, qui représentent moins de 5 % des dépenses, alors que leur contrôle accapare entre 20 % et 30 % de la capacité des médecins conseils. (...) L’assurance maladie développe une politique répressive variable : qu’il s’agisse de contentieux pénal ou ordinal, elle poursuit rarement les professionnels de santé alors que les assurés y sont plus souvent exposés, sans que le taux de condamnation puisse l’expliquer puisque celui des premiers est assez sensiblement supérieur à celui des assurés : ainsi, en 2006, 109 assurés ont été condamnés pour 300 condamnations pénales (soit un taux de 36,33 %) alors que 31 professionnels de santé l’ont été pour 44 actions (70,45 %) ».*

les contrôles ne sont pas assez nombreux au regard des risques ». Elle soulignait toutefois les progrès réalisés par la branche³³³.

[272] Il est à noter que la CNAM aborde ces questions dans une logique de continuum allant de la prévention à la répression. Comme le souligne l'Igas : « la CNAM entend la lutte contre la fraude, de façon large, comme intégrée dans un ensemble d'actions graduées associant maîtrise médicalisée, accompagnement et contrôle. Cette stratégie d'action s'est renforcée avec le déploiement du programme de rénovation de la gestion du risque « Rénov'GDR », qui a conduit à l'intégration des actions de contrôles et de lutte contre la fraude dans une acception large de la « gestion du risque ; prévention, maîtrise médicalisée, contrôles et lutte contre la fraude »³³⁴.

Un principe de graduation des actions menées auprès des prescripteurs : mise sous objectif et mise sous accord préalable

Il existe aujourd'hui une gradation d'actions à l'égard des médecins prescrivant un taux anormal d'arrêts de travail ou un nombre de jours d'arrêt particulièrement élevé par rapport à la moyenne de l'ensemble des professionnels. Après échec du dialogue avec les prescripteurs, deux procédures sont susceptibles d'intervenir :

Mise Sous Accord Préalable : créé par la loi n° 2004- 810 du 13 août 2004³³⁵, le dispositif permet à la CPAM de subordonner à l'accord préalable du service du contrôle médical les prescriptions d'un médecin, pour une durée d'au plus six mois. Un courrier est adressé à tout assuré présentant une prescription d'arrêt de travail d'un médecin mis sous accord préalable afin de l'informer des conditions spécifiques de prise en charge de sa prescription.

³³³ Sénat, rapport d'information n° 699 (2019-2020), déposé le 8 septembre 2020, audition de Pierre Moscovici, Premier président de la Cour des comptes.

³³⁴ ALBERTONE Mathias, GEYDAN Geneviève, FLAMANT Pascale, PERRUCHON Céline, *Évaluation de la COG 2018-2022 de la CNAM en vue de son renouvellement*, IGAS, 2022.

³³⁵ Aux termes de l'article L. 162-1-15 du code de la sécurité sociale, le directeur de l'organisme de sécurité sociale, peut enclencher une procédure de MSAP en cas de constatation par le service du contrôle médical : – d'une durée d'arrêts de travail prescrits par le professionnel de santé et donnant lieu au versement d'indemnités journalières ou d'un nombre de tels arrêts de travail rapporté au nombre de patients pour lesquels au moins un acte ou une consultation a été facturé au cours de la période considérée significativement supérieurs aux données moyennes constatées, pour une activité comparable, pour les professionnels de santé exerçant la même profession dans le ressort de la même agence régionale de santé (ARS) ou dans le ressort du même organisme local d'assurance maladie ; – d'un nombre de prescriptions de transports ou d'un montant de remboursement de transports occasionné par lesdites prescriptions, ou encore d'un tel nombre ou d'un tel montant rapporté au nombre de patients pour lesquels au moins un acte ou une consultation a été facturé au cours de la période considérée, significativement supérieur à la moyenne des prescriptions de transport constatée, pour une activité comparable, pour les médecins exerçant dans le ressort de la même ARS ou dans le ressort du même organisme local d'assurance maladie ; – d'un taux de prescription de transports en ambulance, rapporté à l'ensemble des transports prescrits, significativement supérieur aux données moyennes constatées, pour une activité comparable, pour les médecins installés dans le ressort de la même ARS ou dans le ressort du même organisme local d'assurance maladie ; – d'un nombre de réalisations ou de prescriptions d'un acte, produit ou prestation ou d'un nombre de telles réalisations ou prescriptions rapporté au nombre de patients pour lesquels au moins un acte ou une consultation a été facturé au cours de la période considérée significativement supérieur à la moyenne des réalisations ou des prescriptions constatée, pour une activité comparable, pour les professionnels de santé exerçant la même profession dans le ressort de la même ARS ou dans le ressort du même organisme local d'assurance maladie.

Mise sous objectif : créé par la LFSS 2010, le dispositif permet à la CPAM de proposer au médecin comme alternative à la MSAP, de s'engager à atteindre un objectif de réduction des prescriptions durant une période délimitée. En cas de refus du médecin, la caisse poursuit la procédure sous forme de MSAP.

Ces procédures sont relativement peu utilisées : fin 2019, dans son relevé d'observations provisoires sur les indemnités journalières, la Cour des comptes avait relevé que : « En 2018, 596 médecins au total [avaient] été identifiés au plan national comme susceptibles de faire l'objet d'une MSO ou d'une MSAP (soit 0,6 % des 101 400 médecins ayant prescrit des arrêts de travail). » Mais, toujours selon le même rapport, seules 47 mises sous objectif et 39 mises sous accord [avaient] été prononcées en 2018. En 2023, environ 1000 médecins se sont vu proposer une mise sous objectifs (représentant 1,5% des médecins). En 2023, la CNAM a engagé une nouvelle campagne de MSO et MSAP renouvelées et environ 1000 médecins se sont vus proposer une mise sous objectifs (représentant 1,5% des médecins). En 2023, l'action a porté sur les 1,5 % des prescripteurs les plus atypiques, soit environ 1 000 médecins généralistes.

Concernant les Mises Sous Objectifs (MSO), 416 médecins généralistes ont été concernés de septembre 2023 à février 2024. Par ailleurs, les Mises Sous Accord Préalables (MSAP) ont été appliquées à 204 médecins généralistes depuis décembre 2023 / février 2024, avec des durées variant entre 3 et 6 mois.

L'analyse des impact de cette campagne sera réalisée au second semestre 2024.

[273] Le HCFiPS salue le très fort réinvestissement de la CNAM sur ces sujets avec le déploiement, ces dernières années, à côté du travail d'évaluation profession par profession, d'importantes campagnes de lutte contre la fraude ciblant les centres de santé et les audioprothésistes³³⁶ et qui montrent la grande sensibilité de l'assurance maladie à ces sujets³³⁷.

[274] Ce travail mérite d'être pleinement partagé avec la CCMSA, par exemple lorsqu'un professionnel de santé est déconventionné par une CPAM : il serait en effet paradoxal que des remboursements puissent se poursuivre au sein du régime agricole.

³³⁶ « 200 centres de santé ont été contrôlés depuis 2021 (contrôle exhaustif de la facturation, contrôles in situ des centres...) et 21 centres ont été déconventionnés depuis 2023 : 12 centres avec une activité ophtalmologique, 2 centres avec une activité dentaire et 7 centres au titre des deux activités. Grâce à ces contrôles sur les centres de santé, l'Assurance Maladie a arrêté plus de 58 millions d'euros de fraudes sur l'année, soit plus de +1 000% par rapport à 2022. Point de vigilance actuel, la fraude aux audioprothèses fait l'objet de contrôles approfondis par les CPAM, avec pour l'année 2023 un montant de 21,3 millions d'euros de fraudes évitées. Un ensemble d'actions ont ainsi été menées en 2023 et depuis début 2024 : analyse exhaustive de 16 000 factures ciblées et rejet de 9 000 d'entre elles, contrôles en cours de plus de 160 sociétés d'audioprothèses, radiation d'une dizaine d'entre elles depuis 2024, plus de 300 plaintes pénales déposées en 2023 à l'encontre d'audioprothésistes ».

³³⁷ Mais aussi une forte réactivité de la branche maladie lors de la crise sanitaire (fraudes aux tests antigéniques ou aux pass sanitaires).

S'agissant de la CCMSA, en 2023, les montants de fraudes détectées des professionnels de santé (PS) étaient de 3,4 millions et concernaient essentiellement quatre professions: les transporteurs sanitaires pour 1,6 M€, soit 48 % de la fraude des PS, les infirmiers pour 887 K€, soit 26 % de la fraude des PS, les centres ophtalmologiques pour 361 K€, soit 11 % de la fraude des PS, les pharmaciens pour 148 K€, soit 4 % de la fraude des PS. Pour les professionnels de santé, il est à noter la forte augmentation en 2023 des fraudes/fautes détectées concernant les transporteurs, soit + 82 % portée par la détection de deux importants dossiers de fraudes.

Recommandation n°48 : Échanger systématiquement les résultats des contrôles entre le régime général et la CCMSA, tant au niveau local que national, notamment sur le déconventionnement des professionnels de santé.

[275] En revanche, le contrôle sur les établissements de santé, suspendu au moment de la crise sanitaire, n'a pas repris. Comme le note la Cour des Comptes, « *les établissements de santé restent aujourd'hui la seule catégorie de bénéficiaires de prestations à ne faire l'objet d'aucun contrôle dans le cadre de la lutte contre les fraudes* ». Ces contrôles devraient reprendre en 2024³³⁸.

Recommandation n°49 : Reprendre les opérations de contrôle sur les établissements de santé.

3. UNE DIVERSIFICATION CROISSANTE DES SOURCES ET METHODES DE CONTROLE

[276] La capacité d'adaptation des outils est un élément essentiel de la politique de lutte contre la fraude : d'un plan de lutte contre la fraude à l'autre, de nouveaux éléments sont mis à disposition des caisses afin de vérifier les cohérences déclaratives³³⁹. Cette évolution est bien sûr très positive.

3.1. Des échanges de données de plus en plus nombreux qui posent des questions d'efficience

[277] **Le droit de communication est régulièrement étendu.** Ainsi la LFSS pour 2023 a permis aux greffiers des tribunaux de commerce de transmettre aux agents des organismes de protection sociale des renseignements et documents recueillis dans l'exercice de leurs missions et faisant présumer des fraudes en matière de cotisations ou prestations sociales, afin de faciliter l'identification précoce des sociétés éphémères frauduleuses, vecteurs importants de fraudes sociales.

[278] **Les accès à des fichiers externes à la protection sociale sont de plus en plus nombreux.** On en voit par exemple la concrétisation dans la dernière feuille de route de lutte contre les fraudes qui prévoit de donner aux organismes, pour le contrôle de l'entrée dans le droit, l'accès aux données de voyage du fichier *Passenger Name Record*

³³⁸ Sur l'activité 2023 des établissements.

³³⁹ On n'évoquera pas ici les outils internes aux organismes, très nombreux. Ainsi la CNAM dispose-t-elle d'outils de contrôle des prescriptions (par exemple, pour les infirmiers, un tableau d'anomalies est alimenté par un outil récapitulant le profil du professionnel, son agenda, la liste de ses patients, les prescriptions disponibles, en comparaison des actes facturés ; pour les transporteurs, les kilomètres facturés et les horaires de transports sont croisés avec un distancier de référence et un distancier dérogatoire ; pour les masseurs kinésithérapeutes, une comparaison peut être effectuée entre prescriptions et facturations. ALBERTONE Mathias, GEYDAN Geneviève, FLAMANT Pascale, PERRUCHON Céline, *Évaluation de la COG 2018-2022 de la CNAM en vue de son renouvellement*, IGAS, 2022.

(PNR)³⁴⁰. L'accès à d'autres outils est suggéré, notamment par la Cour des Comptes, qui préconise des possibilités d'accès au registre des Français établis à l'étranger³⁴¹ ou aux bases élèves³⁴² -cet accès étant notamment demandé par la CNAF. Au-delà de l'ouverture de droits, les caisses se sont également vu donner l'accès à l'API Ficoba (voir chapitre 6).

[279] D'autres fichiers pourraient sans doute donner lieu à échange pour encore renforcer l'efficacité de la lutte contre la fraude, sous réserve bien sûr de respecter les principes posés par les règles régissant la protection des données personnelles.

[280] Ainsi sur la question de résidence, les caisses autres que les CPAM pourraient utiliser les informations relatives aux consommations de soins, collectées par le centre national des soins à l'étranger (CNSE)³⁴³. Ces éléments pourraient notamment être utiles dans le cadre des contrôles relatifs au minimum vieillesse, dont les allocataires sont plus susceptibles de recourir aux soins. Cet élément de contrôle ne semble pas systématisé à ce stade.

Recommandation n°50 : Mieux partager entre organismes certaines informations de gestion (par exemple sur la consommation de soins à l'étranger comme élément de présomption du lieu de résidence)³⁴⁴.

[281] Toutefois une question, aujourd'hui centrale, est celle des modalités de transmission de ces données, souvent peu efficiente : ainsi, la branche recouvrement

³⁴⁰ « Prévues par le droit européen, [cette application] regroupe les données de voyage, à savoir les données de réservation, d'enregistrement et d'embarquement des personnes présentes à bord, des transports aériens. À terme, les données maritimes et terrestres au départ ou à destination de la France y seront également intégrées. (...) « En matière sociale, la démonstration de la résidence sera facilitée. Prenons l'exemple de Mr X, qui possède deux nationalités et potentiellement deux passeports. Il perçoit le RSA. Dans le cadre d'un contrôle de la réalité de la condition de résidence sur le territoire, l'allocataire présente son passeport français vierge, ainsi qu'une attestation d'hébergement chez un membre de sa famille en France. Dans ces conditions, il est difficile à la CAF de se prononcer sur la réalité de sa résidence en France, et notamment qu'il n'a pas quitté le territoire pour une durée supérieure à trois mois. La consultation du fichier de l'API PNR permettrait d'établir la réalité de ses déplacements à l'étranger et donc le respect ou non de la condition de résidence ». Feuille de route « lutte contre toutes les fraudes aux finances publiques » diffusée en mai 2023.

³⁴¹ « 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'étranger [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] ; 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 : (...). 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. » Cour des Comptes, La lutte contre les fraudes aux prestations sociales, 2020.

³⁴² « 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 » Cour des Comptes, La lutte contre les fraudes aux prestations sociales, 2020.

³⁴³ Le CNSE est chargé de rembourser les soins des personnes affiliées à l'assurance maladie française s'agissant de soins effectués à l'étranger.

³⁴⁴ La mise en place de cette recommandation suppose de cerner précisément les informations nécessaires et pertinentes pour le but poursuivi par chaque organisme.

ne dispose pas d'un accès direct aux liasses fiscales ou, à tout le moins, aux données relatives au chiffre d'affaires comprises dans les liasses fiscales³⁴⁵ ; les caisses doivent contrôler, dossier par dossier, de nombreux répertoires non interfacés, imposant un grand nombre de reports, encore partiellement effectués « à la main ». Le contrôle est ainsi extrêmement lourd et susceptible de donner lieu à des erreurs. Cette stratification des fichiers disponibles se traduit par un travail extrêmement chronophage pour les caisses et non totalement sécurisé.

Des évolutions en cours entre URSSAF et DGFIP

Des travaux ont été engagés dans le cadre de la feuille de route synergie DGFIP/URSSAF afin de favoriser les échanges d'informations utiles au contrôle entre les deux réseaux. Ainsi, l'URSSAF a réalisé une expression de besoins pour accéder aux données contenues dans les liasses fiscales : ce besoin est exprimé pour les contrôles comptables d'assiette, les contrôles sur pièces et les actions de Lcti ; il et couvre les employeurs et les travailleurs indépendants Les flux d'informations à des fins de ciblage/d'investigation exploitables sont privilégiés.

D'autres ateliers ont été mis en place en avril 2024, pour favoriser les échanges de données . Deux ateliers concernent plus spécifiquement les données relatives à la lutte contre la fraude/Lcti : les informations relatives aux établissements stables (dans le cadre de la mobilité internationale) et les entreprises redressées pour absence de comptabilité.

[282] La question de l'efficacité des contrôles³⁴⁶ rejoint ici les éléments évoqués pour les URSSAF dans le rapport sur l'avenir du recouvrement social : deux recommandations avaient été portées à ce titre : définir un cadre d'utilisation des données à des fins de croisements massifs (dans le cadre du datamining) pour mieux détecter les fraudes complexes³⁴⁷ ; automatiser les transmissions d'information sur les contrôles entre organismes sociaux³⁴⁸. Dans le même sens, il est proposé ici de travailler à une massification des échanges d'information, via notamment le développement d'API³⁴⁹. Cette réflexion doit nécessairement prendre en compte la

³⁴⁵ Si elles souhaitent connaître le chiffre d'affaires d'une entreprise à l'occasion d'un contrôle comptable d'assiette, les URSSAF doivent demander la liasse fiscale aux entreprises. Lorsqu'elles ne l'obtiennent pas, elles doivent alors requérir cette liasse fiscale auprès de l'administration fiscale. Une obtention en amont de ces éléments permettrait non seulement de simplifier ce processus, mais aussi un meilleur ciblage des opérations de contrôle. Ainsi, une simple comparaison, au sein d'un secteur professionnel, du chiffre d'affaires et du nombre de salariés déclarés par chacune des entreprises permettrait de détecter assez aisément des entreprises « à risque » de dissimulation, en identifiant celles des entreprises qui déclarent un très petit nombre de salariés rapporté à leur chiffre d'affaire.

³⁴⁶ Cette question va au-delà des outils externes ; l'IGAS a ainsi pu noter que les outils de contrôle déployés par la CNAM « offrent aux organismes locaux des moyens d'investigation et de détection plus nombreux. Les temps d'analyse et d'investigation de la part des équipes à partir de ces outils sont en revanche importants ». Le rapport souligne l'importance de l'optimisation des systèmes d'information « le développement de contrôles embarqués est indispensable : ils permettent d'automatiser des tâches qui sont souvent chronophages et ont souvent une faible valeur ajoutée. » ALBERTONE Mathias, GEYDAN Geneviève, FLAMANT Pascale, PERRUCHON Céline, *Évaluation de la COG 2018-2022 de la CNAM en vue de son renouvellement*, IGAS, 2022.

³⁴⁷ Recommandation n°11.

³⁴⁸ Recommandation n°14, notamment via les DSN de substitution.

³⁴⁹ Interface logicielle qui permet de « connecter » un logiciel ou un service à un autre logiciel ou service afin d'échanger des données et des fonctionnalités.

question des droits des usagers³⁵⁰, en faisant la distinction entre les traitements concernant les individus et ceux relatifs aux personnes morales, puisqu'une partie importante des données concernant ces dernières ne relèvent pas du domaine de la protection des données, telles le numéro SIREN, sa forme juridique, l'adresse du siège social ou le chiffre d'affaires.

Recommandation n°51 : Automatiser les traitements permettant de matérialiser la fraude pour gagner en productivité et sécuriser les processus (notamment par le développement de consultation par API) dans le respect des règles régissant l'accès aux données personnelles³⁵¹.

3.2. Un outillage qui s'adapte à l'univers numérique

[283] Les méthodes évoluent également, avec le recours croissant à l'intelligence artificielle. L'analyse de données de masse pour détecter les zones de fraude, permise par le datamining, est une avancée majeure dans la lutte contre la fraude³⁵² (voir chapitre 5).

[284] Le numérique permet plus aisément une ouverture de droits depuis l'étranger. Il est essentiel de se doter d'outils qui permettent cette surveillance. Ainsi, les adresses IP collectées lors des connexions sont utilisées par la CNAF comme indices (parmi d'autres) pour identifier si l'allocataire réalise ses demandes depuis l'étranger³⁵³. Cela permet, dans l'affirmative, d'engager des contrôles plus approfondis sur la résidence de l'intéressé. 13 000 contrôles ont été effectués sur ces adresses par la branche famille en 2023 qui ont abouti, dans 62% des cas, à des constats de fraude)³⁵⁴. Cette approche n'est pas mobilisée à ce stade par les autres branches.

[285] La conduite d'investigations sous pseudonyme sur internet ou sur les réseaux sociaux est devenue un outil incontournable de la lutte contre toute forme de fraude. « Ce type d'investigations permet en effet de recueillir des informations utiles et de documenter des mécanismes sophistiqués de fraude tels que les usurpations d'identités

³⁵⁰ Voir, en annexe, les analyses de Jean-Luc MATT su ce sujet.

³⁵¹ Voir chapitre 5.

³⁵² Elle est diversement utilisée par les branches ; ainsi l'IGAS note que, pour l'assurance maladie, la technique n'est utilisée que sur un champ « très limité au regard du périmètre d'action de l'assurance maladie ». ALBERTONE Mathias, GEYDAN Geneviève, FLAMANT Pascale, PERRUCHON Céline, *Évaluation de la COG 2018-2022 de la CNAM en vue de son renouvellement*, IGAS, 2022.

³⁵³ Même si l'origine des connexions peut être masquée via le recours à des VPN.

³⁵⁴ 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'étranger. 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. Cour des Comptes, La lutte contre les fraudes aux prestations sociales – 2020 91% d'indus.

ou de coordonnées bancaires dont le nombre est en forte recrudescence, les activités ou les domiciliations fictives, les ressources non déclarées, les réseaux de recrutement ou la réalité de l'établissement en France notamment pour les entreprises étrangères »³⁵⁵. La LFSS pour 2023 a doté certains agents de contrôle de prérogatives de police judiciaire de cyber enquête³⁵⁶. Des agents sont actuellement en cours de formation en vue d'obtenir le commissionnement qui leur permettra de mener des enquêtes sous pseudonyme³⁵⁷.

[286] L'ensemble de ces méthodes doit être concilié avec le cadre juridique applicable à la protection des données personnelles³⁵⁸. Pour mémoire, sur le plan européen, le règlement général de la protection des données impose, pour tous les traitements de données à caractère personnel, 1/ une minimisation des données traitées, avec une attention à porter sur le volume de données traitées 2/ une information des personnes physiques concernées par le traitement et un droit d'accès de rectification. Ce cadre

³⁵⁵ Étude d'impact, PLFSS pour 2023.

³⁵⁶ Le dispositif se décompose en deux volets (prestations et cotisations).

o « Attribuer de nouvelles compétences de police judiciaire à certains agents de contrôle de la CNAM, CNAF, CNAV, France Travail et des régimes spéciaux pour la recherche des infractions d'escroquerie, faux et fausses déclarations Des agents des organismes de la protection sociale, spécialement commissionnés à cet effet, seront dotés de prérogatives de police judiciaire et auront notamment la possibilité de rechercher sous pseudonyme des indices d'escroquerie aggravée et de faux, lorsque ces infractions sont commises en ayant recours à un moyen de communication électronique. De telles prérogatives leur permettront de participer à des échanges électroniques sous pseudonyme, d'être en contact par ce moyen avec les personnes susceptibles d'être les auteurs des infractions, mais également d'extraire, recueillir et conserver les éléments de preuve et les données sur les personnes susceptibles d'être les auteurs des infractions.

o Attribuer de nouvelles compétences de cyber-enquête à certains agents de contrôle des caisses de recouvrement (URSSAF et MSA), de l'inspection du travail et de France Travail pour la recherche du travail illégal sur internet Ces agents ont déjà compétence pour rechercher et constater les infractions de travail illégal, il s'agit donc de compléter les prérogatives de police judiciaire spéciale qu'ils détiennent déjà. De la même manière, la mesure vise à accorder à ces agents des prérogatives leur permettant, aux fins de constater des infractions de travail illégal commises en ayant recours à un moyen de communication électronique, de rechercher des indices sur internet sous pseudonyme (participer à des échanges électroniques, être en contact avec les personnes susceptibles d'être les auteurs des infractions, extraire, recueillir et conserver les éléments de preuve et les données sur les personnes susceptibles d'être les auteurs des infractions).

³⁵⁷ La formation interbranches, pilotée par la DSS avec appui Ucanss, concerne une quarantaine d'agents (18 issus de la CNAM, 17 de la CNAF et 5 de la MSA). Elle a commencé en mai 2024 (en vue d'un commissionnement à la fin de l'année). Le but est de former 150 personnes d'ici fin 2027.

³⁵⁸ La Cour de cassation, dans un arrêt rendu le 25 novembre 2020, a précisé que « les adresses IP, qui permettent d'identifier indirectement une personne physique, sont des données à caractère personnel au sens de l'article 2 de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés » (Cass. Soc, 25 novembre 2020, 17-19.523)

visé à instaurer un équilibre entre vie privée et contrôle³⁵⁹ et il ne doit pas être mésestimé³⁶⁰.

Recommandation n°52 : Partager entre organismes sur les nouvelles techniques de contrôle, en s'assurant de leur compatibilité avec la protection des données personnelles (utilisation des adresses IP par exemple).

[287] Par ailleurs, une vigilance doit être portée au développement de la fraude sur le darkweb : les modes opératoires de fraudes aux prestations sociales s'y vendent et s'y achètent³⁶¹ ; de nombreux flux financiers peuvent s'y déplacer au fur et à mesure que les flux bancaires sont plus contrôlés.

Recommandation n°53 : Mettre en place une veille structurée sur les risques de fraudes à la protection sociale recourant au dark web.

4. UNE AMELIORATION NECESSAIRE DES ECHANGES ENTRE ORGANISMES

[288] Les échanges de données sont lourds et chronophages, comme on vient de le voir ; les ressources consacrées au contrôle et à la lutte contre la fraude, même si elles sont croissantes, restent par construction limitées. Les schémas de fraudes se complexifient et s'adaptent de manière permanente, ce qui rend la détection toujours plus délicate. Une même fraude a souvent un impact sur de nombreux organismes. Pour toutes ces raisons, l'activité du contrôle est un bien « rare » qu'il convient d'optimiser en le partageant.

³⁵⁹ Article 5 du RGPD : Les données à caractère personnel doivent être : a) traitées de manière licite, loyale et transparente au regard de la personne concernée (licéité, loyauté, transparence); b) collectées pour des finalités déterminées, explicites et légitimes, et ne pas être traitées ultérieurement d'une manière incompatible avec ces finalités; (...) c) adéquates, pertinentes et limitées à ce qui est nécessaire au regard des finalités pour lesquelles elles sont traitées (minimisation des données); d) exactes et, si nécessaire, tenues à jour; toutes les mesures raisonnables doivent être prises pour que les données à caractère personnel qui sont inexactes, eu égard aux finalités pour lesquelles elles sont traitées, soient effacées ou rectifiées sans tarder (exactitude); (...)

Voir, sur ce sujet, note de Jean-Luc MATT en annexe.

³⁶⁰ On peut ajouter, s'agissant de la LCTI, la nécessaire prise en compte de la directive européenne n°2016/68/0 du 27 avril 2016 dite directive "police justice", complémentaire au RGPD (voir sur ce point analyse de Jean-Luc MATT annexée.

³⁶¹ 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, 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*, 2020.

La fraude et ses interactions : l'exemple du travail dissimulé et des sociétés éphémères

362



4.1. Poursuivre la mutualisation des données entre organismes

[289] Le HCFiPS a déjà souligné la nécessité d'accroître la mutualisation des données associées à la fraude entre organismes de sécurité sociale, en mutualisant les données disponibles.

[290] Comme souligné dans son rapport sur l'avenir du recouvrement social³⁶³, plusieurs terrains de fraude sont communs aux caisses prestataires et à la branche recouvrement : la prise en compte des sous-déclarations identifiées par les URSSAF peut avoir des incidences sur le niveau des droits individuels ; plusieurs types de

³⁶² Voir, sur ce sujet, observatoire du travail dissimulé, 2022 ; TAUZIN Jean-Louis, ROYER Sabine : Les enjeux de la lutte contre la fraude aux allocations chômage, *Gestion & Finances Publiques*, 2019. Il peut y avoir un Impact potentiel également pour la formation professionnelle ou les dispositifs conventionnels mis en place par des branches professionnelles.

³⁶³ [2023-02-02_rapport_hcfips_controle.pdf \(strategie.gouv.fr\)](#)

fraudes détectées par les caisses prestataires peuvent avoir une incidence sur le recouvrement (fraudes à la fausse activité professionnelle repérées les CAF³⁶⁴, surfacturations effectuées par les praticiens et auxiliaires médicaux ...). Mais, si les URSSAF transmettent aux autres organismes de sécurité sociale des signalements faisant suite à des constats de situations de travail dissimulé, rien ne permet de s'assurer que cette transmission est systématique ni, *a fortiori*, que ces signalements sont systématiquement traités³⁶⁵ ; faute de données nationales consolidées sur le sujet, il n'est pas non plus certain que la transmission aux URSSAF des fraudes constatées par les caisses prestataires soit systématisée, quand bien même des instructions nationales le prévoient³⁶⁶. Des expérimentations menées au niveau local montrent un intérêt réel à ces transmissions³⁶⁷.

[291] Dans le même esprit de mutualisation, l'assurance maladie pourrait informer les CAF des refus d'affiliations des communautaires inactifs ou les MSA des contrôles sur les professionnels de santé (voir recommandation ci-dessus ...) ; Sandia pourrait être destinataire des rejets de demandes suite à une absence de titre de séjour ; les contrôles effectués sur les micro-entrepreneurs par les CAF pourraient être partagés avec l'assurance maladie³⁶⁸.

³⁶⁴ Plus de 600 affaires ont été détectées dans ce cadre par le Service national de lutte contre la fraude à enjeux de la CNAF, durant sa première année d'activité, pour un enjeu financier de 12 000€ par dossier.

³⁶⁵ Le HCFIPS avait remarqué de fortes fluctuations des niveaux de transmission – laissant supposer une irrégularité des échanges, mais aussi une dynamique positive depuis 2020 (après une forte baisse des transmissions effectuées par les URSSAF en 2018 et 2019, le nombre de signalements avaient réaugmenté à compter de 2020).

³⁶⁶ La CNAF recensait 6 482 signalements transmis aux URSSAF entre le 1er janvier et le 30 septembre 2022. L'URSSAF CN ne disposait pas de bilan qualitatif sur l'utilisation de ces données. Il en était de même pour la CNAF qui ne disposait pas d'une vision consolidée de l'utilisation que faisaient les CAF des signalements reçus des URSSAF.

³⁶⁷ La CNAF envisage sur la base des expérimentations de travailler sur 3 processus : la transmission par les URSSAF des PV de travail dissimulé ; les données relatives aux plateformes ; les usurpations d'identité.

³⁶⁸ Ces échanges posent des questions d'outillage, soulignés par la CNAF et constatés lors d'une expérimentation d'échanges avec l'URSSAF sur le champ ME/TI.

L'exemple des contrôles sur les micro-entrepreneurs

Comme tous les travailleurs indépendants, les micro-entrepreneurs sont affiliés à la PUMa et peuvent demander leur rattachement à la branche famille dès qu'ils sont immatriculés auprès du Guichet des Formalités d'entreprises : en l'absence de condition minimale d'activité ou de revenu, cette immatriculation vaut présomption d'activité. Si cette règle ne pose pas réellement difficulté pour les travailleurs indépendants « classiques » (ces derniers sont sauf exception assujettis à des cotisations minimales dès qu'ils sont immatriculés), elle est un problème pour les micro-entrepreneurs : ceux-ci cotisent proportionnellement à leurs revenus et ne sont pas redevables de cotisation si leur chiffre d'affaires est nul ; ils ne sont, par suite, nullement « désincités » à s'immatriculer et nombre d'entre eux sont actifs « administrativement », mais inactifs « économiquement » (les micro-entrepreneurs économiquement actifs représentent fin 2022 55,8 % de l'ensemble des ME).

Cette facilité est utilisée par des ressortissants communautaires –qui n'ont à présenter aucun titre de séjour pour travailler ou résider en France-, pour s'ouvrir des droits maladie et famille au titre de l'activité, sans pour autant résider en France.

La CNAF, qui a constaté des fraudes à ce titre (600 "fraudes à la fausse activité professionnelle" ont été détectées en 2022), incite à une grande vigilance sur le sujet : elle demande notamment aux CAF de s'assurer du caractère réel de l'activité lorsqu'aucun chiffre d'affaires n'est déclaré, en demandant des justificatifs sur la réalité de l'activité. La CNAM radie les intéressés lorsque le flux qu'elle reçoit de l'URSSAF lui indique que le micro-entrepreneur n'est plus immatriculé : hors les radiations à l'initiative des micro-entrepreneurs, l'URSSAF procède à des radiations automatiques dès lors qu'aucun chiffre d'affaires n'a été déclaré pendant deux ans. Ainsi, des droits peuvent demeurer ouverts à la PUMA « activité » sans activité réelle pendant une longue période, et sans résidence en France.

Une approche coordonnée semble très nécessaire pour éviter ce point de fuite.

Recommandation n°54 : Systématiser le contrôle de l'effectivité de l'activité en cas de chiffre d'affaires nul ou faible pour les micro entrepreneurs et partager les résultats des investigations dans l'ensemble des branches.

[292] Si des marges de progression certaines existent dans les échanges entre caisses, certaines évolutions sont en cours : ainsi, les résultats des contrôles PUMA, relatifs notamment au processus d'immatriculation, sont retracés par la CNAM depuis novembre 2023 au sein du RNCPS, ouvrant ainsi les anomalies constatées à l'ensemble des branches.

[293] Le HCFiPS souhaite souligner qu'un bilan partagé périodique entre organismes permettrait, non seulement, d'identifier la réalité des échanges et de prendre connaissance des suites données, mais aussi d'identifier les éventuels besoins d'ajustements ou difficultés à résoudre. Comme le remarquait l'URSSAF Caisse nationale en 2022, « l'absence de retour des caisses prestataires ne contribue sans doute pas à la dynamique de la transmission des [informations]³⁶⁹ ».

³⁶⁹ Sur ce volet, la lettre ministérielle du 15 octobre 2008 précisait que les caisses prestataires devaient mettre en place un circuit de retour d'information à destination des URSSAF « afin que les agents de la branche recouvrement ayant procédé aux signalements puissent s'assurer de l'utilité de cette procédure ». Ce circuit n'a pas été mis en œuvre.

Recommandation n°55 : Structurer, par un bilan partagé, l'information sur les données transmises au titre des fraudes entre organismes pour partager les suites données et améliorer, le cas échéant, le processus.

[294] La mutualisation entre organismes doit aller au-delà de simples signalements. Elle doit porter sur la mutualisation des résultats des contrôles eux-mêmes.

[295] Les CAF disposent d'un corps de contrôleurs allocataires, assermentés par le tribunal judiciaire, qui a pour objectif de mener des investigations notamment auprès des allocataires, à leur domicile³⁷¹. Lorsque ces contrôleurs constatent l'absence sur le territoire d'un allocataire, cette absence vaut pour l'ensemble des risques.

[296] Les CPAM disposent d'enquêteurs assermentés et agréés dont l'objectif est de réaliser des investigations – à distance ou sur le terrain – pour lutter contre les abus et les fraudes ciblant le système de santé³⁷².

[297] Comme souligné dans le rapport sur l'avenir du recouvrement social, les travaux engagés par la direction de la sécurité sociale sur la mutualisation des contrôles – qui avaient pour objectif de procéder à une exploitation systématique des résultats obtenus par les autres organismes – n'ont pas été formalisés : ils ne l'ont toujours pas été à cette date.

[298] Or, le code de la sécurité sociale autorise, depuis la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006, les agents en charge du contrôle à mener leurs investigations au profit de plusieurs organismes³⁷³. Cette possibilité, initialement

³⁷⁰ Reprise de la recommandation n°9 du rapport sur l'avenir du recouvrement social.

³⁷¹ Selon le référentiel du Certificat de Qualification Professionnelle, ses missions reposent sur les éléments suivants : contrôler sur place ou sur pièce, au regard de la législation sociale applicable, la conformité des déclarations effectuées par les allocataires ; rechercher toute information complémentaire auprès d'autres institutions pour éclairer ou conforter son diagnostic de la situation contrôlée ; formaliser, dans un rapport, les résultats obtenus ainsi que les préconisations éventuelles et les communiquer, les cas échéant, à ses interlocuteurs ; informer et conseiller les personnes physiques contrôlées, dans les domaines de législation applicable et les orienter, le cas échéant, vers les personnes ressources ; informer l'allocataire des conclusions de l'enquête, recueille son accord ou son désaccord ; en cas de fraude, aviser l'allocataire des conséquences judiciaires ou pénales éventuelles.

³⁷² Les enquêteurs de l'assurance maladie peuvent aller sur le terrain pour auditionner des professionnels de santé ou des assurés. Compte-tenu des enjeux financiers, la priorité est donnée aux fraudes commises par les professionnels de santé.

³⁷³ Article L114-10-1 du code de la sécurité sociale. La disposition a été introduite par le PLFSS pour 2006 : « Lorsqu'ils constatent une fraude, les organismes de sécurité sociale communiquent le résultat de leur contrôle aux autres régimes dont relève également l'assuré, afin qu'ils puissent en tirer les conséquences le cas échéant. Cependant, ces organismes ne peuvent alors fonder leurs propres sanctions que sur la base d'un contrôle réalisé par un de leur agent pour que ce contrôle soit opposable, alors même qu'il est réalisé dans les mêmes conditions et selon les mêmes règles. À défaut de pouvoir exploiter directement le résultat des contrôles déjà opérés par un autre corps de contrôle, les organismes sont donc conduits à déployer de nouveaux moyens pour constater des manquements déjà connus à l'avance. Le présent article vise donc à permettre aux organismes de sécurité sociale, d'une part, d'exploiter les procès-verbaux et rapports d'enquêtes réalisés par un organisme appartenant à un autre régime et, d'autre part, de permettre à des organismes relevant de régimes différents mais assurant la gestion d'un même risque de mutualiser la réalisation d'enquêtes » (Exposé

ouverte au sein du seul régime général a été étendue à l'ensemble des régimes en 2016³⁷⁴ -date à laquelle il a été précisé que « *les procès-verbaux transmis à un autre organisme de protection sociale font foi à son égard jusqu'à preuve du contraire. Le directeur de cet organisme en tire, le cas échéant, les conséquences, selon les procédures applicables à cet organisme, concernant l'attribution des prestations dont il a la charge* ».

[299] Ce dispositif n'est pas toujours identifié par les caisses. L'assurance maladie le mobilise pour les contrôles portant sur l'attribution à tort de la C2S, le cumul des indemnités journalières et d'une activité rémunérée non autorisée, la PUMA et la condition de résidence, les CPAM utilisent comme moyen de preuve les constats réalisés par les enquêteurs agréés et assermentés de la CAF sur la remise en cause de l'attribution de leurs prestations. Toutefois, il n'est pas certain que toutes les potentialités de ces échanges soient prises en compte : le dispositif reste méconnu par certains organismes.

Recommandation n°56 : Identifier toutes les potentialités du mécanisme de mutualisation des contrôles entre branches permettant de rendre les contrôles réalisés par une des caisses opposables sur l'ensemble des risques.

4.2. La mise en place indispensable d'une mutualisation avec les organismes complémentaires³⁷⁵

[300] Les échanges entre l'assurance maladie et les organismes complémentaires d'assurance maladie sont régis, en matière de fraude, par l'article L114-9 du code de la

des motifs). Sénat, Projet de loi de financement de la sécurité sociale de financement de la sécurité sociale pour 2006, Rapport n° 73.

³⁷⁴ Comme le notait le rapport du Sénat sur le PLFSS pour 2016, (Rapport fait au nom de la commission des affaires sociales sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 par M. Jean-Marie VANLERENBERGHE, Mmes Colette GIUDICELLI, Caroline CAYEUX, MM. Gérard ROCHE et Gérard DÉRIOT) « *L'exploitation d'un contrôle mené par un organisme de protection sociale, c'est-à-dire la possibilité d'utiliser directement les résultats de ce contrôle pour prendre une décision de sanction ou de pénalité, par un autre organisme, n'est actuellement possible qu'au sein du régime général et ce tant en ce qui concerne le domaine des prestations que celui du recouvrement. Un organisme du régime général détectant un comportement frauduleux peut transmettre ses conclusions à un autre organisme du régime général qui pourra les utiliser. Il ne pourra, en revanche, qu'effectuer un signalement auprès d'un organisme relevant d'un autre régime, ce dernier devant alors mener un contrôle identique pour pouvoir sanctionner, le cas échéant, l'assuré ou le professionnel.* » Voir également l'étude d'impact du PLFSS pour 2016 : « *Par exemple, une enquête réalisée par une CARSAT pour une fraude commise par le bénéficiaire d'une prestation vieillesse pourra être mutualisée avec le RSI et la MSA si le fraudeur est polypensionné. De même, un redressement réalisé par un agent URSSAF au titre du travail dissimulé pourra être directement exploité par une CAF pour évaluer les conditions de ressources d'un bénéficiaire du RSA. Cette disposition facilitera également la conduite des contrôles inter-régimes pour les professionnels de santé. Enfin, en cas de fraude commise par un transporteur sanitaire constatée au régime général, les autres régimes qui prennent en charge ce type de transport pourront directement en tirer les conséquences sans avoir à renouveler le contrôle du transporteur* ».

³⁷⁵ On ne traite pas ici des relations entre les régimes de base et les régimes complémentaires en matière de retraite

sécurité sociale : « *l'organisme local d'assurance maladie informe le cas échéant, s'il peut être identifié, l'organisme d'assurance maladie complémentaire de l'assuré* » lorsqu'il a connaissance d'informations ou de faits pouvant être de nature à constituer une fraude et doit procéder aux contrôles et enquêtes nécessaires.

[301] Ce cadre juridique présente plusieurs limites. Il ne régit que les échanges allant de l'assurance maladie vers les complémentaires : aucune disposition ne prévoit la réciprocité des relations. La transmission de l'information par les caisses d'assurance maladie n'est pas présentée comme une obligation. L'information n'a à être diffusée que lors du lancement d'une procédure ; autrement dit, les CPAM ne sont autorisées à échanger ni sur les résultats d'un contrôle –lorsque la fraude est avérée, ni sur les suites d'un contrôle –notamment sur les sanctions déclenchées.

[302] A ces limites juridiques s'ajoutent des difficultés pratiques : il est parfois difficile d'identifier les personnes compétentes au sein des différentes organisations³⁷⁶ ; dans les cas de fraudes organisées, concernant un nombre important d'assurés, l'appartenance de ces assurés à différents organismes de base ou complémentaires renforce la difficulté.

[303] Cette situation est préjudiciable tant à l'assurance maladie qu'aux assureurs complémentaires – qui soulignent notamment leur difficulté à contrôler en cas de tiers payant³⁷⁷.

Les complémentaires santé ne bénéficient pas des résultats des contrôles opérés par l'assurance maladie

L'assurance maladie mène actuellement de nombreux contrôles sur des sociétés d'audioprothèses suspectes de fraudes. Or, en 2022, sur les 1,6 Md€ de dépenses d'audioprothèses, seuls 391 M€ ont été pris en charge par l'assurance maladie³⁷⁸.

³⁷⁶ « *Le renseignement ne se fait pas que du service public vers le secteur privé : nous avons des renseignements, mais nous ne savons pas toujours à qui les transmettre, ni comment. L'ALFA tient depuis longtemps un annuaire des organisations anti-fraude de chaque compagnie d'assurance, qui fonctionne bien ; au sein de cette communauté professionnelle – animée et renforcée par l'ALFA qui dispense des formations communes –, chacun a un rôle bien défini et sait qui contacter car, dès lors que l'on se connaît, on peut identifier l'interlocuteur adéquat et lui faire confiance. Le travail avec les organismes sociaux se fait par des relations ad hoc, à un niveau très local, mais il suffit qu'une personne parte à la retraite pour que la coopération s'arrête. Une base légale permettrait donc à tous les acteurs – y compris ceux du secteur public – de travailler plus efficacement, et de clarifier l'application du RGPD par rapport aux textes antérieurs* ». Maxime BIZIEN, Commission d'enquête relative à la lutte contre les fraudes aux prestations sociales, 2020.

³⁷⁷ En particulier, la réglementation relative aux contrats responsables oblige les complémentaires à payer dès lors que le régime obligatoire est intervenu (obligation de prise en charge de tous les TM sur les actes et prestations remboursés par l'AMO, sauf exceptions visées réglementairement). Par construction, dans ce type de situation, les contrôles ne peuvent être effectués qu'a posteriori.

³⁷⁸ Plan de « lutte contre les fraudes de toutes les finances publiques », mai 2023.

L'assurance maladie ne bénéficie pas systématiquement des contrôles opérés par les complémentaires santé

L'agence de lutte contre la fraude à l'assurance (Alfa)³⁷⁹ observe, depuis quelques années, une « *considérable augmentation de la prise en charge du sujet de la lutte contre la fraude pour les branches santé et prévoyance* »³⁸⁰. Sur la branche santé et sur la base d'une collecte de données très partielle³⁸¹, elle fait état d'un montant de fraudes proche de 30 M€³⁸² -correspondant pour l'essentiel à des préjudices évités. Les 2/3 de la valeur totale estimée des dossiers triés pour effectuer des investigations concernent des professionnels de santé. Parmi les entreprises qui fournissent des éléments qualitatifs³⁸³, douze évoquent des fraudes liées à la médecine douce et 13 liées aux soins dentaires. La majorité d'entre eux considère également qu'il est constaté une recrudescence des fausses factures mises à disposition sur les réseaux sociaux. Si certaines de ces fraudes sont signalées à l'assurance maladie, aucun circuit systématique ou organisé n'existe.

[304] Cette situation a été clairement identifiée dans la feuille de route du plan « lutte contre les fraudes de toutes les finances publiques »³⁸⁴ qui a prévu d'y remédier.

Mesure 31 du plan de lutte contre les fraudes : Renforcer la coopération entre l'assurance maladie et les complémentaires santé

« Aujourd'hui, les caisses primaires d'assurance maladie détectent et évitent chaque année plus de 300 M€ de préjudice financier au titre de la fraude. Or, sur un certain nombre de dossiers de fraudes à enjeux portés par l'assurance maladie, par exemple sur les centres de santé dentaires, les opticiens ou audioprothésistes, les complémentaires santé prennent également en charge une part importante des dépenses (à titre d'illustration, 44,7 % pour les soins dentaires). (...) Parallèlement, les complémentaires santé peuvent détecter des cas de fraudes dont la transmission à l'assurance maladie permettrait d'enclencher des actions de contrôle en s'appuyant sur les prérogatives dont elles disposent.

La mesure consiste à faciliter les échanges entre l'assurance maladie et les complémentaires santé pour lutter contre les fraudes leur portant respectivement préjudice, de façon similaire aux échanges existant avec les autres partenaires de la sphère sociale ou fiscale sur ce sujet. Elle permettra ainsi de renforcer la coordination indispensable entre acteurs dans la lutte contre la fraude aux prestations de santé et nécessitera des évolutions législatives dans le cadre du PLFSS 2024, après concertation dans le cadre du comité de dialogue avec les organismes complémentaires ».

³⁷⁹ L'Agence de la Lutte contre la Fraude à l'Assurance (ALFA) compte plus de 330 membres. Elle est liée à la fédération française de l'assurance (FFA), mais aussi, par une convention, à la fédération nationale de la mutualité française (FNMF). L'agence comprend onze agents ; la plupart sont issus des forces de l'ordre, mais certains œuvraient déjà dans le secteur des assurances.

³⁸⁰ Alfa, Rapport d'activité, 2022.

³⁸¹ Montant établi sur la base des réponses de 36 sociétés d'assurance santé complémentaires membres d'ALFA. Comme souligné par M. Maxime BIZIEN, directeur de l'agence de lutte contre la fraude à l'assurance, lors de son audition devant l'Assemblée Nationale, « *l'ALFA ne fait pas d'évaluation chiffrée, mais elle collecte les montants économisés et ceux payés à tort par les assureurs. Elle le fait depuis sa création, il y a trente ans, pour les assurances de biens et de responsabilité ; dans ce domaine, les assureurs ont vu l'an dernier 368 millions d'euros de fraude. Pour ce qui est des assurances de personnes, la fraude est en revanche comptabilisée depuis peu de temps – la méthodologie permettant le calcul est en place depuis 2016* ». Commission d'enquête relative à la lutte contre les fraudes aux prestations sociales, 2020.

³⁸² Le montant de la fraude identifiée en Prévoyance en 2022 s'élève quant à lui à 90 millions d'euros.

³⁸³ 22 répondants sur 36 dont 12 membres du top 30 de la branche Santé.

³⁸⁴ Mai 2023.

[305] Des propositions d'évolution du cadre juridique ont été travaillées entre les différentes parties (CNAM, assureurs complémentaires), toutes favorables à cette évolution. Si l'évolution n'a pas pu être portée, contrairement à ce qui était prévu, dans le PLFSS 2024, il semble souhaitable qu'elle puisse intervenir au plus tôt.

[306] Dans une étude réalisée pour le HCFiPS par Jean-Luc MATT, celui-ci précise les conditions dans lesquelles ces échanges pourraient être mis en place.

Les conditions de mise en œuvre juridique d'échanges entre l'assurance maladie et les organismes complémentaires³⁸⁵

- La mise en place d'un traitement automatisé implique d'identifier la finalité de l'échange de données personnelles comportant des données de santé pour justifier de son intérêt général. Il doit viser une mission précisément identifiée des OCAM, complémentaire à celle de l'assurance maladie, en lien avec la lutte contre la fraude sociale qui est un objectif de valeur constitutionnelle en tant seulement qu'il concerne des dépenses publiques ; une étanchéité très stricte doit être garantie par rapport à la gestion commerciale des contrats et à la relation avec l'assuré. Le dispositif pourrait reposer sur l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale qui définit les obligations notamment de prise en charge pesant sur les organismes complémentaires au titre des contrats dits « responsables et solidaires », lesquels représentent 95 % des contrats de complémentaire santé. Au regard du caractère très large d'un tel traitement, qui pourrait couvrir potentiellement toute la population, en ouvrant l'accès de données de santé à des organismes privés non chargés de la gestion d'un service public, la constitutionnalité de l'atteinte à la vie privée nécessite d'apporter des garanties particulièrement fortes³⁸⁶.

- Il conviendrait également de compléter l'article 65 de la loi du 6 janvier 1978³⁸⁷ pour étendre explicitement à la lutte contre la fraude sociale le champ des échanges de données de santé, aujourd'hui limité à la seule prise en charge des prestations dans le cadre de la mission légale des organismes complémentaires, en lien avec la sécurité sociale, à savoir la prise en charge complémentaire des dépenses d'assurance maladie obligatoire.

- Les conditions d'habilitation des agents des OCAM (qui devraient être en nombre limité et avoir la qualité de professionnels de santé pour l'accès à des données médicales) devraient également être définies par la loi, s'agissant d'organismes de droit privé non chargés d'une mission de service public.

³⁸⁵ Pour mémoire, L'article 6 de la loi du 6 janvier 1978 et l'article 9 du RGPD interdisent de traiter les données sensibles, dont les données de santé. Ces interdictions de principe font toutefois l'objet d'exceptions : elles couvrent en particulier les traitements réalisés pour des motifs d'intérêt public important comme la lutte contre la fraude.

³⁸⁶ Pour rappel, et alors même qu'il n'était pas prévu de collecter des données de santé, le Conseil constitutionnel avait censuré, dans sa décision n° 2014-690 DC du 13 mars 2014, la création par la loi d'un registre national des crédits aux particuliers ayant pour finalité de prévenir les situations de surendettement et qui devait être utilisé par les établissements et organismes financiers avant toute décision d'octroi d'un crédit à la consommation ; alors que ces établissements avaient pourtant de par la loi l'interdiction formelle de les utiliser pour la gestion de la relation commerciale, le Conseil constitutionnel a considéré « *qu'eu égard à la nature des données enregistrées, à l'ampleur du traitement, à la fréquence de son utilisation, au grand nombre de personnes susceptibles d'y avoir accès et à l'insuffisance des garanties relatives à l'accès au registre, les dispositions contestées portent au droit au respect de la vie privée une atteinte qui ne peut être regardée comme proportionnée au but poursuivi* ».

³⁸⁷ Cet article est en effet la base légale qui permet d'autoriser les traitements de données à caractère personnel par les organismes gestionnaires des régimes obligatoires de base de l'assurance maladie pour l'accomplissement de leurs missions d'affiliation, d'immatriculation, d'instruction des droits aux prestations et de prise en charge des soins, produits et services.

La mise en œuvre d'une telle mesure sous forme d'expérimentation serait préférable, notamment pour tester une solution de mise en œuvre sous la forme d'un tiers de confiance qui paraît particulièrement adaptée au vu de la multiplicité des OCAM concernés, y compris pour un même assuré social.

Recommandation n°57 : Mettre en place au plus vite un cadre juridique permettant, le cas échéant à titre expérimental, les échanges entre caisses de sécurité sociale et organismes complémentaires en matière de fraudes.

5. Un renforcement nécessaire de l'organisation de la lutte contre les fraudes complexes

[307] On a évoqué, au fil de ce rapport, de nombreux types des fraudes ; on en a souligné la sophistication croissante. Cette sophistication repose très souvent sur des fraudes très organisées, en réseaux, couvrant une large partie du territoire, parfois en lien avec des organisations criminelles, parfois mises en œuvre depuis l'étranger ou orchestrées sur internet.

Des fraudes orchestrées sur internet

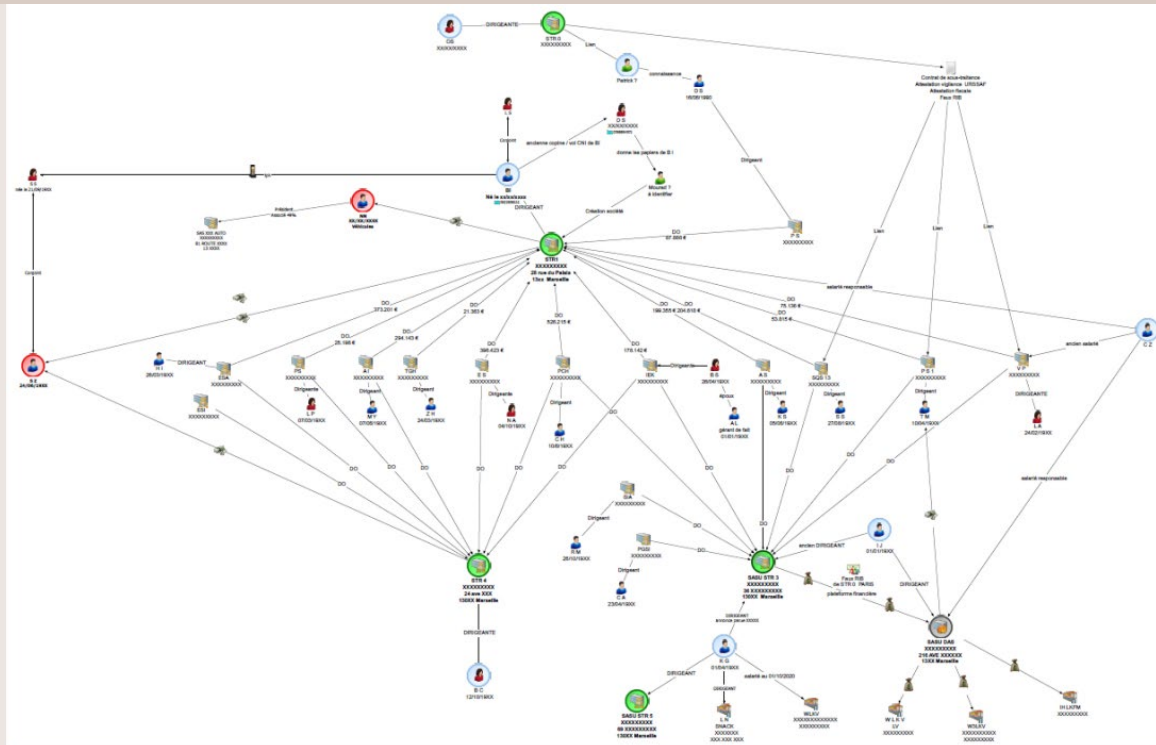
« L'arnaque paraît presque trop simple pour être vraie. Des patients lambda sont envoyés en pharmacie avec de fausses ordonnances, pour des médicaments contre le cancer. Les boîtes sont ensuite récupérées par des trafiquants puis revendues illégalement à l'étranger.(...) Le principe de cette arnaque est bien rodée (...). La preuve : franceinfo a pu se procurer en quelques heures l'une de ces fausses ordonnances. Il suffit pour cela de repérer une publicité sur les réseaux sociaux. Celle que nous avons choisie met en scène, sur fond musical, un faux médecin, barbe et blouse blanches, qui promet aux futures recrues une rémunération de plusieurs centaines d'euros par jour. Seule condition requise : être remboursé à 100% ou bénéficiaire de la CMU (la couverture maladie universelle). Le détail a son importance : il permettra de récupérer les médicaments sans avoir à avancer l'argent. Tout se passe ensuite sur la messagerie cryptée Telegram. En quelques minutes, un interlocuteur nous répond. Après avoir envoyé notre nom, prénom, âge et ville, une fausse ordonnance arrive dans notre boîte mail. Elle ressemble à s'y méprendre à une vraie. On retrouve l'en-tête d'un hôpital parisien, le nom d'un médecin, et le traitement prescrit : un médicament contre le cancer des ovaires à plus de 4 500 euros la boîte. Pour certains traitements, le prix peut monter jusqu'à 14 000 euros la boîte. Selon notre interlocuteur, il suffit alors de récupérer le médicament en pharmacie puis de la lui remettre en main propre contre de l'argent : 200 euros pour une boîte, 1 000 euros pour quatre. Selon l'OCLAESP, l'office central de lutte contre les atteintes à la santé et à l'environnement, ces médicaments sont ensuite revendus à l'étranger. Mais ils sont souvent, précise l'OCLAESP, transportés dans de si mauvaises conditions qu'ils ne sont plus efficaces une fois sur place. Mais les escrocs, eux, font une marge confortable : plusieurs centaines voire plusieurs milliers d'euros sur chaque boîte, tout cela sur le dos de l'Assurance maladie »³⁸⁸.

[308] Les organismes se sont engagées dans une démarche de recherche de plus en plus approfondie de ces réseaux de fraude. Cette démarche a été illustrée dans le

³⁸⁸ ENQUÊTE. "200 à 1 000 euros par jour" : les arnaques aux fausses ordonnances de médicaments anti-cancer en forte augmentation (francetvinfo.fr)

rapport sur le recouvrement social au travers d'un schéma illustrant une nébuleuse de sociétés éphémères identifiée à l'issue des investigations.

Une nébuleuse d'entreprises éphémères



Source : URSSAF PACA

La représentation graphique, fournie par l'URSSAF Paca, permettait de visualiser : un grand nombre d'entreprises « donneurs d'ordre » (DO) ayant contracté avec plusieurs entités appartenant au même groupe (identifiées comme sous-traitants, STR), entités localisées essentiellement à Marseille ; des sociétés « donneurs d'ordre » ayant parfois à leur tête des « hommes de paille » ; -d'anciens salariés des donneurs d'ordre exerçant pour le compte des sous-traitants (« salariés responsables ») ; des liens personnels et familiaux entre certains dirigeants (époux, conjointe, connaissance,...) ; des pratiques frauduleuses nombreuses : faux RIB, fausses factures, vol de carte nationale d'identité... L'URSSAF avait souligné les évolutions des méthodes de contrôle associées à la démarche, avec beaucoup plus de contrôle « en chambre », via la mobilisation de bases de données, beaucoup moins « sur place ».

[309] Une démarche similaire est engagée par d'autres réseaux. Ainsi la branche maladie déploie, sur le secteur du médicament, un outil de data visualisation (GePHI) qui s'appuie sur des algorithmes de détection et a pour objet de mettre en exergue des groupes de médecins prescripteurs / pharmaciens liés entre eux par une patientèle commune et susceptibles de mettre en lumière de potentiels trafics en réseau³⁸⁹. La MSA a été lancé en 2024 des travaux, dans le cadre de sa démarche de data science visant à détecter des situations de travail dissimulé : des modèles de représentation

³⁸⁹ ALBERTONE Mathias, GEYDAN Geneviève, FLAMANT Pascale, PERRUCHON Céline, *Évaluation de la COG 2018-2022 de la CNAM en vue de son renouvellement*, IGAS, 2022.

graphique des liens entre les entreprises et leurs salariés (via des adresses communes) permettent d'identifier des situations de fraude potentielle.

Un trafic de médicaments organisé : une visualisation par la Cnam

OUTIL GEPHI – ILLUSTRATION

L'outil **Gephi** permet une visualisation des groupes de professionnels de santé (médecins prescripteurs ou pharmaciens) liés entre eux par leur patientèle commune :

- Les **ronds** représentent un **professionnel de santé** (médecins prescripteurs ou pharmaciens) et sa grandeur est proportionnelle au nombre de boîtes de médicaments prescrites/délivrées
- Les **traits** représentent les bénéficiaires communs entre professionnels de santé et la largeur du trait est proportionnelle au nombre de bénéficiaires communs (plus le trait est large, plus le nombre de bénéficiaires communs est important entre les 2 professionnels de santé)

En situation normale, peu de professionnels de santé sont liés entre eux par des patients communs. A l'inverse le graphe 2 met en exergue que de multiples professionnels sont liés entre eux ce qui laisse présumer un trafic de médicaments organisés.

Graphe 1 – Situation normale

Graphe 2 – Situation atypique

Pharmacie

Médecin prescripteur

[310] Au-delà de ces évolutions méthodologiques, comment contrôler efficacement ces fraudes complexes, parfois très sophistiquées ? Le HCFiPS souhaite insister sur la nécessité d'une prise en charge systémique, avec un pilotage national dédié au sein de chaque réseau et un pilotage interministériel structuré.

5.1. Une organisation interne aux organismes qui doit permettre de prendre en charge des schémas de fraude sophistiqués.

[311] Le HCFiPS a déjà eu l'occasion de souligner la nécessité d'une structuration nationale forte de la lutte contre la fraude : cette structuration garantit une analyse approfondie des schémas de fraude³⁹⁰ et une approche « nationale » de mécanismes qui souvent excèdent la compétence territoriale d'un seul organisme.

³⁹⁰ Elle devrait notamment intégrer la question de l'accès au droit des travailleurs frontaliers, aujourd'hui trop faiblement investie au niveau national.

Des pilotages organisés très largement au niveau national³⁹¹

De nombreux schémas organisationnels intègrent une spécialisation opérationnelle nationale (parfois organisée de manière déconcentrée) sur les sujets de fraude, jugée performante pour appréhender les montages complexes.

À titre d'exemple, une structure centralisée existe depuis 2005 au sein de la Gendarmerie Nationale, l'Office central de lutte contre le travail illégal³⁹², avec deux missions : une mission d'appui, dont l'objet est de centraliser, analyser et assister les services opérationnels et une mission d'investigations –l'office prend alors en charge des enquêtes confiées par les magistrats. Tracfin centralise, sous l'autorité du Ministère de l'Économie, les déclarations de soupçons que les professionnels assujettis sont tenus, par la loi, de lui déclarer. En 2015, la Direction Générale du Travail a mis en place le Groupe national de veille, d'appui et de contrôle (GNVAC) aux fins de coordonner les actions nécessitant un pilotage national mais aussi d'intervenir dans les actions dites d'envergure, visant principalement le travail illégal ou les entreprises complexes ou à établissements multiples.

La CNAF a créé, en 2021, un service national de lutte contre les fraudes à enjeux : si le réseau des caisses d'allocations familiales disposait déjà de contrôleurs chargés de détecter les fraudes individuelles, la mise en place du SNLFE répondait à la nécessité de s'attaquer à des fraudes « à enjeux », plus complexes, élaborées par des réseaux organisés, avec une approche excédant le périmètre du fichier de chacune des CAF.

Dans le même sens, la CNAM s'est dotée, à compter de 2018, de task force chargées de coordonner certains contrôles, par exemple sur les centres dentaires³⁹³. A compter de 2024, elle a mis en place, au niveau national, une Unité de Coordination et d'Investigations des Fraudes Emergentes (UCIFE) au sein de la DDAFF, la Direction Déléguée de l'Audit, des Finances et de la lutte contre la Fraude. Cette unité, composée d'enquêteurs judiciaires disposant des prérogatives de police judiciaire³⁹⁴, aura pour mission d'assurer une veille sur les fraudes cyber, d'identifier des nouveaux mécanismes de fraude et d'accompagner le réseau sur ces sujets.

Par ailleurs, 6 pôles interrégionaux, rattachés aux CPAM de Blois, Grenoble, La Rochelle, Lille-Douai, Marseille et Paris sont en cours de constitution en fin de 1er semestre 2024 pour mise en œuvre opérationnelle sur le second semestre 2024, avec une double compétence : - détection de procédures et de mécanismes frauduleux, en lien avec l'UCIFE, et investigation de dossiers de fraudes d'ampleur nationale qui nécessitent ces nouveaux pouvoirs d'enquêtes, notamment d'origine « cyber » ; - appui aux CPAM rattachées aux pôles dans l'investigation de fraudes à enjeux.

³⁹¹ Reprise du rapport du HCFiPS sur le recouvrement social, 2022.

³⁹² Dont la compétence élargie à la fraude sociale depuis 2020.

³⁹³ [Lutte contre les fraudes : l'Assurance Maladie annonce le nouveau déconventionnement de 10 centres de santé dentaires | L'Assurance Maladie | Presse \(ameli.fr\)](#) : « les centres de ce réseau étant implantés sur l'ensemble du territoire national, l'Assurance Maladie a créé une task-force nationale dédiée à ce réseau, avec pour mission de piloter et de coordonner les contrôles réalisés par les caisses primaires et les services médicaux concernés. Cette organisation s'est en effet révélée particulièrement adaptée à ce type d'enquêtes de grande ampleur, pour garantir le bon partage d'informations et maximiser l'impact des actions menées. Les investigations ont ainsi révélé des pratiques frauduleuses et récurrentes émanant de 10 centres de santé de ce réseau, implantés sur 4 régions, et pour lesquels l'Assurance Maladie a décidé d'engager des suites contentieuses. Le préjudice est estimé à un montant global de près de 2,9 millions d'euros, ce qui représente près de 20% des montants de dépenses dentaires de ces centres pris en charge par l'Assurance Maladie »

³⁹⁴ LFSS 2023.

[312] Si une telle structuration est éte mise en œuvre, selon des modalités différentes, dans les branches famille et maladie (où elle se poursuit³⁹⁵), aucun pôle de compétence national n'a éte mis en place dans la branche recouvrement, ce que le Haut Conseil a pu regretter. *« La très grande complexité des montages frauduleux, leur évolutivité, la nécessité d'intervenir sur un territoire qui excède le champ géographique de chaque organisme, la technicité juridique de certains dossiers, le développement de l'économie numérique pourraient justifier une réflexion de la branche recouvrement du régime général et de la CCMSA sur l'opportunité de déployer de [tels] pôles, en appui aux organismes, spécialisés sur les dossiers complexes, mutualisables au sein de l'ensemble du réseau et de nature à permettre une meilleure coopération avec les autres acteurs de la lutte contre la fraude ».*

[313] Une réorganisation du pilotage de la lutte contre le travail dissimulé a éte prévue par la COG de l'URSSAF 2023-2027 ³⁹⁶.

[314] A ce stade, au regard de ses ambitions en matière de lutte contre le travail dissimulé, l'URSSAF a fait le choix de monter en compétence l'ensemble de son réseau, avec pour objectif que des dossiers complexes puissent étre pris en charge dans toutes les URSSAF : des inspecteurs sont spécialisés sur la lutte contre le travail dissimulé dans tous les organismes ; Il existe une formation initiale dédiée pour les inspecteurs qui se spécialisent sur la lutte contre le travail dissimulé ; les inspecteurs peuvent intervenir et établir des constats de travail dissimulé sur l'ensemble du territoire, peu importe leur organisme de rattachement. L'intérêt de ce déploiement au niveau de l'ensemble du réseau peut étre illustré par le fait que la notification de redressements avec des enjeux financiers élevés ne se concentre pas sur quelques URSSAF : ainsi si l'on observe les 100 plus importants redressements notifiés en 2024, qui représentent au global 530 M€ (donc plus de 5M€ en moyenne), on remarque qu'ils sont originaires de 17 URSSAF, sur les 21 que compte le réseau.

[315] Au niveau national, un dispositif de pilotage dédié aux dossiers complexes a éte mis en place dès la précédente COG sur 2 domaines majeurs : le contrôle de la mobilité internationale et le contrôle des plateformes. Ce dispositif s'appuie sur un pilotage/suivi des actions au plan national ; une sécurisation juridique des procédures

³⁹⁵ Pour sa part, la CCMSA vient de constituer, en 2024, un Groupe national de contrôleurs spécifiquement en charge des dossiers à enjeux (dossiers complexes de fraude au détachement notamment ou en matière de fraudes aux prestations par la voie cyber ou en bande organisée). Pour l'heure, l'équipe comporte cinq contrôleurs experts. L'objectif est de renforcer ce dispositif.

³⁹⁶ *« Afin d'accroître encore l'efficacité collective dans le traitement de dossiers d'ampleur qui dépassent le cadre d'intervention d'une seule région, ou requièrent la mobilisation d'expertises spécifiques ou la mise en œuvre d'une coopération avec d'autres corps d'enquête, le pilotage et le suivi des actions de contrôle de dimension nationale et/ou à forts enjeux seront renforcés. Une note définissant une nouvelle organisation opérante et efficace de pilotage des contrôles de dossiers à forts enjeux, sera formalisée durant la première année de la COG et mise en œuvre l'année suivante ».*

renforcée ; des partenariats opérationnels avec des structures spécialisées (OCLTI, TRACFIN) ; un accompagnement des équipes de contrôle (par exemple sur le contrôle de la mobilité internationale en s'appuyant sur des inspecteurs experts/aguerris). L'objectif est d'étendre et renforcer ces dispositifs³⁹⁷.

Recommandation n°58 : Renforcer l'organisation existante au sein de la branche recouvrement, en étendant le périmètre couvert au titre des fraudes à enjeu, en formalisant davantage de méthodologies de contrôle (et en veillant à leur actualisation régulière) et en expérimentant le recours à des tasks force d'inspecteurs issus de plusieurs URSSAF³⁹⁸.

[316] Cette structuration sur les fraudes complexes doit s'accompagner d'un travail commun à l'ensemble de ces structures afin de bien identifier et prendre en charge les sujets transversaux.

5.2. Associer à cette organisation interne aux organismes un volet « ressources humaines » pour prendre en charge des schémas de fraude sophistiqués

[317] Ces schémas organisationnels dédiés aux fraudes complexes doivent être accompagnés d'un volet « ressources humaines », avec pour objectif de mobiliser différents regards destinés à croiser expériences et parcours : le service national de lutte contre la fraude à enjeux (SNLFE) de la CNAF offre sur ce point une expérience particulièrement intéressante : en s'inspirant de pratiques du réseau du recouvrement, le service mixte des profils d'origines professionnelles variées et complémentaires (CAF, URSSAF, services des impôts, gendarmerie, police etc.) pour pouvoir croiser les regards sur les dossiers³⁹⁹. Dans le même sens, 60 enquêteurs judiciaires disposant de prérogatives de police judiciaire vont rejoindre l'Assurance Maladie en 2024, pour des opérations d'infiltration et d'investigation dans le champ du numérique⁴⁰⁰. Cette

³⁹⁷ L'URSSAF souligne la complémentarité de la montée en compétence de l'ensemble de son réseau et du pilotage national qui peut se concentrer sur des problématiques ciblées : les contrôles de la mobilité internationale au regard notamment des actions de prise de contact des organismes de sécurité sociale européens au niveau national, les contrôles nécessitant des actions/opérations en de nombreux points du territoire national (NB si les lieux ne sont pas trop nombreux on choisit souvent de laisser une seule URSSAF en charge des opérations compte tenu du fait que les inspecteurs ont une compétence nationale), la formalisation de méthodologies de contrôle sur la base d'une capitalisation au plan national (cet axe doit encore être développé).

³⁹⁸ Une expérience est en cours sur ce sujet.

³⁹⁹ De même, des profils en provenance d'autres administrations sont recrutés sur les postes d'inspecteurs URSSAF depuis quelques années : ainsi, des gendarmes font régulièrement partie des recrutements d'inspecteurs, en raison de la dimension pénale des contrôles LCTI.

⁴⁰⁰ [Bilan 2023 de la lutte contre les fraudes | L'Assurance Maladie | Presse \(ameli.fr\)](#)

Ce renforcement des moyens s'accompagne d'une diversification des profils d'agents (praticiens-conseils, statisticiens, juristes, chargés de mission...) mais est aussi caractérisé par le recrutement et la formation de 60 cyber-enquêteurs sur

diversification des profils doit aussi intégrer la question des capacités numériques des agents travaillant dans ces domaines. L'utilisation des outils statistiques de datamining nécessite des compétences qui ne sont pas toujours présentes en nombre suffisant dans les organismes.⁴⁰¹

[318] On peut rappeler sur ce point l'une des recommandations du rapport HCFiPS sur le recouvrement social, qui insistait sur la nécessité de travailler à l'interconnexion des formations et des parcours professionnels entre les différents services compétents en matière de LCTI ; cette recommandation peut être élargie à l'ensemble des fraudes sociales.

[319] La réflexion sur les ressources humaines doit être partagée entre les branches, notamment sous l'angle des positionnements dans les grilles salariales : à ce stade, les niveaux de rémunération sont disparates entre branches pour des activités *a priori* équivalentes. Cela ne peut que limiter des parcours interbranches ; cela ne permet pas de poser sur des bases sereines des sujets comme la mutualisation de certains contrôles (voir ci-dessus). Sur ce dernier point, il pourrait être intéressant de travailler à des certifications spécifiques pour ceux des agents en charge de contrôles pour le compte de plusieurs risques, associés à des niveaux de rémunération majorés, pour prendre en compte la technicité spécifique des intéressés.

[320] Dans le cadre de son organisation en guichet unique (sur l'ensemble des branches), les agents de contrôle MSA sont particulièrement concernés par cette problématique.

Recommandation n°59 : Partager une politique RH cohérente entre branches prestataires sur les agents en charge de la lutte contre la fraude.

l'année 2024. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2023 a attribué de nouvelles compétences en matière de police judiciaire aux différentes branches de la sécurité sociale et permet donc le recrutement de ces nouveaux enquêteurs afin de mener des cyber-enquêtes dans le champ du numérique, c'est-à-dire des opérations d'infiltration et d'investigation. 60 agents sont actuellement en cours de recrutement puis de formation, afin d'être opérationnels à compter du second semestre 2024, répartis au sein de 6 pôles inter-régionaux (Blois, Grenoble, La Rochelle, Lille, Marseille et Paris). Une équipe dédiée au sein de la CNAM (Unité de Coordination et d'Investigations des Fraudes Émergentes - UCIFE), sera chargée de coordonner et d'accompagner les activités de ces 6 pôles. Les cyber-enquêteurs auront pour objectif de lutter contre les fraudes émergentes sur les réseaux sociaux, le dark web et via les nouvelles technologies. Le but est également de structurer une organisation.

⁴⁰¹ C'est notamment ce que note l'IGAS pour l'assurance maladie, soulignant que certaines caisses ont des difficultés à attirer ces profils rares. ALBERTONE Mathias, GEYDAN Geneviève, FLAMANT Pascale, PERRUCHON Céline, *Évaluation de la COG 2018-2022 de la CNAM en vue de son renouvellement*, IGAS, 2022. La rareté de la ressource a été également soulignée par France travail.

5.3. Un pilotage interministériel, indispensable pour prendre en charge de nouveaux schémas de fraude

Au-delà de l'organisation interne à la sécurité sociale et du rôle de coordination que doit jouer la direction de la sécurité sociale⁴⁰², un pilotage interministériel est indispensable. Il est assuré par la MICAF qui organise de nombreux échanges opérationnels entre organismes et administrations, jouant un rôle transversal tout à fait nécessaire et jugé pertinent par les organismes. Initialement structurée autour de Groupes opérationnels nationaux anti-fraude (Gonaf)⁴⁰³, structurés par thématiques, l'action est aujourd'hui surtout structurée autour de groupes de travail opérationnels, prenant en charge des situations de fraudes spécifiques (par exemple, les fraudes aux audioprothèses, aux centres de santé), avec pour objectif 1/ de bien comprendre ces schémas de fraude, 2/ de mettre en lien l'ensemble des institutions concernées et de travailler à des stratégies d'action, 3/ de diffuser l'information aux personnes en charge de ces questions, sous la forme de focus CODAF⁴⁰⁴.

Une organisation interministérielle à vocation opérationnelle :

GT Fraude aux passes sanitaires : ce groupe de travail a réuni la CNAM, la Task Force vaccination COVID, la DAJ des ministères Sociaux, la DACG, l'OCLAESP, la DCPJ et a permis en quelques semaines de sérier précisément les différentes fraudes au passe sanitaire et d'exposer les mesures envisagées par la CNAM afin d'annuler des faux passes obtenus par usurpation d'identité de professionnels de santé. Il a aussi permis de caler ensemble les instructions parquet avec la DACG.

GT Fraude aux tests antigéniques : lors de la crise sanitaire, il a permis de dégager rapidement une typologie commune de ces fraudes (fraudes à l'assurance maladie commises par ou avec la complicité de pharmaciens et fraudes commises via les barnums) et de prévoir les coordinations nécessaires entre actions administratives et judiciaires sur des pharmaciens particulièrement ciblés.

GT Trafic de médicaments onéreux : ce groupe a réuni l'OCLAESP, la CNAM, les syndicats et l'ordre des pharmaciens afin de mettre en place l'expérimentation d'un point unique d'entrée à l'APHP pour que les pharmaciens disposent d'une confirmation en cas de suspicion de fausse ordonnance et de faire des propositions retenues dans le cadre de la nouvelle convention CNAM-ordre des pharmaciens (notamment en matière de vérification des prescriptions).

Fraude aux centres de santé : les travaux de ce groupe mis en place par la MICAF avec la DGOS et réunissant l'OCLTI, les ARS, la CNAM, les CPAM, la DNEF et les parquets concernés ont porté sur les fraudes aux finances publiques commises dans le cadre de centres de santé associatifs dentaires, médicaux ou infirmiers (fraude à l'assurance maladie, fraude fiscale, détournements d'aides publiques, etc.). Ce GT a permis de dégager ensemble une stratégie d'action nationale de contrôles coordonnés autour d'un réseau de centres dentaires.

⁴⁰² Point qui fait l'objet d'une recommandation transverse dans la synthèse (n° 79).

⁴⁰³ Pour mémoire, ces GONAF couvrent : la fraude à la TVA ; la contrefaçon ; les trafics de tabac ; la fraude fiscale et sociale commise via le e-commerce ; le travail illégal et la fraude fiscale connexe ; les fraudes fiscales et sociales commises via des sociétés éphémères frauduleuses ; la fraude à la résidence ; la fraude documentaire et à l'identité ; l'adaptation des moyens d'enquêtes aux enjeux du numérique ; la recherche d'un meilleur recouvrement des créances en matière de fraude aux finances publiques.

⁴⁰⁴ Une cellule interministérielle de veille anti-fraude aux aides publiques contribue désormais à structurer cette action.

Fraudes relatives aux Ephaad : dans le cadre de l'affaire ORPEA, ce groupe a permis d'identifier les coordinations possibles relatives à des fraudes aux finances publiques susceptibles d'être recherchées dans les EHPAD.

Fraudes au 100% santé récemment mis en place dans le cadre de la cellule de veille : ce groupe réunit la DGCCRF, la CNAM, les services judiciaires et d'enquête afin de partager les constats et de travailler ensemble à des dépôts de plainte plus efficace (mise en relation en amont avec les parquets et services d'enquêtes judiciaires) concernant les fraudes aux audioprothèses.

[321] Au niveau territorial, le pilotage revient aux CODAF qui sont coordonnés par la MICAF dont la priorité historique est la lutte contre la fraude complexe en matière de travail illégal⁴⁰⁵ : le nombre de contrôles coordonnés est en progression constante depuis plusieurs années, avec 9 394 contrôles en matière de travail illégal en 2022 (contre 7 956 en 2021, 5 739 en 2020, 8 272 en 2019)⁴⁰⁶.

Un exemple d'action des CODAF dans la lutte contre le travail dissimulé :⁴⁰⁷

« Plusieurs contrôles ont été menés (...) dans le cadre du Comité opérationnel départemental de lutte anti-fraude. L'objectif était de contrôler les véhicules de moins de 3,5 tonnes, destinés à des fins professionnelles, dans un but premier de lutte contre le travail illégal. Trois lieux de contrôle ont été retenus :

- Péage de Nangy (sens Chamonix/Annemasse) : présence du Groupement de gendarmerie départementale, de la DDETS, de l'URSSAF et de l'unité de contrôle à compétence régionale chargée de la lutte contre le travail illégal (URACTI) ;
- Place du marché à Collonges Sous Salève (contrôle du double sens de circulation) : présence du Groupement de gendarmerie départementale, de l'URSSAF et de l'unité de contrôle à compétence régionale chargée de la lutte contre le travail illégal (URACTI) ;
- Intersection RD 1203 / RD 176, commune de Charvonnex (contrôle dans les 2 sens de circulation) : présence du Groupement de gendarmerie départementale, de la DREAL, de l'URSSAF et de la DDETS.

Résultats :

1) Travail dissimulé :

- 1 travail dissimulé à l'encontre d'un gérant d'une entreprise espagnole qui n'a plus de droit d'exercer comme dirigeant en France. 2 auditions (mis en cause et son salarié) au Peloton motorisé de Saint-Julien-en-Genevois avec l'inspection du travail ;

⁴⁰⁵ Autour des faux détachements et des prestations de service internationale, des sous-traitances en cascade et des recours frauduleux à des faux statuts impliquant souvent des entreprises étrangères, du travail dissimulé par dissimulation d'activité et de salariés, emploi illégal de ressortissants étrangers. Ces contrôles sont concentrés dans les secteurs prioritaires suivants : hôtels, cafés et restaurants, commerces de proximité (dans les deux catégories qu'il s'agisse des bars et de la restauration rapide ou des commerces traditionnels, superettes ou librairies) mais également BTP, transports (transport routier de marchandises, transport de voyageurs, transport aérien, transport fluvial), agriculture et forêt.

⁴⁰⁶ Le nombre de contrôle a continué à augmenter dans le secteur agricole (865 en 2022, contre 758 en 2021 et 653 en 2019) et en matière de transport de marchandises (975 en 2022, contre 852 en 2021 et 578 en 2020) [Résultats 2022 - fraude aux finances publiques.pdf \(economie.gouv.fr\)](#)

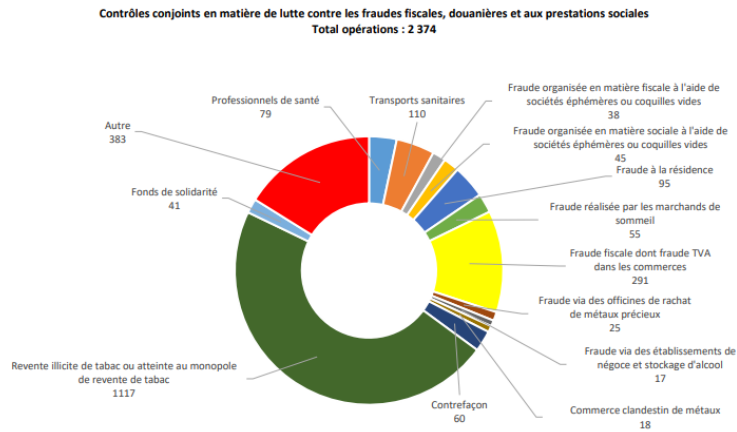
⁴⁰⁷ [La lutte contre la fraude se poursuit en Haute-Savoie | economie.gouv.fr](https://www.laradioplus.com/news/locales/112466/la-lutte-contre-la-fraude-se-poursuit-en-haute-savoie)
<https://www.laradioplus.com/news/locales/112466/la-lutte-contre-la-fraude-se-poursuit-en-haute-savoie>

- 3 défauts de déclaration préalable à l'embauche (contravention de 5e classe). 2 auditions (mis en cause et son salarié) au Peloton motorisé de Saint-Julien-en-Genevois ; • 1 contravention de 5e classe pour prise du repos quotidien à bord du véhicule par un conducteur de transport routier éloigné de l'entreprise ;
- 1 étranger en situation irrégulière placé en retenue administrative. 1 audition prise en qualité de victime (travail dissimulé) ;
• 1 enquête URSSAF à l'encontre d'un auto-entrepreneur de Saint-Jorioz pour sous-estimation des déclarations sociales.
2) Police de la route : 4 conduites sous stupéfiants, 1 permis non prorogé et 1 détention de stupéfiants ; 1 conduite malgré suspension du permis de conduire ; Une dizaine de véhicules légers ont également été contrôlés dans le cadre de la lutte contre les fraudes à l'immatriculation.

[322] Aujourd'hui, les actions des CODAF se diversifient, avec l'obligation qui leur est faite de mener des actions concertées dans des domaines autres que le travail illégal (10 actions au moins en 2022, par exemple⁴⁰⁸). Dans ce cadre –et même si elles demeurent marginales-, certaines interventions peuvent donc concerner la sécurité sociale : ainsi, les fraudes organisées par les « marchands de sommeil » peuvent avoir des incidences sur les allocations logement versées par les CAF ou la MSA ; les fraudes à la domiciliation peuvent être générées par des personnes souhaitant percevoir frauduleusement l'ASPA ; la lutte contre les fraudes des professionnels de santé (actes fictifs, actes réels non-remboursables mais facturés aux CPAM, actes réels mais surcotés, actes réalisés par des tiers, etc.) est un sujet qui va évidemment intéresser particulièrement l'assurance maladie.

⁴⁰⁸ En matière fiscales, douanières et de fraudes aux prestations sociales : lutte contre les fraudes en matière de TVA (notamment en vue de la détection de carrousels TVA et de fraudes à la TVA sur la marge pour les véhicules d'occasion) ; lutte contre les fraudes organisées par les « marchands de sommeil » ; lutte contre les sociétés éphémères ou « coquilles vides » ; lutte contre les fraudes aux transports ; lutte contre les fraudes des professionnels de santé ; lutte contre les infractions révélées à la suite des contrôles des officines de rachat de métaux précieux et des établissements de négoce et de stockage d'alcool et lutte contre les infractions liées au secteur de la viticulture (associant la DGDDI et la MSA) ; lutte contre le commerce clandestin de métaux ; lutte contre la revente illicite de tabac ou pour atteinte au monopole de revente des tabacs (« bars à chichas », bars associatifs et commerces de proximité, etc.).

Cette diversification est dans la logique de la création des CODAF « Constatant le peu de collaborations locales entre services de l'État (hors travail illégal) mais aussi entre ces derniers et les organismes de protection sociale, tirant par ailleurs expérience des résultats de la Délégation Interministérielle à la Lutte contre le Travail Illégal (DILTI) qui depuis 1997 coordonnait l'action des Comités départementaux Opérationnels de Lutte contre le Travail Illégal (COLTI), les pouvoirs publics ont cherché à favoriser de nouvelles synergies. Il s'agissait d'étendre les coopérations locales interservices au-delà de la problématique du travail illégal en intégrant les fraudes aux prestations sociales mais aussi certaines fraudes fiscales et douanières afin de mieux prendre en compte le caractère souvent polymorphe des fraudes. » HERRY Yannick, BELFAYOL Éric, « Le comité opérationnel départemental anti-fraude : un outil local efficace contre la fraude aux finances publiques », *Gestion & Finances Publiques*, 2019.



Source : MICAF, Bilan 2022⁴⁰⁹

[323] Cette organisation, nationale et territoriale, présente le grand intérêt de pouvoir « attaquer » une fraude sous de multiples angles, en créant des synergies entre organismes différents⁴¹⁰ et en impliquant au plus tôt la police et les autorités judiciaires. Le groupe de travail « fraude sociale à enjeux », qui réunit les organismes de protection sociale, la police et la gendarmerie sous le pilotage de la MICAF permet ainsi de rechercher les meilleures articulations possibles entre actions administratives et judiciaires afin de permettre des poursuites réactives en matière de fraudes commises notamment via des moyens cyber, en lien avec les services d'enquêtes judiciaires et le cas échant avec les parquets compétents. C'est par exemple dans ce cadre que la MICAF organise entre organismes de protection sociale et services de police et gendarmerie les échanges relatifs aux RIB frauduleux détectés par chaque réseau. C'est aussi dans ce cadre que peuvent être définies des stratégies d'enquête appropriées sur certains cas de fraude.

[324] Cet élément est essentiel.

⁴⁰⁹ [Résultats 2022 - fraude aux finances publiques.pdf \(economie.gouv.fr\)](#)

⁴¹⁰ Aux termes de l'arrêté du 12 octobre 2020, les CODAF comprennent : - les procureurs de la République du département ou leurs représentants ; - les chefs de services préfectoraux compétents en matière de lutte contre la fraude ou leurs représentants :

- les autorités compétentes de la police nationale ; - les autorités compétentes de la gendarmerie nationale ; - les autorités compétentes de la direction générale des finances publiques ; - les autorités compétentes de la direction générale des douanes et droits indirects ; - les autorités compétentes dans les domaines de la concurrence, consommation et répression des fraudes ;

- le directeur régional des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi ou son représentant, au titre de ses compétences en matière de travail et d'emploi ; - le directeur régional de l'environnement, de l'aménagement et du logement ou son représentant ; - le directeur général de l'agence régionale de santé ou son représentant ; - les directeurs des organismes locaux de sécurité sociale du régime général et du régime agricole ou leurs représentants ; - un responsable coordonnateur régional désigné par la Caisse nationale de l'assurance maladie ou son représentant ; - le directeur régional de France Travail ou son représentant ; - le responsable du centre de gestion et d'étude AGS territorialement compétent ou son représentant, dûment habilités par la direction nationale de la délégation Union nationale interprofessionnelle pour l'emploi dans l'industrie et le commerce (UNEDIC) - Association pour la gestion du régime de garantie des créances des salariés (AGS) ; - dans les départements de la région Ile-de-France, le directeur de la Caisse nationale d'assurance vieillesse ou son représentant ; - dans les départements des Hauts-de-Seine, de la Seine-Saint-Denis et du Val-de-Marne, un représentant du préfet de police.

[325] En termes d'investigations, la mobilisation de la police et de la gendarmerie est un élément central : les organismes n'ont pas pour mission de débusquer des activités criminelles – qui peuvent avoir des implications bien au-delà de la sphère sociale. Ils ne peuvent intervenir seuls sur ce terrain⁴¹¹. En termes de poursuites, la mobilisation de la justice est évidemment indispensable. Cette mobilisation doit être organisée : comme le souligne la MICAF, le rôle principal des parquets est d'assurer la sécurité des biens et des personnes ; la lutte contre la fraude sociale n'est pas au cœur de l'action. Une saisine non structurée de l'administration judiciaire pour des « petits dossiers », au travers d'un simple recours à la procédure de l'article 40⁴¹² a toutes chances d'être vouée à l'échec : les organismes soulignent d'ailleurs le classement sans suite de nombreuses plaintes. Une saisine structurée sur des dossiers à forte implication sera en revanche judiciarisée.

[326] Le HCFiPS ne saurait trop soutenir le travail d'organisation et de mise en relation piloté par la MICAF. L'organisation de la lutte contre la fraude dans le secteur de la protection sociale est en effet particulièrement complexe, car susceptible de mobiliser de nombreux acteurs : à grands traits, ARS et /ou conseils départementaux interviennent sur la qualité de service⁴¹³, les caisses de sécurité sociale en qualité de financeurs, l'inspection du travail, pour les éventuelles infractions au code du travail, la DGCCRF pour la protection du consommateur ; l'ANSM en ce qu'elle doit assurer la sécurité des produits de santé ; la police et la justice dans le cadre de la sanction.

⁴¹¹ Les URSSAF peuvent néanmoins être amenées à participer à certaines opérations dans le cadre de GIR (Groupes Interministériels de Recherches de la Police et de la Gendarmerie). Pour mémoire, Les GIR sont constitués de gendarmes et de policiers, mais aussi d'agents des douanes, des impôts, de l'URSSAF, et de l'inspection du travail. « C'est (...) la première fois en France qu'une structure repose sur un tel partenariat. Différentes organisations travaillent désormais au sein d'une même unité et d'un même lieu. L'objectif principal est d'ailleurs de coordonner leurs actions ». Les actions des GIR concernent les réseaux d'économie souterraine, les affaires de fraudes sociales, le travail illégal, le travail clandestin, la dissimulation de fonds, le blanchiment d'argent, la fraude fiscale, l'évasion fiscale, la mise en vente de produits non déclarés, la production et la vente clandestine d'alcool, de tabac, de drogues, d'animaux, et de végétaux, le trafic d'armes, ... « Les GIR tentent de démanteler les petits réseaux de l'économie souterraine, mais aussi les circuits organisés qui commettent des délits sur l'ensemble du territoire national et à l'international. » Pour y arriver, ils remplissent les missions suivantes : enquêter afin d'obtenir des renseignements sur les réseaux d'économie souterraine, identifier les avoirs criminels, autrement dit le patrimoine obtenu grâce aux bénéficiaires issus d'activités illégales, procéder à la saisie de ce patrimoine, mais aussi à celui des marchandises illicites, interpellier les individus concernés. GIR Groupes Interministériels de Recherches Police et Gendarmerie 2024 (police-nationale.net)

⁴¹² Article 40 du code de procédure pénale : « Le procureur de la République reçoit les plaintes et les dénonciations et apprécie la suite à leur donner conformément aux dispositions de l'article 40-1. Toute autorité constituée, tout officier public ou fonctionnaire qui, dans l'exercice de ses fonctions, acquiert la connaissance d'un crime ou d'un délit est tenu d'en donner avis sans délai au procureur de la République et de transmettre à ce magistrat tous les renseignements, procès-verbaux et actes qui y sont relatifs ».

⁴¹³ À titre d'exemple, s'agissant des Ehpad, Les inspections des Conseils départementaux portent sur la prise en charge de la dépendance et la prestation d'accompagnement autour du projet de vie des résidents (missions des aides-soignants, des psychologues et agents de service ; prestation d'animation ; prise en charge de la perte d'autonomie – incontinence, aide à la toilette, aide au repas...) ; Les inspections des ARS sont davantage axées sur la qualité des soins (supervision des soins par le médecin coordonnateur ; tenue des dossiers médicaux ; sécurité du circuit du médicament ; protocoles de soins ; qualité de l'accompagnement soignant...).

L'exemple du traitement des fraudes dans les centres dentaires : les rôles respectifs des ARS et des CPAM

L'assurance maladie peut déconventionner un centre dentaire suite au constat de fraudes (facturations fictives, multiples ou incohérentes, non-respect des référentiels de bonne pratique ou des conditions de prises en charge prévues à la nomenclature des actes techniques (CCAM)⁴¹⁴.

- La loi de financement de la sécurité sociale pour 2022 a permis qu'en cas de déconventionnement des centres de santé, l'Assurance Maladie ne prenne en charge les soins pratiqués qu'au « tarif d'autorité »⁴¹⁵.

- L'avenant n°4 de la convention des centres de santé, signé le 14 avril 2022 et publié le 5 octobre 2022, permet qu'en cas de découverte d'actes fictifs, l'Assurance Maladie puisse engager une procédure accélérée de déconventionnement.

Le déconventionnement n'emporte pas interdiction d'exercice du centre de santé : il ne joue que sur le remboursement des frais engagés.

La suspension ou la fermeture d'un centre de santé relève de la compétence de l'ARS⁴¹⁶ : sa compétence n'est pas limitée à la qualité et la sécurité des soins : l'ARS peut prononcer la fermeture immédiate, totale ou partielle, du centre en cas de fraude⁴¹⁷.

[327] Du fait de la multiplicité des acteurs, la question de l'organisation des contrôles est quasi systématiquement reposée à chaque fois qu'un nouveau schéma de fraude ou d'optimisation de l'usage de fonds publics, couplé à un risque de dégradation du service, est mis au jour⁴¹⁸.

Repenser les contrôles sur les crèches

Suivant les questionnements sur les Ehpad, la mission Igas-IGF récemment consacrée aux crèches a souligné la nécessaire consolidation des capacités de suivi et de contrôle des groupes privés intervenant dans le secteur en appelant à un renforcement de la transparence financière des groupes vis-à-vis des

⁴¹⁴ Voir, par exemple, [Lutte contre les fraudes : l'Assurance Maladie annonce le nouveau déconventionnement de 10 centres de santé dentaires | L'Assurance Maladie | Presse \(ameli.fr\)](#)

⁴¹⁵ « Art. L. 162-32-4. - Les honoraires, rémunérations et frais accessoires des centres de santé qui n'adhèrent pas à l'accord national donnent lieu à un remboursement par les organismes d'assurance maladie, sur la base des tarifs d'autorité.

⁴¹⁶ Article L. 6323-1-12 du code de la santé publique.

⁴¹⁷ Disposition introduite par la loi n° 2023-1268 du 27 décembre 2023 visant à améliorer l'accès aux soins par l'engagement territorial des professionnels, justifiée comme suit : « La procédure de déconventionnement des centres de santé par la caisse primaire d'assurance maladie n'entraîne pas directement la fermeture d'un centre de santé alors même que cette mesure de sanction est prise en raison de violation des engagements prévus par l'accord national et au premier titre pour fraude à l'assurance maladie. Ainsi, si la fraude à l'égard des organismes de sécurité sociale constitue l'un des motifs de déclenchement d'une procédure de sanctions par le directeur général de l'agence régionale de santé au titre de l'article L6323-1-3 du code de la santé publique, cette procédure est longue, respectant les principes du contradictoire, et mobilise des ressources humaines rares en agence alors même que la fraude est avérée et le respect du contradictoire garanti par la procédure exécutée par l'assurance maladie. De plus, si l'application des tarifs d'autorité à l'issue du déconventionnement du centre de santé dont les montants sont prohibitifs pour les patients, peut entraîner la fermeture de la structure par son gestionnaire, cette fermeture n'est pas systématique et peut prendre un certain temps. Enfin, la fermeture du centre de santé par le gestionnaire ne permet pas au directeur général de l'agence régionale de santé de refuser l'ouverture d'un nouveau centre de santé par un même gestionnaire pendant 8 ans, ce qui est possible dès lors que la fermeture est issue d'une décision de ce même directeur. » Amendement sénatorial 112 rect.ter »

⁴¹⁸ Le sujet de l'organisation du contrôle dépasse bien sûr celui de l'organisation de la lutte contre la fraude : le contrôle n'est évidemment pas centré sur la seule recherche de fraudes (par exemple quand il a pour objet de vérifier la qualité du service). Pour autant, toutes les autorités en charge du contrôle sont susceptibles d'être concernées par la lutte contre la fraude et leurs diverses compétences juridiques peuvent avoir à être mobilisées pour traiter un sujet donné.

financeurs publics, à une systématisation des contrôles coordonnés (PMI, CAD et DDETS⁴¹⁹), ainsi qu'à une extension des compétences de contrôle de l'IGAS et de l'IGF à ces entreprises⁴²⁰.

Le législateur est intervenu dans la foulée⁴²¹, en précisant le rôle des acteurs chargés du contrôle des EAJE : le président du conseil départemental devient la principale autorité chargée du contrôle de leur fonctionnement et de la qualité de leur activité, avec la possibilité de s'appuyer, comme aujourd'hui, sur le service de la protection maternelle et infantile (PMI)⁴²². Le préfet peut mobiliser les corps d'inspection pour effectuer des contrôles dans les établissements⁴²³. Il est chargé, en lien avec le président du conseil départemental et le directeur de la CAF, d'établir un plan annuel de contrôle portant sur l'accueil collectif et individuel aux fins de renforcer la coordination de l'action des acteurs dans ce domaine. Les CAF se voient conforter dans le contrôle financier des EAJE. Ce contrôle concernera les établissements financés directement par ces organismes mais aussi les micro-crèches recevant des enfants de parents qui bénéficient de la prestation d'accueil du jeune enfant (Paje).

Repenser les contrôles sur la filière auditive⁴²⁴

Dans un rapport sur l'évaluation de la filière auditive, l'IGAS et l'IGF ont souligné la nécessité de lancer des contrôles conjoints par les CPAM et les ARS : « Plusieurs autorités publiques sont chargées du contrôle du secteur de l'audioprothèse : les ARS, les CPAM et l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) pour le ministère de la santé, la DGCCRF pour le ministère chargé de l'économie, outre l'autorité de la concurrence (...) Compte tenu de l'enjeu que représente le 100% santé, il serait opportun de prioriser le contrôle de la facturation et des prix par les CPAM et de la réglementation professionnelle par les ARS ». Cette orientation se traduisait par une recommandation de « lancer une campagne de contrôles conjoints des audioprothésistes par les CPAM et les ARS » couplée à un renouvellement de la campagne de contrôle de la DGSSRD sur ce secteur.

Créer une mission interministérielle de contrôle

Dans son rapport « Charges produits » de 2023, l'assurance maladie propose de créer une mission interministérielle de contrôle, afin de renforcer la capacité des pouvoirs publics à faire respecter le cadre juridique qui s'applique aux offreurs de soins de droit privé⁴²⁵.

[328] Dans ce contexte, le HCFIPS souhaite insister sur la nécessité de coordonner l'action en s'appuyant sur l'expertise de la MICAF.

Recommandation n°60 : Poursuivre les travaux engagés par la MICAF en vue de la coordination des opérations de lutte contre les fraudes complexes.

⁴¹⁹ Pour les versants cohésion sociale, inspection du travail et répression des fraudes.

⁴²⁰ BOHIC Nicole, ITIER Christophe ; FROSSARD Jean-Baptiste, KECONTE Thierry, *Qualité de l'accueil et prévention de la maltraitance dans les crèches.*, 2023.

⁴²¹ LOI n° 2023-1196 du 18 décembre 2023.

⁴²² Il pourra prononcer des sanctions, adaptées à la gravité des faits constatés, à l'encontre des crèches publiques et privées : injonctions, astreintes, amendes distinctes de l'amende pénale prévue à l'article L. 2326-4 du code de la santé publique, fermetures totales ou partielles, provisoires ou définitives, désignation d'un administrateur provisoire, etc.

⁴²³ Il pourra prononcer les mêmes sanctions que le président du conseil départemental.

⁴²⁴ MAINGUY Pierre, VIOSSAT Louis-Charles, FLEGES Amaury, *Évaluation de la filière auditive*, IGAS.

⁴²⁵ « Créer une Mission permanente de contrôle de la financiarisation du système de santé, interministérielle (sous la tutelle des ministères de la Santé, de l'Économie, de la Justice), afin de renforcer la capacité de l'État à faire respecter le cadre juridique s'appliquant aux sociétés d'exercice libéral (SEL) et aux de soins ».

[329] Au niveau territorial et comme déjà souligné par le HCFiPS⁴²⁶, le dynamisme et le nombre de contrôles conduits par les CODAF dépendent souvent des procureurs et/ou des préfets qui les président, mais aussi de relations interpersonnelles plus ou moins fructueuses. Dans ce contexte, certains interlocuteurs continuent de souligner la dispersion des objectifs assignés aux CODAF, l'absence de feuille de route partagée au niveau local, et par suite, les risques d'incohérence entre les objectifs poursuivis par les CODAF et ceux poursuivis par chacun des réseaux.

[330] Par ailleurs et malgré leur très large périmètre de compétences, les CODAF n'englobent pas l'ensemble des institutions intervenant dans le domaine social. Les conseils départementaux peuvent être associés aux CODAF sur le RSA (des dispositions existant sur la levée du secret professionnel sur ce champ) ; ils ne peuvent l'être sur d'autres périmètres sur lesquels ils jouent pourtant un rôle essentiel (établissements médico-sociaux, crèches, ASE...) faute de textes les y autorisant.

Recommandation n°61 : Veiller à ce que l'ensemble du périmètre de la protection sociale puisse être traité au sein des CODAF.

⁴²⁶ Dans son rapport de juillet 2017, puis de 2022 sur l'avenir du recouvrement social.

■ CHAPITRE 5 - CONCILIER EFFICACITÉ DE LA LUTTE CONTRE LA FRAUDE ET NON-DISCRIMINATION

Le recours au datamining et aux algorithmes s'est développé dans la sphère de la protection sociale à compter des années 2010 dans un objectif d'efficacité des contrôles.

Du point de vue des finances sociales, il s'agissait notamment d'augmenter la rentabilité des opérations de contrôle en ciblant les dossiers les plus à risque, d'autre part de stopper, au plus vite, les conséquences financières des fraudes, en détectant les risques de fraudes, notamment les plus complexes, le plus rapidement possible.

Aujourd'hui, ces objectifs ont été largement atteints et l'efficacité des contrôles s'en trouve globalement renforcée. Cette évolution est très positive. Elle se heurte néanmoins à une difficulté : l'usage des algorithmes est régulièrement incriminé pour son opacité. Longtemps cantonnée aux CAF –les premières à avoir « industrialisé » l'usage du datamining-, cette critique concerne aujourd'hui l'ensemble des branches, qui se voient interpellées par les associations d'usagers, le Défenseur des droits ou les médias et doivent répondre de l'utilisation de leurs méthodes.

Il est évidemment souhaitable que la sécurité sociale, socle de la solidarité nationale, ne puisse être mise en cause sur d'éventuelles pratiques discriminatoires, au demeurant contraires au cadre juridique posé par le Conseil constitutionnel et décliné dans plusieurs corpus juridiques (loi informatique et liberté, règlement général sur la protection des données ; code des relations entre le public et l'administration).

Dans ce contexte, le HCFiPS souhaite rappeler l'enjeu de la lutte contre la fraude, comme élément garantissant l'égalité de l'accès aux droits et une concurrence non faussée entre les entreprises. L'évolution des techniques de contrôles contribue à cet objectif. Le recours aux algorithmes est un des éléments de la « boîte à outils ».

Compte tenu des volumes de données individuelles importants qu'ils mobilisent, des évolutions méthodologiques qui, au travers des algorithmes apprenants, pourraient rendre de plus en plus difficile l'explicitation des résultats, le HCFiPS souhaite aussi souligner que des précautions importantes doivent accompagner le déploiement de ces méthodes.

Le HCFiPS souhaite mettre en avant trois points qui lui apparaissent essentiels à ce stade.

1. L'algorithme constitue un outil important de la panoplie du contrôle.
2. Il convient d'en garantir le bon usage : il ne doit être utilisé que si la technique est efficace ; il ne peut par ailleurs faire office de seule source de contrôle, en particulier parce que personne ne doit être *a priori* exclu du contrôle.
3. Cet usage doit être dépourvu de tout caractère discriminatoire et respecter les autres droits des bénéficiaires (protection des données personnelles, droit au respect de la vie privée...). Ce point est essentiel et encore insuffisamment perçu alors que des biais statistiques ou cognitifs peuvent générer des discriminations « en toute innocence ».

Ce bon usage des algorithmes doit s'accompagner d'évolutions fortes dans le traitement de ces sujets, en interne aux organismes (formations, audits, chartes ou comités d'éthique...) et vis-à-vis des usagers (création d'une gouvernance *ad hoc* dans les caisses et mise en place d'un pilotage national).

1. LA LUTTE CONTRE LA FRAUDE : DES TECHNIQUES DE DETECTION DE PLUS EN PLUS SOHISTIQUEES MAIS AUJOURD’HUI FORTEMENT CRITIQUEES

[331] Le recours au datamining⁴²⁷ et aux algorithmes⁴²⁸ s’est développé dans la sphère de la protection sociale à compter des années 2010, pour être aujourd’hui très largement utilisé dans la lutte contre les fraudes. La CNAF a été précurseuse en la matière : elle a déployé le datamining dans l’ensemble de son réseau au début des années 2010, dans une logique qui n’est pas spécifiquement axée sur la recherche de fraudes : il s’agissait⁴²⁹ de repérer l’ensemble des indus, qu’elle qu’en soit l’origine (dont certains pouvaient, à l’issue d’une analyse, être qualifiés de frauduleux⁴³⁰). Elle a été suivie par la CNAM, puis par France Travail et l’URSSAF à compter de 2014, enfin par l’assurance retraite en 2016⁴³¹ et la MSA à compter de 2017.

[332] Trois grands objectifs avaient été assignés à cette démarche en matière de lutte contre la fraude :

- Du point de vue des finances sociales : il s’agissait d’une part d’augmenter la rentabilité des opérations de contrôle en ciblant les dossiers les plus à risque, d’autre part de stopper, au plus vite, les conséquences financières des fraudes, en détectant les risques de fraudes, notamment les plus complexes, le plus rapidement possible.
- Du point de vue des assurés et cotisants : le datamining devait permettre de réduire la proportion d’opérations mal ciblées et donc le sentiment des allocataires d’être contrôlés à tort ou pour des raisons injustifiées.
- Du point de vue des techniques et de la gestion des contrôles : le datamining devait diminuer les risques « métier », reposant sur les erreurs des techniciens liés à une législation de plus en plus complexe et mouvante.

[333] Dans un contexte de tensions financières, c’est le premier objectif qui a été le plus mis en exergue : **le datamining a été principalement vu comme un gage de rendement de la lutte contre la fraude**. L’intérêt du datamining pour les usagers – globalement peu au fait de l’utilisation de ces méthodes- a été peu perçu : l’approche a bien au contraire été appréhendée très négativement, les algorithmes étant

⁴²⁷ Voir définition en annexe.

⁴²⁸ Voir définition en annexe.

⁴²⁹ Et il s’agit toujours.

⁴³⁰ La CNAF souligne que ces algorithmes ont pu servir pour l’accès aux droits.

⁴³¹ Voir annexe. En 2016, l’Assurance retraite a déployé nationalement un outil de ciblage des dossiers à contrôler (OCDC), qui fait reposer leur sélection sur la combinaison d’un grand nombre de critères permettant de classer les dossiers retraite en plusieurs niveaux de risque. <https://www.lassuranceretraite.fr/portail-info/hors-menu/actualites-nationales/institutionnel/2021/la-lutte-contre-la-fraude-au-sei.html>. DNL Bilan 2016.

considérés comme déshumanisant le contrôle, ciblant les plus précaires⁴³² et permettant une « chasse aux pauvres » porteuse de nombreuses discriminations⁴³³.

[334] Aujourd’hui, l’usage des algorithmes dans la lutte contre la fraude est régulièrement mis en cause pour son opacité. Longtemps cantonnée aux CAF – les premières à avoir « industrialisé » l’usage du datamining -, la critique concerne aujourd’hui l’ensemble des branches, qui se voient mises en cause dans les médias et doivent répondre de l’utilisation de leurs méthodes devant les autorités de contrôle⁴³⁴.

[335] Les polémiques, très nombreuses ces derniers mois⁴³⁵, ont encore rebondi début mars 2024⁴³⁶, avec de vifs échanges sur l’utilisation possible du dispositif de ressources mensuelles (DRM) pour cibler les contrôles et lutter contre la fraude aux prestations sociales⁴³⁷. La CNIL a demandé que cette évolution de l’usage du DRM donne lieu à expérimentation. Elle a subordonné la pérennisation du dispositif à une nouvelle saisine pour avis, avec, en appui, un bilan circonstancié et chiffré de

⁴³² Ainsi, la Quadrature du net identifie, parmi les principaux éléments que le datamining associe à un risque élevé d’abus et qui impactent négativement la note d’un allocataire, cinq critères utilisés par l’algorithme de nature à cibler les plus précaires : avoir de faibles revenus ; être au chômage ou de ne pas avoir de travail stable ; être un parent isolé ; dédier une part importante de ses revenus pour se loger ; avoir de nombreux contacts avec la CAF. « Contrairement à un contrôle aléatoire où chaque personne aurait la même probabilité d’être contrôlée, cet algorithme entraîne un score de risque élevé pour les personnes les plus précaires, parce qu’à leur statut sont associés des facteurs de risque qui sont en fait des facteurs de précarité ».

⁴³³ Voir, par exemple, Le Monde, 4 décembre 2023, « L’opacité des algorithmes favorise les dérives au sein des établissements publics » ; « Profilage et discriminations : enquête sur les dérives de l’algorithme des caisses d’allocations familiales » : « Notre analyse a révélé que le modèle attribue systématiquement des scores plus élevés aux personnes vulnérables, y compris les chefs de famille monoparentale, les personnes qui ont de la difficulté à payer leurs factures et les personnes qui reçoivent des prestations d’invalidité. Il s’agit notamment de caractéristiques qui sont explicitement protégées par la loi française anti-discrimination et qui sont sans doute ce qui les a amenés à avoir besoin d’avantages sociaux en premier lieu. » [Comment nous avons enquêté sur la machine de profilage de masse en France - Lighthouse Reports](#)

⁴³⁴ CADA, CNIL notamment.

⁴³⁵ Voir, par exemple, la lettre ouverte de nombreuses associations au Premier Ministre, le 6 février 2024 : « À partir de travaux et de remontées d’acteurs associatifs, plusieurs articles de presse ont mis en lumière, au cours des derniers mois, la mise en place par le réseau des CAF d’un algorithme de ciblage et de profilage d’allocataires qui sont considérés comme à risque et susceptibles d’être davantage contrôlés. Nos associations tiennent à vous faire part de leur vive inquiétude face à l’utilisation de ce type d’algorithme qui se traduit par des pratiques discriminatoires vis-à-vis de certains allocataires et en particulier les plus vulnérables d’entre eux. Sont ainsi particulièrement ciblés les allocataires de l’AAH, les femmes seules avec enfants, les bénéficiaires du RSA, les personnes disposant de revenus irréguliers, etc., c’est-à-dire les allocataires les plus vulnérables et les plus en difficulté. Nous vous demandons instamment de mettre fin à ces situations de non-droit et de maltraitance, d’enjoindre la CNAF de 1/ renoncer à l’utilisation des algorithmes de notation donnant un score de risque, discriminatoire, qui cible les contrôles sur des plus fragiles présumés fraudeurs, et réorienter les contrôles vers le conseil pour l’accès aux droits, et non vers la récupération d’un maximum d’indus. (...) Elle concerne tout autant les autres organismes utilisant de tels algorithmes de ciblage : MSA, CNAV, France Travail... » [Lettre ouverte à Gabriel Attal : CAF et dématérialisation | Archipel des sans-voix \(adsv.fr\)](#)

⁴³⁶ « La délibération de la CNIL qui acte l’autorisation accordée à la CAF de ce renforcement sans précédent des capacités de surveillance de son algorithme de notation laisse sans voix. Loin de s’opposer au projet, ses recommandations se limitent à demander à ce qu’une attention particulière soit « accordée à la transparence » de l’algorithme et à ce que... le « gain de productivité du dispositif » fasse l’objet d’un « rapport circonstancié et chiffré ». La violation de l’intimité des plus de 30 millions de personnes vivant dans un foyer bénéficiant d’une aide de la CAF est donc ramenée à une simple question d’argent » [Notation des allocataires : la CAF étend sa surveillance à l’analyse des revenus en temps réel – La Quadrature du Net](#)

⁴³⁷ Délibération n° 2023-120 du 16 novembre 2023 portant avis sur un projet de décret modifiant le décret n° 2019-969 du 18 septembre 2019 relatif à des traitements de données à caractère personnel portant sur les ressources des assurés sociaux et décret.

l'expérimentation. L'expérimentation ne sera réalisée qu'au niveau des statisticiens ; aucun test en réel n'est envisagé dans ce cadre ; aucun ciblage de contrôles réels ne sera effectué sur ces bases expérimentales : de fait, le projet se limitera à ce stade à une observation statistique "en laboratoire"⁴³⁸.

[336] Les arguments développés par les associations d'usagers, la Cada ou le Défenseur des droits doivent être mis en regard des objectifs des algorithmes (objectiver et rendre plus efficace la recherche d'erreurs et de fraudes), de leur usage et de la nature des prestations concernées.

[337] Les algorithmes ne sont pas l'unique outil de lutte contre les erreurs et fraudes : ils ne sont qu'un outil d'aide à la détection (les caisses soulignent que l'algorithme ne décide pas lui-même⁴³⁹, que le dossier est toujours retravaillé par des agents de l'organisme, seuls en situation d'apprécier, sous le contrôle des commissions des pénalités, l'intentionnalité présumée de la fraude) ; ils ne constituent pas le seul outil de détection (leur utilisation coexiste avec d'autres techniques comme les contrôles ressources activités dans les CAF⁴⁴⁰, les contrôles aléatoires, les signalements entre partenaires...).

[338] La nature des prestations concernées est différente selon les branches.

[339] S'agissant de la branche famille, l'algorithme est calibré de manière à essayer de cibler au mieux les personnes avec un risque d'indu important. Sur la base d'analyses, en cours, des dossiers ciblés par l'algorithme, il s'agit, en première analyse, de ceux d'allocataires qui perçoivent les montants de prestations les plus élevés et dont le dossier comporte le plus de prestations, en particulier de prestations soumises à conditions de ressources⁴⁴¹. Beaucoup de personnes identifiées comme précaires dans les bases administratives⁴⁴² se trouveraient donc identifiées par l'algorithme⁴⁴³, en lien avec la population éligible aux prestations servies par les CAF.

⁴³⁸ L'ensemble a été matérialisé par le décret du 29 janvier 2024 (Décret n° 2024-50 du 29 janvier 2024 modifiant le décret n° 2019-969 du 18 septembre 2019 relatif à des traitements de données à caractère personnel portant sur les ressources des assurés sociaux). L'autorisation a été donnée pour une période expérimentale d'un an : « *Au terme de cette période, un bilan de ces améliorations est réalisé par ces caisses, en lien avec les services de l'État* ».

⁴³⁹ Ce que précise notamment la CNAM : « *il convient de rappeler que concernant la lutte contre la fraude à l'assurance maladie, aucune décision automatique n'est prise au regard d'algorithmes, il ne s'agit que d'orienter les contrôles sur des dossiers susceptibles de relever d'anomalies, lesquels font systématiquement l'objet d'investigations par les équipes LCF, avant toute prise de décision sur le droit* ».

⁴⁴⁰ Ces contrôles vérifient la cohérence entre les ressources et l'activité déclarées ; la plupart sont réalisés sur pièce.

⁴⁴¹ Comme le souligne le Défenseur des droits, cette analyse devra notamment vérifier la sensibilité de l'algorithme aux caractéristiques protégées telles qu'elles découlent du droit de la non-discrimination.

⁴⁴² Il peut s'agir de personnes effectivement précaires, avec ou sans indu, mais également de personnes non précaires mais dont les revenus sont dissimulés et n'apparaissent donc pas en clair dans les bases de données.

⁴⁴³ Via le scoring issu du datamining.

Le regard de Nicolas GRIVEL, Directeur Général de la CNAF, sur l'usage des algorithmes⁴⁴⁴

« J'en viens aux algorithmes, qui permettent de faire à la fois du contrôle et de l'accès aux droits. (...) Nous sommes un peu surpris par ce type de débat. L'algorithme est très simple ; il n'a rien à voir avec Big Brother. Il nous renvoie la prévalence statistique des prestations et les lie au risque d'indus, de trop-perçus, très majoritairement en raison d'erreurs de déclaration. Notre travail est d'appliquer les textes et de verser le juste droit. Les indus, en particulier, nous préoccupent, car ils embarrassent beaucoup les familles : c'est le pire du service public que l'on peut rendre. Imaginez que l'on verse 600 euros par mois au lieu de 450 euros, pendant dix-huit mois, puis qu'il faille demander de rembourser dix-huit fois 150 euros... vous comprenez bien l'impact sur les allocataires. Nous cherchons donc à détecter les situations qui engendrent le plus d'indus.

L'algorithme nous renvoie en plus grande proportion des allocataires en situation de précarité, dans les situations les plus complexes et dans les situations familiales les plus instables, car ce sont celles qui engendrent le plus d'erreurs. On nous accuse de chasser les pauvres, mais ce n'est pas le cas : les situations des plus pauvres, qui n'ont aucun revenu, n'engendrent que peu d'indus. Les situations les plus complexes sont celles des personnes qui changent de profession, de statut, ou qui ont plusieurs employeurs. Ils sont alors complètement perdus quand il faut déclarer tous les trimestres leurs ressources, selon des règles qui supposent de faire des additions et soustractions en fonction de paramètres variés. C'est cela qui génère de la difficulté, donc des erreurs, et donc des indus, si bien que ces situations-là ressortent, statistiquement, ce qui explique que nous les examinons de plus près.

[340] Si l'on s'intéresse à l'ensemble du champ de la protection sociale, le constat est différent : les CPAM vont contrôler tant les bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire que des professionnels de santé aux revenus bien plus élevés ; les URSSAF peuvent être amenées à contrôler tous types de revenus⁴⁴⁵.

[341] Pour bien apprécier l'impact des algorithmes dans la lutte contre la fraude sociale, il est ainsi impérieux d'élargir la focale à l'ensemble des branches : l'enjeu global est que toute personne puisse potentiellement être contrôlée quel que soit, notamment, son niveau de revenu⁴⁴⁶ et que, dans chacune des branches, pour des raisons d'efficacité, les contrôles portent prioritairement sur les situations « à risque » et/ou à fort enjeu.

[342] Pour autant, la tension entre, d'une part, les associations ou les institutions en charge de la défense des droits des assurés, d'autre part, les organismes de protection sociale ne doit pas être mésestimée : elle constitue un enjeu démocratique : il est en effet très regrettable que la protection sociale, socle de la solidarité nationale, puisse être mise en cause au titre de pratiques jugées discriminatoires. Le HCFiPS souhaite souligner l'importance d'un travail approfondi et transparent à mener sur ce sujet.

⁴⁴⁴ Délégation aux droits des femmes : compte rendu de la semaine du 22 janvier 2024 (senat.fr).

⁴⁴⁵ Il est à noter que la question de la protection des données personnelles se pose dans des termes distincts dans la branche recouvrement puisque, pour l'essentiel, ses usagers sont des personnes morales.

⁴⁴⁶ Comme le souligne la CCMSA, c'est l'essence même du datamining que de viser les situations à risques indépendamment des niveaux de revenus. Les algorithmes n'ont pas vocation à cibler les personnes selon leurs revenus (il ne s'agit en réalité que d'un paramètre du modèle qui n'est peut-être ni pertinent, ni utilisé). Les algorithmes sont normalement conçus pour cibler les enjeux financiers en termes de fraude mais il n'y a pas forcément de lien de causalité linéaire entre revenus et fraude, a fortiori si une partie des revenus est dissimulée.

[343] Il souhaite aussi souligner que les algorithmes –dont l'utilisation est ici appréhendée au travers de la fraude, compte tenu de l'objet du présent rapport- ont toute leur place dans d'autres pans de la gestion des caisses, notamment dans la recherche de situation de non recours et de recherche du « juste droit ». Une approche moins univoque des algorithmes serait indubitablement de nature à en faire mieux accepter les principes.

2. LES ALGORITHMES SONT GLOBALEMENT EFFICACES DANS LA LUTTE CONTRE LA FRAUDE⁴⁴⁷

[344] **Les algorithmes sont-ils efficaces dans la lutte contre la fraude ? La réponse à cette question est essentielle : la mobilisation de cette technique ne fait pas sens si celle-ci n'emporte pas des résultats suffisants.**

[345] A titre liminaire, il convient de souligner que le recours aux algorithmes n'est pas, en soi, un gage d'efficacité : l'algorithme ne devient efficace que lorsqu'il est correctement paramétré au regard des enjeux poursuivis, en l'espèce maximiser les contrôles sur les situations d'erreurs ou de fraudes / minimiser les contrôles sur les personnes peu susceptibles de commettre des erreurs ou fraudes, notamment parce que les règles applicables à telle ou telle situation ne s'y prêtent pas.

[346] **Globalement, le recours au datamining s'est accru au cours du temps dans les politiques de lutte contre la fraude, même si les usages demeurent variables entre les caisses** : comme le notait la Cour des Comptes en 2020, le datamining continue de jouer « *un rôle accessoire* » dans l'assurance maladie ; il est en développement dans l'assurance retraite⁴⁴⁸ alors qu'il est considéré comme « *efficace* » à la CNAF⁴⁴⁹ et que sont constatés des « *objectifs ambitieux* » à France Travail.

⁴⁴⁷ Selon les organismes, des algorithmes sont soit strictement dédiés à la lutte contre la fraude soit pour partie « polyvalents » : ainsi à la CNAF, l'algorithme de lutte contre la fraude est un algorithme de détection des indus qui permet soit de sanctionner soit de rétablir le juste droit (si à l'issue de l'examen du dossier, il est constaté une erreur de l'allocataire en sa défaveur).

⁴⁴⁸ L'outil de ciblage des dossiers à contrôler vise à faire reposer le ciblage « *non plus sur des requêtes nationales, 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* ». Assemblée Nationale : rapport fait au nom de la commission d'enquête relative à la lutte contre les fraudes aux prestations sociales, Président M. PATRICK HETZEL Rapporteur M. PASCAL BRINDEAU (2020).

⁴⁴⁹ « *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 rappels : 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.* » Cour des Comptes, *La lutte contre les fraudes aux prestations sociales. Des progrès trop lents, un changement d'échelle indispensable*, 2020.

[347] Le HCFiPS n'a pas pour mission de s'assurer de cette efficacité. Il note simplement qu'aujourd'hui, l'utilité des algorithmes dans la lutte contre la fraude fait consensus au sein des organismes – et qu'ils sont considérés, en règle générale, comme efficaces.

[348] Cette efficacité a en particulier pu être soulignée par la Cour des comptes pour la CNAF⁴⁵⁰ : la Cour indique que « les contrôles sur pièces et sur place ciblés par le datamining ont représenté en 2018 10 % du nombre total d'indus constatés, mais 32 % des indus qualifiés de frauduleux ». Les mêmes tendances s'observent en 2023 avec une détection de 8 % du nombre des indus constatés et 26% des indus qualifiés de frauduleux. À l'inverse, -toujours en 2023- les contrôles RAC [contrôles de cohérence entre les ressources et l'activité déclarées], qui déclenchent des contrôles sur pièces et plus rarement sur place, ont été à l'origine de 42% des indus, mais seulement de 17 % des indus qualifiés de frauduleux.

[349] La performance des contrôles sur place par datamining n'a cessé de progresser depuis 2014 : entre 2014 et 2023, le taux de dossier avec impact financier est passé de 43% à 81% ; en 2023, plus de 8 contrôles sur place sur 10 ont donné lieu à une régularisation des droits de l'allocataire (soit un indu, soit un rappel, soit les deux) contre un peu plus de 4 en 2014. Le nombre de régularisation suite à un contrôle sur place datamining a été quasiment multiplié par deux. Cette augmentation s'explique principalement par le déploiement du nouveau modèle datamining fin 2019, ainsi que la mise à disposition du réseau de nouveaux outils (protocole de contrôles, portails,...). Cette hausse, s'observe aussi sur les contrôles sur pièces datamining, avec une progression de 26% en 2017 à 58%.

[350] Conformément à la logique de l'algorithme de la CNAF (qui porte, comme on l'a vu, sur l'ensemble des indus), ces résultats excèdent le seul champ de la fraude.

Les résultats du datamining à la CNAF⁴⁵¹

En 2023	Contrôles sur place après détection datamining	Contrôles à l'initiative des caf	Contrôles demandés par les gestionnaires conseil allocataires	Signalements de partenaires
Taux d'indus	75%	72%	67%	75%
Taux de dossiers avec impacts financiers	81%	80%	75%	80%
Montants moyens des impacts financiers	2 877 €	5 480 €	4 969 €	7 438 €
Part des suspicions de fraude détectées	34%	9%	15%	6%

⁴⁵⁰ Cour des comptes, *La lutte contre la fraude aux prestations d'assurance maladie*, 2019.

⁴⁵¹ Assemblée Nationale : rapport fait au nom de la commission d'enquête relative à la lutte contre les fraudes aux prestations sociales, Président M. PATRICK HETZEL Rapporteur M. PASCAL BRINDEAU (2020).

[351] De même, s’agissant des URSSAF, les résultats des contrôles comptables d’assiette (CCA) issus du datamining apparaissent plus élevés que dans le cas des autres contrôles. Ainsi, dans le cas des TPE, le taux de redressement des cotisations par ciblage grâce au datamining ressortait à 12,6 % en 2023, alors qu’il était de 5% sur les contrôles aléatoires ⁴⁵².

Les résultats du datamining dans les URSSAF (2023)⁴⁵³

	% du nombre d'actions	Taux de redressement	Taux de restitution	Fréquence de régularisation
TPE				
CCA issus du datamining	55,2%	12,6%	1,6%	77,8%
CCA aléatoires	14,9%	5,0%	1,1%	54,8%
Autres CCA	29,9%	6,8%	1,4%	61,9%
Ensemble des CCA	100,0%	9,9%	1,5%	69,6%
PME				
CCA issus du datamining	53,1%	4,6%	1,4%	82,6%
CCA aléatoires	8,2%	2,0%	0,7%	78,0%
Autres CCA	38,6%	3,1%	1,1%	79,3%
Ensemble des CCA	100,0%	3,5%	1,2%	80,9%

Source : URSSAF

[352] Pour la MSA, les résultats des contrôles issus du datamining sont significativement plus élevés que les contrôles non issus du datamining, que ce soit pour les contrôles comptables d’assiette (CCA) de cotisations ou pour les prestations versées par la branche famille. Les montants de redressements notifiés lors des contrôles issus du datamining sont, en outre, nettement plus élevés que lors des autres contrôles puisque le montant moyen est supérieur de 50%.

Les résultats du datamining dans les MSA (2021-2022)

	% d'actions	Fréquence de redressement
Contrôle comptable d’assiette		
Contrôles issus d’un plan datamining en 2021	8%	46%
Contrôles issus d’un plan datamining en 2022	16%	53,8%
Contrôles hors datamining en 2022	84%	33%

Source : CCMSA

⁴⁵² Cour des comptes, La fraude aux prélèvements obligatoires Évaluer, prévenir, réprimer (2019).

⁴⁵³ Pour apprécier l’efficacité des plans, l’URSSAF note notamment que, pour 100 € redressés en aléatoire, on obtient :
 - pour les TPE : 136 euros redressés avec les plans régionaux et 250 € avec le datamining ;
 - pour les PME : 155 euros redressés avec les plans régionaux et 225 € avec le datamining.

Prestations familiales	% d'actions	Fréquence d'indus	Fréquence des rappels	Fréquence totale
Contrôles issus du datamining	4%	56,6%	29,7%	62,8%
Contrôles hors datamining	96%	41,6%	17,6%	46,9%

Source : CCMSA

NB : La part des contrôles issus de l'utilisation d'algorithmes de datamining reste limitée dans la mesure où les modèles sont encore en phase de consolidation ou de déploiement et où la MSA souhaite conserver une part non négligeable de contrôles ne reposant pas sur cette approche.

[353] La CNAM souligne que, s'agissant des contrôles C2S⁴⁵⁴, le taux d'anomalies détecté grâce au datamining est plus important que celui concernant les dossiers issus d'un tirage aléatoire. A titre d'exemple, pour 2023, le taux d'anomalie est de 21% pour les dossiers issus du tirage aléatoire, alors qu'il est de 23,5 % pour les dossiers issus du datamining.

[354] D'autres dispositifs, en cours de montée en charge, doivent encore être évalués.

[355] Ainsi, en matière de LCTI, le développement de l'outil de datamining de la branche recouvrement ne date que de 2020. Son déploiement en conditions opérationnelles est en cours. Jusqu'en 2023, l'outil n'a été utilisé que dans une logique de test et d'apprentissage⁴⁵⁵.

[356] Dans le même sens, la Cour a pu émettre des doutes sur l'efficacité de l'outil de la CNAV : elle soulignait en 2020 que « les contrôles effectués à la suite d'une sélection par l'Outil de Ciblage des Dossiers à Contrôler 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 »⁴⁵⁶. Cet avis n'est plus d'actualité : il n'a pas été réitéré les années suivantes du fait de l'évolution des taux de qualification⁴⁵⁷.

[357] Compte tenu de la sensibilité du sujet, il semble indispensable de mesurer régulièrement l'efficacité des algorithmes et leur part dans les contrôles : en ce qu'il mobilise de nombreuses données personnelles très protégées⁴⁵⁸, le recours aux algorithmes ne présente de justification que s'il est efficace. Un indicateur portant sur

⁴⁵⁴ Pour lesquels le ciblage des dossiers à contrôler résulte en partie de l'utilisation de la méthode du datamining.

⁴⁵⁵ Les cas testés par les URSSAF mélangeaient des dossiers jugés risqués avec des dossiers jugés peu risqués (sans que les inspecteurs ne connaissent les niveaux de scores).

⁴⁵⁶ Cour des Comptes, La lutte contre les fraudes aux prestations sociales. Des progrès trop lents, un changement d'échelle indispensable (2020).

⁴⁵⁷ Par exemple, en réalisant 6 339 contrôles pour suspicion de fraude en 2022, l'Assurance Retraite a qualifié 894 dossiers frauduleux et 2 347 dossiers fautifs, soit 3 241 dossiers non conformes. Les signalements à l'origine de ces contrôles se répartissaient en 3849 cas issus des croisements de données et 1686 issus des services traitant. C'est ainsi que 51% des dossiers contrôlés ont fait l'objet d'un redressement financier du montant de la prestation, notifié à l'assuré, contre 43% en 2021. Le taux de qualification des dossiers spécifiquement issus des croisements de données est lui maintenant assez nettement supérieur à 50%.

⁴⁵⁸ Voir en annexe, « Quelques rappels sur le cadre de la protection des données personnelles ».

la part des contrôles programmés par recours au datamining, éventuellement associé aux taux des mises en recouvrement serait utile pour objectiver cet usage⁴⁵⁹.

Recommandation n°62⁴⁶⁰ : Créer deux indicateurs mesurant la part des contrôles réalisés à partir des algorithmes ; l'efficacité des algorithmes en termes de redressements.

[358] Si l'efficacité des algorithmes est avérée, il convient de veiller à ce qu'il ne soit pas l'unique source de contrôle : il est impératif de conserver une zone de contrôle autre, en premier lieu pour n'exclure personne du contrôle, plus techniquement, pour que le modèle de l'algorithme puisse prendre en compte l'ensemble des situations de fraudes et notamment les fraudes marginales et émergentes. Ainsi, au sein du réseau des URSSAF, le datamining n'est pas la source exclusive de contrôle : une large part est laissée aux entités locales pour définir leurs plans de contrôle régionaux⁴⁶¹. Il n'est pas non plus la seule source de contrôle de la branche famille, ni même la seule source de ciblage des contrôles sur place.

[359] Par ailleurs, la CNIL a souligné, dans ses échanges avec le HCFiPS, la nécessité de ne pas mesurer l'efficacité à la seule aune du rendement financier. Elle a insisté sur la nécessité de prendre en compte les critères de justice (entendue comme le résultat d'une appréciation correcte/erronée des faits ou de la bonne/mauvaise application de la réglementation) et de contestation⁴⁶². Une telle évaluation étant plus complexe qu'une simple mesure de rentabilité d'un dispositif, la CNIL a souligné qu'une méthodologie devrait être mise en œuvre à cet effet.

⁴⁵⁹ Voir, dans ce sens, recommandation n°2 du rapport de Jean-François HUSSON : *créer un indicateur de performance au sein de la mission « Gestion des finances publiques et des ressources humaines » relatif à la part des contrôles programmés par recours au datamining ayant conduit, d'une part, à la mise en recouvrement de droits et pénalités, et, d'autre part, à des contentieux « à enjeux »*. Sénat, Rapport d'information n°72 fait au nom de la Commission des finances pour la mission d'information sur la fraude et l'évasion fiscales (2022).

⁴⁶⁰ Mis en œuvre à France Travail. Cet indicateur pourrait par exemple distinguer situations d'erreur et de fraudes.

⁴⁶¹ Par ailleurs, la détection repose également sur les signalements partenaires et les opérations terrain.

⁴⁶² Certains usagers sont également susceptibles d'abandonner l'idée de contestation de la décision face aux complexités administratives engendrées.

3. GARANTIR LE CARACTERE NON DISCRIMINATOIRE DES ALGORITHMES A TOUS LES STADES DE PRODUCTION ET D'UTILISATION DE CES OUTILS

[360] Si le recours aux algorithmes est efficace, sous quelles conditions doit-il être effectué ? Il est essentiel de souligner que dès lors que les organismes recourent aux algorithmes, cet usage ne doit pas être porteur de discriminations.

Les critères de discrimination tels que définis dans la loi n° 2008-496 du 27 mai 2008⁴⁶³

Aux termes de l'article 2 de la loi du 27 mai 2008, toute discrimination directe⁴⁶⁴ ou indirecte⁴⁶⁵ est interdite en matière de protection sociale, de santé, d'avantages sociaux, d'éducation, d'accès aux biens et services ou de fourniture de biens et services⁴⁶⁶.

Constituent des discriminations au sens de l'article 1^{er} de cette loi les éléments suivants : origine, sexe, grossesse, état de santé, handicap, caractéristiques génétiques, orientation sexuelle, identité de genre, âge, opinions politiques, activités syndicales, appartenance ou de sa non-appartenance, vraie ou supposée, à une ethnie, une nation, une prétendue race ou une religion déterminée, **patronyme, situation de famille, apparence physique, vulnérabilité résultant de sa situation économique, apparente ou connue de son auteur, lieu de résidence ou de domiciliation bancaire, perte d'autonomie, mœurs, capacité à s'exprimer dans une langue autre que le français**⁴⁶⁷.

NB : la discrimination n'est pas la seule atteinte aux droits que risque d'entraîner l'usage d'algorithmes : le respect de la vie privée ou des données personnelles est également essentiel (voir annexe sur la protection des données personnelles).

Ces dispositions renvoient à des exigences et objectifs à valeur constitutionnelle.

[361] Posée très clairement en droit – et répondant par ailleurs à des principes éthiques, cette règle mérite une grande attention lors de sa mise en œuvre : comme

⁴⁶³ Le corpus juridique en la matière est assez fourni. Pour mémoire, l'alinéa 3 du Préambule de la Constitution de 1946 et l'article 1^{er} de la Constitution de 1958 interdisent les distinctions fondées sur l'origine, la race, la religion, les croyances et le sexe. Plusieurs directives européennes fixent des règles en matière de discrimination. La loi n° 2008-496 du 27 mai 2008 précise le principe de non-discrimination en droit interne. Sous l'angle des traitements de données, l'article 6 de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés dispose, « *il est interdit de traiter des données à caractère personnel qui révèlent la prétendue origine raciale ou l'origine ethnique, les opinions politiques, les convictions religieuses ou philosophiques ou l'appartenance syndicale d'une personne physique ou de traiter des données génétiques, des données biométriques aux fins d'identifier une personne physique de manière unique, des données concernant la santé ou des données concernant la vie sexuelle ou l'orientation sexuelle d'une personne physique* ».

⁴⁶⁴ Une personne est traitée de manière moins favorable qu'une autre ne l'est, ne l'a été ou ne l'aura été dans une situation comparable sur la base d'un des critères considérés.

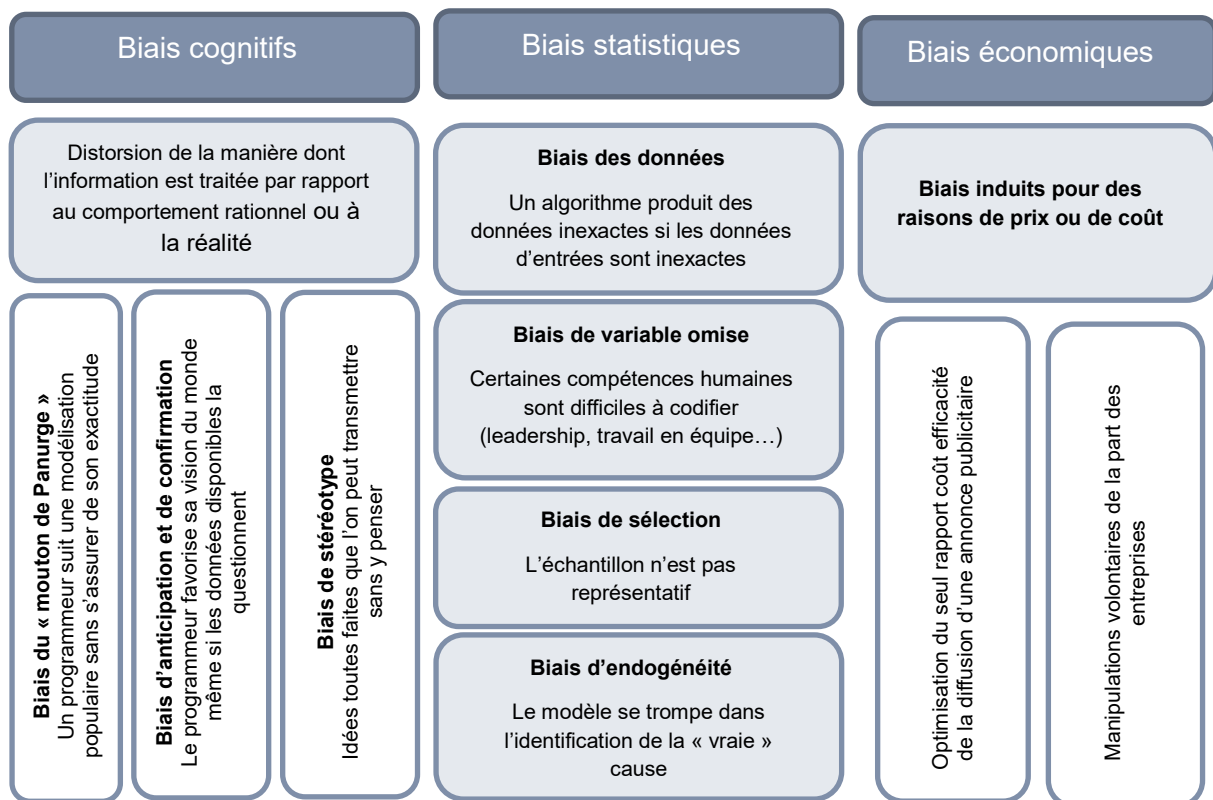
⁴⁶⁵ Une disposition, un critère ou une pratique neutre en apparence, mais susceptible d'entraîner (...) un désavantage particulier pour des personnes par rapport à d'autres personnes.

⁴⁶⁶ Ce principe ne fait pas obstacle à ce que des différences soient faites lorsqu'elles sont justifiées par un but légitime et que les moyens de parvenir à ce but sont nécessaires et appropriés. Cette dérogation n'est pas applicable aux différences de traitement fondées sur l'origine, le patronyme ou l'appartenance ou la non-appartenance, vraie ou supposée, à une ethnie ou une prétendue race.

⁴⁶⁷ Les critères figurant en gras sont des critères retenus par le droit interne, en complément de ceux retenus par le droit communautaire. <https://www.institutmontaigne.org/ressources/pdfs/publications/algorithmes-controle-des-biais-svp.pdf#page=54>

cela a été synthétisé par la CNIL et le Défenseur des droits en 2020⁴⁶⁸ : « à première vue, les algorithmes permettent de trier, classer ou d'ordonner des informations en se débarrassant des préjugés et biais propres aux affects des humains. Ils seraient ainsi plus à même de réaliser l'égalité de traitement attendue en appliquant les mêmes critères et pondérations quelle que soit, par exemple, l'origine ou l'orientation sexuelle du demandeur. En réalité, il n'y a ni magie technologique ni neutralité mathématique : les algorithmes sont conçus par des humains et à partir de données reflétant des pratiques humaines. Ce faisant, des biais peuvent être ainsi intégrés à toutes les étapes de l'élaboration et du déploiement des systèmes : dès l'intention qui préside à l'élaboration de l'algorithme en amont, pendant la réalisation du code informatique, celle du code exécutable, celle de l'exécution, celle du contexte d'exécution et celle de la maintenance. » De fait, « tout algorithme [serait], en un sens, biaisé, dans la mesure où il est toujours le reflet – à travers son paramétrage et ses critères de fonctionnement, ou à travers les données d'apprentissage qui lui ont été fournies – d'un système de valeurs et de choix de société »⁴⁶⁹.

Les biais algorithmiques⁴⁷⁰



⁴⁶⁸ Défenseur des droits : *Algorithmes : prévenir l'automatisation des discriminations*, 2020.

⁴⁶⁹ CNIL, « Comment permettre à l'homme de garder la main ? Les enjeux éthiques des algorithmes et de l'intelligence artificielle » 2017.

⁴⁷⁰ Représentation effectuée à partir de BERTAIL Patrice, BOUNIE David, CLEMENÇON Stephan et WAELEBROECK Patrick *Algorithmes : biais, discrimination et équité*, Télécom ParisTech – Fondation Abeona, 2019.

Exemples de biais algorithmiques⁴⁷¹

Exemple de biais de stéréotype : Un biais peut apparaître dans les offres d'emploi en ligne où les femmes s'auto-sélectionnent et répondent à des offres dont elles pensent qu'elles auront une probabilité plus élevée d'être acceptées. En retour, l'algorithme qui se nourrit des données de clics renforce la menace de stéréotypes.

Exemple de biais économique : Un algorithme fournissant des annonces publicitaires faisant la promotion d'emplois dans les domaines des sciences, de la technologie, de l'ingénierie et des mathématiques (STEM) peut discriminer les femmes : s'il optimise simplement le rapport coût-efficacité de la diffusion d'annonces, il affiche moins d'annonces destinées aux femmes, car le prix du segment des femmes jeunes est supérieur à celui des hommes jeunes.

[362] Ainsi, de manière plus ou moins consciente, des biais peuvent être introduits dans la construction d'un algorithme⁴⁷². Des critères, en apparence neutres peuvent, soit directement, soit en combinaison avec d'autres critères (par exemple l'instabilité de situations professionnelles ou familiales), emporter des situations discriminatoires. « *Alors que les biais cognitifs d'un être humain varient en fonction des circonstances et se transcrivent de manière contingente en pratiques discriminatoires, les biais discriminatoires intégrés par un algorithme s'appliquent de manière automatique et pourraient systématiser les discriminations* »⁴⁷³.

[363] De nombreux auteurs alertent sur cette situation⁴⁷⁴, dans un contexte où le recours croissant aux logiciels apprenants renforce le risque, avec des méthodes

⁴⁷¹ Exemples extraits de BERTAIL Patrice, BOUNIE David, CLEMENÇON Stephan et WAELBROECK Patrick *Algorithmes : biais, discrimination et équité*, Télécom ParisTech – Fondation Abeona, 2019.

⁴⁷² Des biais peuvent être introduits également au travers des contrôles qui servent à l'apprentissage des algorithmes.

⁴⁷³ Défenseur des droits, *Algorithmes : prévenir l'automatisation des discriminations*, 2020.

⁴⁷⁴ Voir par exemple, Cédric VILLANI, *Donner un sens à l'intelligence artificielle*, 2018 : « Une grande partie des considérations éthiques soulevées par l'IA tiennent à l'opacité de ces technologies. En dépit de leur performance accrue dans de nombreux domaines (...) il est souvent très difficile d'expliquer leurs décisions de manière intelligible par le commun des mortels. C'est le fameux problème de la boîte noire : des systèmes algorithmiques dont il est possible d'observer les données d'entrée (input), les données de sortie (output) mais dont on comprend mal le fonctionnement interne. Cette méconnaissance est principalement due aujourd'hui au changement de paradigme introduit par l'avènement de l'apprentissage, en particulier l'apprentissage profond. En programmation classique, construire un système intelligent consistait à écrire à la main un modèle déductif, c'est à dire des règles générales, dont on infère les conclusions pour le traitement d'un cas particulier. De tels modèles sont par définition explicables dans la mesure où les règles qui déterminent leurs prises de décisions sont établies à l'avance par un programmeur, et qu'on est capable de dire quelles règles ont été activées pour aboutir à la conclusion dans chaque cas particulier (par exemple, si vos revenus sont inférieurs à tant par mois, le prêt vous sera refusé). La technique d'apprentissage machine la plus efficace aujourd'hui, les réseaux de neurones profonds (Deep Learning), ne s'appuient pas sur des règles établies par avance. (...) En l'état actuel de l'art, l'explicabilité des systèmes à base d'apprentissage constitue (...) un véritable défi scientifique qui met en tension notre besoin d'explication et notre souci d'efficacité. Et si certains modèles d'apprentissage sont plus explicables que d'autres (systèmes à base de règles, arbres de décision simples, ...), ils ont en général aujourd'hui des performances inférieures à celles des algorithmes d'apprentissage profonds. L'utilisation d'algorithmes d'apprentissage profond, qui se nourrissent de données aux fins de personnalisation et d'aide à la décision, a fait émerger la crainte d'une reproduction des inégalités sociales dans l'algorithme de décision. L'essentiel des controverses récentes en la matière concerne en effet des discriminations à l'égard de certaines minorités ou fondées sur le genre (personnes noires, femmes, habitants de quartiers défavorisés notamment) ».

d'apprentissage « *qui s'autoalimentent des données créées par l'algorithme* »⁴⁷⁵ et dont les résultats sont plus difficilement explicables. Ils soulignent souvent **une prise de conscience qui tarde à émerger**⁴⁷⁶. Pour mémoire, selon la jurisprudence du Conseil Constitutionnel⁴⁷⁷, le responsable du traitement doit s'assurer de la maîtrise du traitement algorithmique et de ses évolutions afin de pouvoir expliquer, en détail et sous une forme intelligible, à la personne concernée la manière dont le traitement a été mis en œuvre à son égard. Il en résulte que ne peuvent être utilisés, comme fondement exclusif d'une décision administrative individuelle, des algorithmes susceptibles de réviser eux-mêmes les règles qu'ils appliquent, sans le contrôle et la validation du responsable du traitement.

[364] Pour pallier ce risque et « *prévenir l'automatisation des discriminations* »⁴⁷⁸, plusieurs évolutions doivent être engagées au sein des organismes de protection sociale⁴⁷⁹.

[365] **Le sujet de l'intelligence artificielle et des algorithmes ne doit pas être laissé à la main des seuls développeurs.** Eu égard aux enjeux éthiques et aux impacts métier qu'ils génèrent, une prise en charge du sujet au niveau des comités de direction des organismes est impérative : elle doit permettre de croiser les regards (de statisticiens, de juristes, de contrôleurs ...), de définir la feuille de route et d'en suivre l'exécution. Cette organisation est essentielle, notamment parce que ces sujets sont très évolutifs (avec, par exemple, le développement de l'IA générative), ce qui nécessite d'en réexaminer régulièrement les impacts.

[366] **La déclinaison de ces orientations doit viser, en amont, à sensibiliser les programmeurs et l'ensemble des personnes participant à la vie de l'algorithme, notamment les utilisateurs finaux des résultats, aux enjeux éthiques des développements.** Aucune formation n'est aujourd'hui prévue en ce sens pour les agents des caisses ; or, « *la réalité sociale des discriminations et le cadre du droit anti discriminatoire sont encore très mal connus et peu pris en compte par les experts des données et des algorithmes* »⁴⁸⁰. La question de l'explicabilité des résultats n'est pas vraiment posée. Aucun principe n'est posé sur la « joignabilité » des systèmes

⁴⁷⁵ BERTAIL Patrice, BOUNIE David, CLEMENÇON Stephan et WAELBROECK Patrick, *Algorithmes : biais, discrimination et équité*, Télécom ParisTech – Fondation Abeona, 2019.

⁴⁷⁶ Défenseur des droits : *Algorithmes : prévenir l'automatisation des discriminations*, 2020.

⁴⁷⁷ DC 2018-765.

⁴⁷⁸ Défenseur des droits : « *Algorithmes : prévenir l'automatisation des discriminations* », 2020.

⁴⁷⁹ Au-delà d'évolutions plus générales, comme « soutenir la recherche pour développer les études de mesure et les méthodologies de prévention des biais » : Défenseur des droits : « *Algorithmes : prévenir l'automatisation des discriminations* », 2020.

⁴⁸⁰ Défenseur des droits, *Algorithmes : prévenir l'automatisation des discriminations*, 2020. Voir dans le même sens, Institut Montaigne, *Algorithmes : contrôle des biais SVP*, 2020 : « *Nous recommandons que toute la chaîne des acteurs impliqués dans la production ou affectés par les décisions des algorithmes soit correctement formée aux risques de biais et discriminations et comprenne les risques et les avantages du déploiement des algorithmes* ». L'institut Montaigne souligne également l'importance de mobiliser des profils différents lors de l'élaboration des algorithmes (en termes de genre, de parcours social, ...).

algorithmiques : la CNIL souligne sur ce point que « le problème de l'opacité des algorithmes tient aussi au fait que les responsables des systèmes algorithmiques ne sont pas, dans l'immense majorité des cas, concrètement joignables ou accessibles pour fournir ces informations et explications. Ceci implique également une irresponsabilité de systèmes auxquels les utilisateurs se trouvent dans l'impossibilité de demander des comptes »⁴⁸¹.

Recommandation n°63 : Piloter les sujets ayant trait à l'intelligence artificielle au niveau des comités de direction des organismes et produire des synthèses annuelles ou pluriannuelles sur les actions menées .

Recommandation n°64 : Assurer en formation initiale et continue une bonne connaissance des risques de discrimination associés au développement de l'intelligence artificielle.

[367] En aval, il s'agit d'auditer les algorithmes mis en place, en incluant les enjeux de non-discrimination⁴⁸² : cet audit doit couvrir l'ensemble des biais potentiels (biais strictement statistiques et cognitifs notamment) ; il s'agit particulièrement de suivre les algorithmes « apprenants » qui évoluent au fur et à mesure de leur utilisation. Cet audit des algorithmes pourrait être utilement mené par des autorités indépendantes ou les autorités de tutelle, afin d'en garantir la pertinence (notamment en termes de loyauté, et de conformité à la loi). Il pourrait donner lieu à un rapport annuel. Cette demande est notamment formulée par certaines des associations et collectifs⁴⁸³. Elle est également portée par la CNIL⁴⁸⁴.

⁴⁸¹ Au plan opérationnel, la CNIL suggère d'identifier systématiquement au sein de chaque entreprise ou administration une équipe responsable du fonctionnement d'un algorithme dès lors que celui-ci traite les données de personnes physiques et de communiquer l'identité et les coordonnées de cette personne ou de cette équipe de façon à ce qu'elle puisse être contactée aisément et qu'elle ait les moyens de répondre rapidement aux demandes reçues.

⁴⁸² Le Défenseur des droits rapporte l'expérience canadienne où, depuis le 1^{er} avril 2020, des audits incluant les enjeux de discrimination sont obligatoires pour les institutions publiques et où le Gouvernement fédéral a mis en place une plateforme pour accompagner les administrations dans les analyses d'impact, Défenseur des droits : « Algorithmes : prévenir l'automatisation des discriminations », 2020.

⁴⁸³ <https://changerdecap.net/> : « Nous demandons un contrôle indépendant sur les programmes informatiques, notamment par l'IGAS, le Défenseur des droits et la CNIL, laquelle devra systématiquement actualiser ses avis en fonction des évolutions technologiques (utilisation de l'intelligence artificielle, de chatbots et de RPA, algorithmes d'aide à la décision... ».

⁴⁸⁴ CNIL, *Comment permettre à l'homme de garder la main ? les enjeux éthiques des algorithmes et de l'intelligence artificielle. Synthèse du débat public animé par la CNIL dans le cadre de la mission de réflexion éthique confiée par la loi pour une république numérique*, 2017. La CNIL souligne la problématique des moyens : « Développer l'audit des algorithmes signifie d'abord développer la capacité de la puissance publique à assurer ce dernier (...) Un travail de recensement des ressources de l'État, des différents besoins ainsi qu'une mise en réseau des compétences et des moyens au moyen d'une plateforme nationale est donc aujourd'hui une nécessité. Une telle plateforme devrait aussi avoir pour fonction de relever le défi que soulève le développement du machine learning. Celui-ci conduit certains à souligner que l'examen des codes sources s'avère peu réaliste dès lors qu'il s'agit d'analyser des millions de lignes de code. Or, auditer ne signifie pas nécessairement ouvrir les codes sources. Cela peut aussi prendre la forme de contrôles ex post des résultats produits par les algorithmes, de tests aux moyens de profils fictifs, etc. Ces techniques d'audit reposant sur la rétro-ingénierie doivent faire l'objet d'un effort de recherche significatif (...). Opérationnellement, la mise en œuvre de ces audits pourrait être assurée par un corps public d'experts des algorithmes qui contrôleraient et testeraient les algorithmes (en

Recommandation n°65 : Procéder à des audits externes des algorithmes pour éviter des biais de discrimination.

[368] Cette approche pourrait être consolidée dans le cadre de chartes⁴⁸⁵ ou / et de comités d'éthiques, déployés au sein des organisations –qui pourraient utilement se nourrir des résultats des audits externes.

Mettre en place des chartes ? L'exemple de France travail

France travail est le seul des organismes à avoir mis en place une charte « pour une intelligence artificielle éthique » : « Pôle emploi entend inscrire le développement et les usages des algorithmes* et solutions d'intelligence artificielle dans une démarche éthique pérenne. La présente charte en est le socle fondateur, résultant d'un travail collaboratif et consultatif. Elle présente des engagements qui, pris dans leur ensemble, permettent de garantir un cadre de confiance, respectueux des valeurs de Pôle emploi, et de minimiser les risques liés au déploiement de ces technologies. Les engagements sont regroupés selon les principaux enjeux éthiques soulevés par l'IA à Pôle emploi », autour de 6 axes : finalité et légitimité des algorithmes, l'humain au centre ; l'intelligence artificielle au service de l'humain ; équité et non-discrimination ; liberté de choix ; transparence ; sécurité ; impact environnemental. A ce stade, cette charte ne prend pas en compte, de manière spécifique, les sujets de fraude.

Mettre en place des comités d'éthique ? Les suggestions de la CNIL

« La composition et les modalités d'intervention de tels comités constituent un point essentiel. Publicité ou non des comptes rendus, publicité ou non de la composition du comité, degré éventuel d'indépendance: la palette des options possibles est large. L'attribution de cet impératif à la fonction RSE ou aux déontologues pourrait également être envisagée. Cette animation de la fonction de réflexion éthique dans le secteur privé pourrait aussi prendre la forme de réseaux constitués par secteurs ou branches professionnelles pour assurer la diffusion de bonnes pratiques ainsi que le repérage précoce de problèmes émergents. On pourrait d'ailleurs même considérer que des comités éthiques sectoriels puissent organiser une forme de veille éthique en lieu et place de comités installés au niveau de chaque entreprise, ce qui constituerait néanmoins une garantie moindre ».

Ce travail en réseau devrait avoir pour objectif la constitution et la tenue à jour de référentiels éthiques sectoriels (chartes éthiques, codes de conduite, chartes de déontologie etc.), mais également la révision des codes d'éthique professionnels préexistants pour prendre en compte l'introduction des algorithmes et des systèmes d'IA.

vérifiant par exemple qu'ils n'opèrent pas de discrimination). Une autre solution pourrait consister, notamment face à l'ampleur du secteur à contrôler, à ce que la puissance publique homologue des entreprises d'audit privées sur la base d'un référentiel ».

L'article 44 de la loi du 6 janvier 1978, permet aux membres de la Commission et aux agents de contrôle « d'accéder aux programmes informatiques et aux données », ce qui lui donne les prérogatives nécessaires.

⁴⁸⁵ L'institut Montaigne suggère d'intégrer dans ces chartes 1/ des exigences de méthodologie pour assurer la qualité des algorithmes ; 2/ les propriétés que doivent présenter les algorithmes développés ; 3/les mécanismes internes pour gérer les tensions entre différents objectifs, définir les exigences d'équité pour les algorithmes et préciser leur formalisation informatique ; 4/ les analyses et évaluations internes à faire subir à l'algorithme. Il évoque certaines bonnes pratiques comme : masquer des variables sensibles (âge, genre, adresse), afin de réduire le risque qu'un algorithme n'utilise ces éléments comme facteur discriminant ; comparer les taux de faux positifs (en vérifiant que ces erreurs de classification sont identiques pour différents sous-groupes de population.

Ces réflexions devraient en retour déboucher sur l'intégration, dans les chartes de déontologie des entreprises, d'un chapitre dédié aux enjeux soulevés par les algorithmes (en explicitant par exemple les limites à ne pas franchir en concevant les paramètres des systèmes, des obligations de qualité et d'actualisation des jeux de données utilisés pour entraîner les algorithmes, etc.).⁴⁸⁶

[369] Cette question excède naturellement le seul sujet des fraudes – qui nous préoccupe ici. Les algorithmes ont en effet de nombreuses finalités, autres que la fraude (risque d'erreur, non recours...), finalités qui doivent être clairement appréhendées et affichées lors de leur élaboration. **Le Hcfips ne saurait cependant trop insister sur la nécessité d'une réflexion spécifique sur les algorithmes développés en matière de fraude** : tous les secrets de fabrication de ces algorithmes ne peuvent être divulgués sauf à fournir un manuel du « parfait fraudeur ». **La transparence ne pouvant être totale, le travail interne de formation et d'évaluation doit être d'autant plus important.**

Recommandation n°66 : Mettre en place des chartes ou / et des comités d'éthique permettant de partager, au sein des organisations, les risques de discrimination liés au déploiement des algorithmes et les parades à mettre en œuvre, en particulier sur les sujets de lutte contre la fraude.

4. ASSURER VIS-A-VIS DES USAGERS DU SERVICE PUBLIC LA TRANSPARENCE SUR LES USAGES

[370] **Au-delà de ce travail « en interne », un travail doit être réalisé à destination des usagers du service public de la protection sociale.** Les collectifs et associations qui critiquent l'usage des algorithmes par les CAF sont ainsi extrêmement négatifs sur les éléments que transmettent les caisses dans le cadre de leur devoir d'information, qu'ils jugent très insuffisants, tant au niveau global (quand un collectif souhaite comprendre l'algorithme) qu'au niveau individuel (quand un usager souhaite comprendre comment la décision qui lui est notifiée a été prise)⁴⁸⁷.

⁴⁸⁶ CNIL, *Comment permettre à l'homme de garder la main ? les enjeux éthiques des algorithmes et de l'intelligence artificielle. Synthèse du débat public animé par la CNIL dans le cadre de la mission de réflexion éthique confiée par la loi pour une république numérique, 2017.*

⁴⁸⁷ « Si la CAF a bien accepté de nous communiquer le code de l'algorithme... ce n'est qu'après avoir masqué la quasi-totalité des noms des variables (...). Cette opacité est aussi appliquée, à l'échelle individuelle, aux allocataires ayant été sélectionnés par l'algorithme pour être contrôlés et qui chercheraient à obtenir des informations sur la raison de ce contrôle (...) Nous avons pu consulter la réponse à la demande d'informations réalisée par une personne ayant été contrôlée sur la base de sa note. Le courrier, signé par le délégué à la protection des données de la CNAF, se contente de renvoyer l'allocataire à la page "Internet et Libertés" de la CAF. Sur cette page sont présents deux documents relatifs à l'algorithme de notation : un communiqué de la CAF et l'avis de la CNIL associé. Aucun ne fournit d'informations sur les paramètres utilisés par l'algorithme, ni sur leur impact sur le score de risque. Nous avons aussi demandé la liste des variables utilisées pour l'entraînement du modèle, c'est à dire sa phase de création. Cette question est importante car elle permet de comprendre l'étendue des données utilisées par l'algorithme. Et donc le degré d'intrusion dans la vie privée

[371] Ces critiques appellent plusieurs observations :

- Les pages dédiées aux traitements de données sur les sites – destinées à assurer la transparence des algorithmes sont extrêmement variables dans leur nature et niveau de détail⁴⁸⁸ : alors que la CNAF ou la CNAV renvoient uniquement à des éléments très généraux⁴⁸⁹, France Travail publie, depuis 2018, une description, par prestation, des éléments utilisés dans les algorithmes explicitant les éléments utilisés et les conditions dans lesquelles la décision est prise⁴⁹⁰. La CNAM, présente, sous un format plus synthétique et sans référence expresse aux algorithmes, les données qu'elle utilise pour sa gestion⁴⁹¹.
- La présentation des données utilisées par les algorithmes lorsqu'ils ont pour objet de détecter des situations de fraude pose la question particulière du risque de divulgation d'éléments associés à la lutte contre la fraude, cette divulgation pouvant conduire à des ajustements des pratiques : de fait, seule la CNAM présente des éléments sur l'utilisation de ses données en matière de fraude, avec les objectifs de la collecte, la liste générique des données utilisées, les conditions d'utilisation et les données de conservation. Ces éléments n'emportent cependant aucune mention sur les modalités de ciblage associées, le cas échéant, à ces collectes de données⁴⁹².
- Au plan juridique, l'article L311-5 du code des relations entre le public et l'administration, ne requiert pas la publication, en ligne, des règles définissant les traitements algorithmiques relatifs à la fraude, les documents relatifs à la « recherche et à la prévention, par les services compétents, d'infractions de toute nature » n'étant pas communicables⁴⁹³.

[372] Ces éléments posés, le HCFiPS recommande que soit mise en place une gouvernance permettant d'assurer la confiance dans les algorithmes et associant les usagers⁴⁹⁴, qui permette de bien poser l'objectif de l'algorithme et d'en mesurer les risques et les bénéfices.

des allocataires que la construction d'un tel modèle nécessite ». <https://www.laquadrature.net/2022/12/23/notation-des-allocataires-febrile-la-CAF-senferme-dans-lopacite/>, 2022.

⁴⁸⁸ Voir annexe.

⁴⁸⁹ Il en est de même de la CCMSA. *Politique de confidentialité Protection des données personnelles et Politique de traitement des cookies de la Caisse Centrale de la Mutualité Sociale Agricole*, 2021.

⁴⁹⁰ Ces fiches descriptives ne comprennent pas d'éléments relatifs à la détection de la fraude.

⁴⁹¹ Des travaux sont en cours sous l'égide de de l'Administrateur ministériel des données et codes source santé-solidarité sur l'ouverture des codes informatiques. L'objectif est de produire un guide opérationnel de bonnes pratiques avant fin mai.

⁴⁹² Voir annexe.

⁴⁹³ Le Défenseur des droits souligne l'importance à distinguer erreur et fraude notamment quand l'algorithme, à l'instar de celui utilisé par les CAF, concerne l'ensemble des indus.

⁴⁹⁴ Pour mémoire, l'article 35.9 du RGPD prévoit : le cas échéant, le responsable du traitement demande l'avis des personnes concernées ou de leurs représentants au sujet du traitement prévu.

[373] Plusieurs solutions ont d'ores et déjà été envisagées en la matière.

[374] La CNAF a confié en 2022 à un médiateur la charge de veiller à « *la protection des droits des usagers au regard des systèmes informatiques de la CNAF, notamment auprès de la Commission nationale informatique et libertés et dans le respect du Règlement général sur la protection des données* »⁴⁹⁵. Elle a récemment réuni une équipe multidisciplinaire, constituée notamment de spécialistes de la donnée et de sociologues pour approfondir ces questions ; les résultats de ce travail sont attendus en 2024.

[375] De son côté, France Travail a créé en 2021, dans un cadre non spécifique à la fraude, un comité éthique sur l'intelligence artificielle⁴⁹⁶ : cette structure, indépendante de France Travail, comprend 10 membres, aux profils variés (universitaires, dont une juriste, spécialistes d'éthique et d'informatique, informaticien spécialiste d'algorithmique, représentants des syndicaux salariaux et patronaux membres du Conseil d'Administration de France Travail, personnes appartenant aux secteurs privé et associatif)⁴⁹⁷.

[376] Dans un cadre également non spécifique à la fraude, l'URSSAF s'est dotée d'une doctrine de diffusion de l'IA Générative. La doctrine expose les principes directeurs qui cadrent la démarche dans laquelle l'URSSAF s'inscrit en matière d'IA générative (primauté humaine, autonomie stratégique, cybersécurité, transparence, et soutenabilité environnementale). Une comitologie dédiée a été mise en place avec un Comité National d'IA Générative (CNIAG) ; un comité de pilotage stratégique ; un comité des experts de l'IA générative.

[377] **Dans le contexte de la sécurité sociale, cette gouvernance pourrait passer par une commission dédiée rattachée aux conseil ou conseils d'administration des caisses nationales.** Elle devrait permettre notamment de partager les enjeux et les objectifs des algorithmes, et spécialement des algorithmes relatifs à la lutte contre la fraude : « *Plus que d'avoir accès directement au code source, l'essentiel serait d'être à même de comprendre la logique générale de fonctionnement de l'algorithme. Cette logique devrait pouvoir être comprise par tous et donc énoncée verbalement et non sous la forme de lignes de code* »⁴⁹⁸.

⁴⁹⁵ Communiqué de presse : Nomination de la première médiatrice nationale de la CNAF et des CAF (2022).

⁴⁹⁶ Présidé, à sa création, par Jean-Gabriel Ganascia, Professeur d'informatique à la faculté des sciences de Sorbonne-Université.

⁴⁹⁷ <https://www.pole-emploi.org/accueil/actualites/2022/le-comite-consultatif-ethique-de-pole-emploi-sur-lintelligence-artificielle-veille-a-enrichir-les-reflexions.html>

⁴⁹⁸ CNIL, « Comment permettre à l'homme de garder la main ? les enjeux éthiques des algorithmes et de l'intelligence artificielle. Synthèse du débat public animé par la CNIL dans le cadre de la mission de réflexion éthique confiée par la loi pour une république numérique » (2017) « *Ce qui est essentiel, ce n'est pas que le code soit transparent, c'est que l'on comprenne ce qui rentre et ce qui sort de l'algorithme ainsi que son objectif. C'est cela qui doit être transparent* ». Voir sur ce sujet : <https://code.gouv.fr/fr/blog/de-la-transparence-a-lexplicabilite-automatisee-des-algorithmes/>

Recommandation n°67 : Mettre en place une gouvernance dédiée à l'intelligence artificielle rattachée aux conseils et conseils d'administration.

[378] Cette démarche devrait s'accompagner d'un pilotage national, sous l'égide de la DSS, et en lien avec l'IGAS si une unité spécialisée était constituée en son sein, de nature à homogénéiser les pratiques, les sécuriser juridiquement, réfléchir collectivement aux évolutions. On peut penser sur ce point à l'analyse des évolutions du cadre juridique⁴⁹⁹ ou à la mobilisation de techniques comme le webscrapping⁵⁰⁰ – qui conduirait à mobiliser des données personnelles publiques présentes sur internet aux fins de contrôle. Ce type de sujets pose, à l'évidence, des questions éthiques nouvelles comme le montre l'expérience en cours à la DGFiP⁵⁰¹. Le Collège de la CNIL a eu l'occasion d'émettre de très grandes réserves sur ces questions. Il a en particulier pointé la nécessité que ces dispositifs : soient conçus avec soin et accompagnés de garanties fortes ; ne conduisent pas à des décisions automatiques ; soient assortis d'un système de recours efficace et facile d'accès permettant aux usagers de contester les décisions prises à leur égard ; fassent l'objet d'une transparence accrue, notamment en ce qui concerne la logique sous-jacente de leur fonctionnement et l'information individuelle des personnes.

Recommandation n°68: Mettre en place, sous l'égide de la DSS, un pilotage national en matière d'usage des algorithmes et de l'intelligence artificielle pour la sphère de la protection sociale, notamment dans le cadre de la lutte contre la fraude ; rédiger un rapport annuel sur l'usage de l'intelligence artificielle par les organismes, rendu public et établi en lien avec les comités d'éthique des organismes.

[379] En conclusion, le HCFiPS souhaite souligner la nécessité de conforter l'utilisation des algorithmes et de l'intelligence artificielle dans la lutte contre les fraudes sociales, tout en veillant à la transparence de ces usages et à l'application du principe de non-discrimination.

⁴⁹⁹ On peut penser par exemple aux conséquences qui pourraient découler de la mise en place de l'Artificial Intelligence Act qui vient d'être approuvé au niveau européen pour les systèmes d'IA à haut risque. (Accès aux services privés essentiels et aux services et prestations publics essentiels et jouissance de ces services et prestations : Systèmes d'IA destinés à être utilisés par les autorités publiques ou pour le compte de celles-ci afin d'évaluer l'éligibilité des personnes physiques aux prestations et services essentiels d'assistance publique, y compris les services de santé, ainsi que pour octroyer, réduire, révoquer ou réclamer ces prestations et services). Cette définition entraîne toute une série d'obligations (anticiper les risques discriminatoires, s'assurer de la supervision humaine, de la qualité des données.

⁵⁰⁰ Voir définition en annexe.

⁵⁰¹ Voir annexe.

■ CHAPITRE 6 - PROTÉGER LES USAGERS DU SERVICE PUBLIC DE LA SÉCURITÉ SOCIALE DES RISQUES D'USURPATION D'IDENTITÉ

La lutte contre la fraude est souvent perçue comme s'exerçant vis-à-vis des seuls usagers, au risque de cibler certaines populations, d'imposer des contrôles, des contraintes, des angoisses. Il est capital que la lutte contre la fraude incorpore pleinement la protection des assurés et notamment de leur identité, de leurs coordonnées, alors que le risque d'usurpation d'identité s'accroît régulièrement.

Les organismes déploient d'ores et déjà de nombreuses actions à la fois pour limiter ce risque (information, sécurisation des accès aux sites internet, sécurisation de l'architecture informatique) et pour détecter les tentatives d'escroquerie au plus tôt, avec une forte mobilisation autour des fraudes à l'identification bancaire (« fraude au RIB »). Même si le risque zéro n'existe pas, les nombreux vols de données récents, qui impliquent des populations très nombreuses, montrent que des progrès doivent encore intervenir.

Ces évolutions doivent être pensées au sein de la sphère de la protection sociale - avec une réflexion partagée sur les bonnes pratiques-, mais aussi et peut-être surtout avec le reste de l'environnement institutionnel : les échanges doivent notamment être structurés avec le monde bancaire, dans lequel sont menées des réformes de nature à réduire les risques de fraude -en tout cas à en complexifier très fortement la commission.

Une gouvernance, interbranche, doit être mise en place pour prendre en charge les enjeux de la cybercriminalité. Les partenaires sociaux doivent être associés au sein des conseils et conseils d'administration de caisses à la réflexion sur le bon équilibre entre sécurité et accessibilité au système de protection sociale.

[380] Le HCFiPS a souhaité, à l'occasion de ce rapport, évoquer le traitement, par les caisses, de l'usurpation d'identité, point sur lequel les enjeux en termes d'image, pour les organismes, égalent au moins les enjeux financiers. La lutte contre la fraude est souvent perçue comme s'exerçant vis-à-vis des seuls usagers, au risque de cibler certaines populations, d'imposer des contrôles, des contraintes, des angoisses. Il est capital que la lutte contre la fraude incorpore pleinement la protection des assurés et notamment de leur identité, de leurs coordonnées... Cette sécurisation des données est centrale pour garantir la confiance dans le système.

1. LES USURPATIONS DE DONNEES PERSONNELLES : UN RISQUE CROISSANT

[381] Dans l'action de lutte contre la fraude, les « fraudes »⁵⁰² attachées à une usurpation d'identité ou de coordonnées bancaires constituent aujourd'hui un sujet de forte vigilance dans un contexte où les piratages ne cessent de progresser⁵⁰³ : l'hameçonnage⁵⁰⁴ est « particulièrement prisé par les cybercriminels. En effet, sa relative simplicité de mise en œuvre leur permet d'obtenir de leurs victimes des informations personnelles sensibles (identité, numéros de carte bancaire, mot de passe...) ou de leur faire installer un programme malveillant afin de prendre le contrôle de leur équipement dans le but de l'utiliser frauduleusement »⁵⁰⁵. Selon l'INSEE⁵⁰⁶, 43 % des internautes avaient reçu en 2019 un message les invitant à se connecter à un site internet frauduleux (hameçonnage) et 22 % avaient été redirigés vers un site frauduleux les invitant à fournir des informations personnelles lors d'une navigation internet. 4 % des utilisateurs avaient subi une prise de contrôle de leur compte de réseau social ou de leur boîte mail et l'envoi de leur contenu à un tiers sans leur accord, les personnes de 75 ans ou plus étant un peu plus souvent victimes que les autres de ces attaques.

[382] Tous les organismes de protection sociale sont confrontés à ces difficultés, au premier chef les organismes qui versent des prestations.

⁵⁰² Le terme de « fraude » est ici utilisé par facilité et par référence au langage couramment utilisé sur ce sujet. Comme le souligne la MICAF, la qualification juridiquement juste serait celle d'escroquerie, telle que définie à l'article 313-1 du code pénal : « L'escroquerie est le fait, soit par l'usage d'un faux nom ou d'une fausse qualité, soit par l'abus d'une qualité vraie, soit par l'emploi de manœuvres frauduleuses, de tromper une personne physique ou morale et de la déterminer ainsi, à son préjudice ou au préjudice d'un tiers, à remettre des fonds, des valeurs ou un bien quelconque, à fournir un service ou à consentir un acte opérant obligation ou décharge ».

⁵⁰³ Les piratages de comptes sont à la seconde place des principales menaces qui touchent l'ensemble des publics de Cybermalveillance.gouv.fr. « En 2022, l'hameçonnage représente 37% des recherches d'assistance sur Cybermalveillance.gouv.fr et les articles de la plateforme permettant de faire face à cette menace ont reçu près de 1,9 million de consultations, soit une augmentation de 54% ». Rapport d'activité 2022. Dispositif national d'assistance aux victimes d'actes de cyber malveillance, de sensibilisation des publics aux risques numériques et d'observation de la menace. [Rapport-activite-2022.pdf \(cybermalveillance.gouv.fr\)](#). NB : Les évaluations du GIP sont effectuées à partir des demandes d'aide en ligne et des consultations des articles figurant sur le site, en lien avec les différentes menaces.

⁵⁰⁴ L'hameçonnage est une technique frauduleuse qui vise à usurper l'identité d'une marque ou d'une organisation connue pour inciter la victime à fournir des informations confidentielles et personnelles ou professionnelles (identité, mot de passe, compte d'accès, données bancaires...). <https://www.cybermalveillance.gouv.fr/tous-nos-contenus/actualites/hameconnage-assurance-maladie-ameli>

⁵⁰⁵ [Rapport-activite-2022.pdf \(cybermalveillance.gouv.fr\)](#)

⁵⁰⁶ VIARD-GUILLOT Louise, 82 % des internautes protègent leurs données personnelles en ligne, *INSEE Focus*, 2022.

Un exemple d'hameçonnage : l'usurpation des données personnelles dans le cadre de l'assurance maladie⁵⁰⁷

Deux formes d'hameçonnage sont particulièrement utilisées dans le cadre de l'assurance maladie ; l'hameçonnage via l'annonce de remboursements en attente – forme la plus fréquente- et l'hameçonnage au renouvellement de la carte Vitale (voir annexe).

Dans le cas d'un hameçonnage au faux remboursement en attente, l'assuré reçoit un courriel ou un SMS qui semble émaner de l'assurance maladie. Ce message annonce la disponibilité d'un remboursement en attente. Dans certains cas rapportés, le message indique que le remboursement n'a pas pu être effectué en raison d'un problème détecté (un problème de numéro de téléphone par exemple) dans l'espace personnel du compte Ameli de la victime, et ce, afin de crédibiliser la tentative d'escroquerie. **La victime est alors invitée à confirmer ou à mettre à jour ses informations personnelles** pour percevoir le remboursement. Le message reçu contient toujours un lien que la victime est invitée à suivre pour réaliser les démarches demandées. La victime **est alors redirigée vers un site Internet trompeur, créé par des escrocs**, usurpant l'identité de l'assurance maladie. **Elle y est invitée à renseigner ses informations personnelles** comme son nom, son prénom, sa date de naissance, son adresse postale ou de messagerie, son numéro de téléphone, le NIR, le mot de passe de connexion à son compte Ameli. Après avoir renseigné ses informations personnelles, la victime est invitée à communiquer ses coordonnées bancaires pour obtenir le versement annoncé. Les informations personnelles saisies par la victime sont récupérées par les escrocs, qui peuvent soit les utiliser directement, soit les revendre à d'autres cybercriminels qui en feront usage à leur tour en vue d'actions malveillantes.

Avec des modes opératoires équivalents à celui décrit pour l'assurance maladie, l'hameçonnage concerne toutes les branches de la protection sociale, en premier lieu les caisses prestataires⁵⁰⁸, mais aussi la branche recouvrement : si celle-ci gère essentiellement des encaissements moins susceptibles de donner lieu à détournement que les virements au profit des assurés⁵⁰⁹, elle peut procéder dans certains cas à des remboursements⁵¹⁰ ; surtout, s'agissant des particuliers employeurs, elle est amenée à verser des salaires aux employés⁵¹¹.

[383] Comme pour toutes les fraudes, les modes d'action évoluent avec le temps : ainsi, « si l'hameçonnage par messagerie électronique (email) reste très présent, on constate depuis 2020 une très forte croissance de SMS frauduleux⁵¹², plus intrusifs et difficilement identifiables pour les victimes. Le développement de l'hameçonnage par

⁵⁰⁷ <https://www.cybermalveillance.gouv.fr/tous-nos-contenus/actualites/hameconnage-assurance-maladie-ameli>

⁵⁰⁸ CNAF Dossier de presse du 21 Juin 2022 et communiqué de presse du 5 juin 2023 : « À la suite d'opérations d'hameçonnage, réalisées avec des faux courriels imitant les codes des courriels envoyés par les CAF ou via des publicités mensongères sur les réseaux sociaux, des personnes récupèrent des identifiants à l'espace personnel « Mon compte » sur le site CAF.fr et modifient les coordonnées bancaires des allocataires pour percevoir leurs prestations à leur place ».

⁵⁰⁹ Pour autant, de faux courriers sous logo « URSSAF » peuvent demander aux cotisants de verser leurs cotisations sur un compte qui n'est pas celui de l'URSSAF ». Dans cet esprit, en 2022, l'URSSAF a signalé que des cas de mises en demeure frauduleuses étaient repérés, en particulier en Aquitaine, Auvergne, Languedoc-Roussillon, Normandie, Paca, Picardie. Ces fausses mises en demeure étaient à l'en-tête de l'URSSAF Île-de-France/Montreuil et demandaient au cotisant de régler son impayé par virement sur le RIB noté sur le courrier. Ce RIB n'appartenait pas à l'URSSAF.

⁵¹⁰ Des usurpations de RIB ont été utilisées pour tenter de détourner des remboursements de cotisations en provenance de l'URSSAF.

⁵¹¹ Avec Cesu +, l'employeur n'a qu'une seule démarche à réaliser chaque fin de mois : déclarer la rémunération de son employé à domicile à partir de votre espace personnel. Deux jours après l'enregistrement de la déclaration, le Cesu se charge de prélever le salaire sur son compte bancaire puis le verse ensuite, trois jours ouvrés après la déclaration, sur le compte bancaire du salarié concerné.

⁵¹² Ou smishing.

SMS est un phénomène qui est certainement amené à s'installer dans le temps »⁵¹³. En outre, les escroqueries apparaissent de plus en plus sophistiquées : « les cybercriminels sont particulièrement créatifs »⁵¹⁴. Parallèlement, les usurpations d'identité « à grande échelle » se multiplient, au travers de cyber attaques, qui peuvent se produire sur des fichiers comportant un nombre potentiellement très important d'informations sur les usagers du service public.

[384] Élément fort de simplification et de qualité⁵¹⁵ de la gestion, l'existence de fichiers nationaux concentrant un nombre important de coordonnées est aussi, en cas de faille de sécurité, un élément de grande fragilité.

Cyber attaque auprès de France Travail -mars 2024 : l'usurpation des données personnelles de 43 millions de personnes

« Compte tenu des investigations techniques menées, les données personnelles d'identification exposées sont les suivantes : nom et prénom, date de naissance, numéro de sécurité sociale, identifiant France Travail, adresses mail et postale et numéros de téléphone. Les mots de passe et les coordonnées bancaires ne sont pas concernés par cet acte de cybermalveillance. Il n'existe donc aucun risque sur l'indemnisation.

La base de données qui aurait été extraite de façon illicite contient les données personnelles d'identification des personnes actuellement inscrites, des personnes précédemment inscrites au cours des 20 dernières années ainsi que des personnes non inscrites sur la liste des demandeurs d'emploi mais ayant un espace candidat sur francetravail.fr. C'est donc potentiellement les données personnelles de 43 millions de personnes qui ont été exfiltrées.

Face à cet acte de cybermalveillance, nous recommandons aux personnes la plus grande vigilance quant aux risques d'hameçonnage (mails ou appels frauduleux) ou de tentatives d'usurpation d'identité. Nous leur rappelons de ne jamais communiquer leur mot de passe ou leurs coordonnées bancaires par téléphone ou par mail : France Travail comme les autres organismes publics ne le demandent jamais »⁵¹⁶.

[385] Notamment destinée à faciliter les accès des usagers au service public, l'interconnexion des systèmes démultiplie le risque.

Les risques de démultiplication : l'exemple de France Connect

France Connect offre un exemple de risque en cascade : le service, permet, par l'intermédiaire d'un compte⁵¹⁷, de simplifier la connexion des internautes à plus de 1 400 services et administrations en ligne. Le vol d'identifiants de connexion à ce service constitue donc une opportunité pour les cybercriminels de prendre le contrôle d'autres comptes appartenant à la victime, avec, pour objectif, d'usurper son identité pour utiliser en son nom les services offerts par les autres plateformes, et ainsi réaliser des opérations frauduleuses.

Exemple d'usage : Des individus mal intentionnés contactent des usagers pour leur extorquer leurs identifiants et mots de passe Ameli ou impots.gouv.fr et s'en servent ensuite pour accéder à des

⁵¹³ [Rapport-activite-2022.pdf \(cybermalveillance.gouv.fr\)](#)

⁵¹⁴ [Rapport-activite-2022.pdf \(cybermalveillance.gouv.fr\)](#)

⁵¹⁵ S'agissant notamment des grands référentiels de données.

⁵¹⁶ [France Travail et Cap emploi victimes d'une cyberattaque | francetravail.org](#)

⁵¹⁷ Sur un site qui dispose du bouton FranceConnect, au lieu de créer un compte et d'avoir à retenir un mot de passe supplémentaire, l'utilisateur peut se connecter grâce à l'une des six options que FranceConnect propose (impots.gouv.fr, ameli.fr, l'Identité Numérique La Poste, msa.fr et Yris).

financements comme ceux de Mon Compte Formation (ils se connectent sur moncompteformation.gouv et s'achètent une formation).

Plusieurs tentatives d'hameçonnage ont conduit les organismes à se déconnecter de France Connect, puis à prendre d'importantes mesures de sécurité. Ainsi, le service d'accès au compte Ameli via des identifiants France Connect a-t-il été déconnecté de l'Assurance Maladie en août 2022⁵¹⁸. En mai 2023, plus de 1.400 adhérents de la Mutualité Sociale Agricole (MSA) ont été à leur tour victimes d'usurpation d'identité via France Connect, ce qui a là encore conduit à un arrêt du service⁵¹⁹.

[386] Le recours des organismes publics à des prestataires ou l'usage du NIR par des organisations désormais très diverses des sphères tant publiques que privées⁵²⁰ accroissent encore les enjeux, comme le montrent les deux attaques massives contre un prestataire de France Travail en 2023 et au sein des gestionnaires du tiers payant en 2024, qui, toutes deux, ont conduit à des usurpations de NIR.

Un vol de données personnelles massif chez un prestataire de France Travail⁵²¹

L'attaque a concerné le prestataire de France Travail Majorel, chargé de « la numérisation et du traitement des documents transmis par les demandeurs d'emploi. Les demandeurs d'emploi inscrits en février 2022 et d'anciens usagers de France Travail étaient potentiellement concernés par ce vol de données personnelles, soit potentiellement 10 millions de personnes. Étaient dans le champ de cet acte de malveillance les nom et prénom et le numéro de sécurité sociale. Les mots de passe et les coordonnées bancaires n'avaient en revanche pas été concernés par cette fuite.

Une enquête est en cours, sous la supervision de brigade de lutte contre la cybercriminalité (BL2C) du parquet de Paris, dans le but de clarifier les circonstances de cette intrusion dans les données.

Selon certains articles de presse, la base de données de France Travail était proposée à la vente pour 900 dollars sur un forum de hackers.

Cyberattaques au sein des sociétés Viamedis et Almerys, spécialistes du tiers payant⁵²²

La société Viamedis, filiale du groupe Malakoff Humanis –qui assure la gestion de 84 complémentaires santé- a été victime d'une cyberattaque le 29 janvier 2024. La société Almerys a subi une attaque du même ordre quelques jours plus tard. Une usurpation d'identité de comptes de professionnels de santé est à l'origine des deux cyberattaques. Les intrusions se sont accompagnées, à chaque fois, d'une violation de données. Viamedis estime que les données de vingt millions de Français pourraient être compromises. La CNIL, quant à elle, estime que 33 millions de personnes seraient concernées.

Les données compromises sont les suivantes : état civil, date de naissance, numéro de Sécurité sociale, nom de l'assureur santé et garanties ouvertes au tiers payant. Les données bancaires, les coordonnées

⁵¹⁸ L'usage de l'identité Ameli pour accéder aux sites France Connectés a été maintenue.

⁵¹⁹ Après l'arrêt du service (jusqu'à mise en place de mesures de protection), la CCMSA a mis en œuvre les parades suivantes : ralentissement des tentatives de connexion en masse au niveau des équipements réseaux ; blocage des tentatives de connexion hors France (blocage levé partiellement en janvier 2024 pour les pays limitrophes) ; mise en place d'un captcha⁵¹⁹ ; campagne de changement des mots de passe de l'ensemble des adhérents (de septembre à décembre 2023) ; authentification forte (double facteur - en œuvre à compter de décembre 2023) ; campagne de sensibilisation auprès des adhérents MSA.

⁵²⁰ Protection sociale, mais aussi santé, travail et emploi, financier, fiscal et douanier, justice, éducation et logement...

⁵²¹ <https://www.francetravail.org/files/live/sites/peorg/files/documents/Communique%C3%A9>

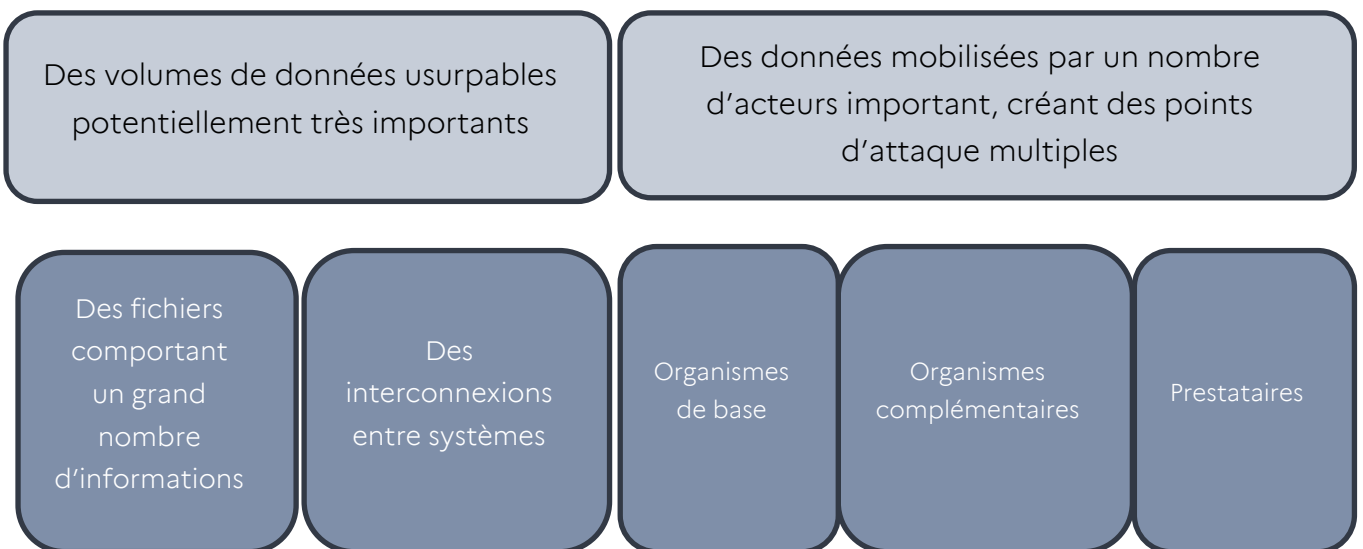
⁵²² *Sécu hebdo* n°189.

postales, le numéro de téléphone et les adresses électroniques ne sont pas concernés car stockés sur une autre plateforme que celle attaquée.

Les données des professionnels de santé sont également concernées, notamment pour Viamedis : les hackers ont notamment eu accès à la raison sociale, au nom, prénom, adresse électronique, téléphone, adresse postale, login Viamedis.net, RIB et numéro Siret de plusieurs pharmacies, cabinets d'opticiens, audioprothésistes et dentistes.

« *Devant l'ampleur de la violation, la présidente de la CNIL a décidé de mener très rapidement des investigations afin de déterminer notamment si les mesures de sécurité mises en œuvre préalablement à l'incident et en réaction à celui-ci étaient appropriées au regard des obligations du RGPD* »⁵²³.

Les usurpations d'identité : des risques à grande échelle



[387] Contrairement aux fraudes sociales classiques, ces escroqueries ne sont pas le fait d'usagers du service public⁵²⁴. Ceux-ci sont, ici, les victimes : les assurés sociaux et les allocataires peuvent ne pas percevoir les prestations auxquelles ils ont droit – ces prestations étant reversées à l'escroc ; les cotisants peuvent ne pas toucher les remboursements dont ils peuvent bénéficier ou verser des sommes dues à l'URSSAF sur un compte autre que celui de l'URSSAF, se trouvant alors exposés à des sanctions pour non-paiement des sommes dues ; les entreprises, par exemple, en matière d'accidents du travail, peuvent ne pas recevoir les subventions auxquelles elles seraient éligibles au titre de la prévention.

⁵²³ [Violation de données de deux opérateurs de tiers payant : la CNIL ouvre une enquête et rappelle aux assurés les précautions à prendre | CNIL](#)

⁵²⁴ Même si des usagers du service public, comme des agents des services publics peuvent être à l'origine, comme tout un chacun, de ces escroqueries.

[388] La lutte contre ces formes de fraude suppose une forte action préventive :

- d'une part, parce que les institutions de sécurité sociale se doivent de garantir, dans la mesure du possible, la sécurité de leurs usagers⁵²⁵ ; la forte dématérialisation des échanges renforce cette nécessité, les usagers du service public devant avoir confiance dans les sites auxquels ils accèdent pour gérer leurs droits.

Les craintes des Français en matière de cybersécurité

Selon l'étude de l'INSEE précitée⁵²⁶, en 2019, les craintes en matière de sécurité sur Internet auraient empêché 76 % des internautes de pratiquer au moins une activité en ligne au cours de l'année : 10 % des utilisateurs d'Internet au cours des trois derniers mois avaient notamment renoncé à communiquer avec l'administration en ligne.

Si les Français ont globalement confiance dans les hôpitaux (79%), les organismes sociaux (78%) et les banques (73%) pour gérer et protéger leurs données, cette confiance est loin d'être absolue puisque moins d'1 personne sur 5 déclare avoir « tout à fait confiance » dans la capacité de ces différentes institutions à garantir leur sécurité dans ce domaine⁵²⁷.

- d'autre part, parce qu'il est extrêmement difficile de retrouver les personnes à l'origine de la fraude et a fortiori, de récupérer les sommes détournées.

[389] Les organismes déploient d'ores et déjà de nombreuses actions à la fois pour limiter le risque (information sur les risques, sécurisation des accès aux sites internet, sécurisation de l'architecture informatique⁵²⁸) **et pour détecter les tentatives d'escroquerie au plus tôt, avec une forte mobilisation autour des fraudes à l'identification bancaire (fraude au RIB).**

[390] Les nombreuses usurpations décrites ci-avant, qui impliquent des populations très nombreuses, montrent que des progrès doivent encore intervenir. Ces évolutions doivent être pensées au sein de la sphère de la protection sociale -avec une réflexion partagée sur les bonnes pratiques-, mais aussi et peut-être surtout avec l'ensemble de l'environnement institutionnel : les échanges doivent notamment être structurés avec le monde bancaire, dans lequel sont menées des réformes de nature à réduire les risques de fraude, ou, en tous cas, à en complexifier très fortement la réalisation. Une gouvernance, interbranche, aujourd'hui inexistante doit être mise en place pour bien piloter ces évolutions.

⁵²⁵ France Connect offre un exemple de risque en cascade : le service, permet, par l'intermédiaire d'un compte – notamment le compte ameli - de simplifier la connexion des internautes à plus de 1 000 services et administrations en ligne. Le vol d'identifiants de connexion à ce service constitue donc une opportunité pour les cybercriminels de prendre le contrôle d'autres comptes appartenant à la victime, avec l'objectif d'usurper son identité pour utiliser en son nom les services offerts par les autres plateformes, et ainsi réaliser des opérations frauduleuses.

⁵²⁶ VIARD-GUILLOT Louise, *82 % des internautes protègent leurs données personnelles en ligne*, INSEE Focus, 2022. « *Le fait de limiter les activités en ligne est plus répandu parmi les plus diplômés (86 % des titulaires d'un diplôme de niveau Bac+3 se limitent dans leurs activités, contre 69 % des personnes sans diplôme), les cadres et professions libérales (88 %, contre 74 % des ouvriers) et les plus aisés (81 % du cinquième le plus riche de la population, contre 75 % pour le cinquième le plus pauvre). Néanmoins, les plus aisés renoncent moins fréquemment que les autres à gérer leur compte bancaire en ligne à cause de craintes de sécurité* ».

⁵²⁷ IPSOS, *Étude sur la Protection des Données*, 2022.

⁵²⁸ Ce point n'est pas traité dans le présent rapport.

2. LIMITER LES RISQUES D'USURPATIONS D'IDENTITE, PAR LE DEPLOIEMENT D'UNE CULTURE DU RISQUE NUMERIQUE ET LA SECURISATION DES SITES

[391] **Développer une culture du risque numérique est indispensable tant pour les usagers du service public que pour les salariés des organismes.** La sphère de la protection sociale n'est évidemment pas la seule à participer à cette éducation. Elle doit néanmoins y prendre sa part.

2.1. Informer les usagers sur les risques et les aider à trouver les parades adaptées

[392] La limitation des risques passe, en premier lieu, par l'information des usagers sur les risques.

[393] **Tous les sites des organismes sont dotés de messages en matière de sécurité numérique**⁵²⁹. Ce sont souvent des messages nationaux (pour la CNAF, par exemple) qui peuvent être complétés par des messages locaux⁵³⁰. Ils en appellent à la vigilance, rappellent un certain nombre de bonnes pratiques (vérification de l'adresse de messagerie de l'expéditeur, de la forme des messages, caractère strictement personnel des mots de passe,...), précisent les règles que s'appliquent les organismes (nombre limité d'adresses ou de numéros de téléphone, pas de demande de mots de passe ou de coordonnées bancaires par mail ou téléphone, utilisation de la messagerie sécurisée...) et proposent des parades (usage du télépaiement plutôt que des virements, par exemple en URSSAF).

[394] **Si les informations sont disponibles, l'accès à cette information n'est pas toujours immédiat** : certains organismes ont positionné un message de vigilance à l'entrée du site⁵³¹, d'autres traitent la question dans des blocs dédiés, que les usagers ne vont pas nécessairement consulter quand ils ont des actions à mener sur les sites⁵³².

[395] **Dans ce contexte, il est très souhaitable de vérifier que l'accessibilité de l'information est suffisante et que les messages sont adéquats.** Il est nécessaire d'imaginer des contenus très pédagogiques, alors que ces fraudes se concentrent souvent sur des publics précaires, parfois très éloignés des outils numériques.

⁵²⁹ Voir, en annexe, des exemples extraits des sites des organismes On peut ajouter aux exemples figurant en annexe, pour la CCMSA, <https://www.msa.fr/lfp/web/msa/fraude-sur-internet> ou une vidéo de sensibilisation sur YouTube https://www.youtube.com/watch?v=_cxK104BU0c

⁵³⁰ Dans les URSSAF par exemple.

⁵³¹ Ainsi l'assurance maladie a-t-elle positionné un message à l'entrée du site Ameli.

⁵³² La mention apparaît sur le site de France Travail (rubrique « soyez vigilant »), sur le site URSSAF « Cybersécurité : l'URSSAF vous accompagne » ou sur le site de Pajeemploi (mais pas dans l'arborescence du site du CESU).

Recommandation n°69 : Garantir la bonne information des assurés sur les risques de cybersécurité en s'assurant au travers de focus group que les messages d'alerte figurant sur les sites internet sont suffisants et adéquats et en créant des contenus pédagogiques, au travers par exemple de tutoriels ou de webinaires.

[396] Les sites divergent principalement par l'environnement institutionnel auquel ils font référence : certains indiquent des sites pour s'informer, de manière générique, sur les risques (en particulier le site cybermalveillance.gouv.fr⁵³³) ; d'autres n'y font pas référence ; certains incitent à signaler les actes frauduleux sur des plateformes étatiques (Internet-signalement.gouv.fr⁵³⁴), ou non étatiques (Signalspam⁵³⁵, 33 700⁵³⁶) ; certains enfin invitent à porter plainte et à adresser un courrier au Procureur de la République.

[397] Cette hétérogénéité est le produit d'une absence de doctrine commune en matière de communication sur les risques de fraude. Une telle doctrine pourrait être utilement mise en œuvre, de telle sorte que soient partagées les notions à porter à la connaissance des usagers (par exemple : règles de prudence, signalement à des sites externes aux caisses, suites judiciaires suggérées aux assurés...)⁵³⁷.

[398] Le site Cybermalveillance.gouv.fr serait probablement le site à privilégier, dans la mesure où il s'agit d'assister des usagers victimes de cybermalveillance et d'aider ce public à se protéger. C'est d'ailleurs vers ce site qu'ont été mis à disposition les formulaires de lettres-plainte en ligne lors des incidents ayant touché Viademis, Almerys ou France Travail.

⁵³³ Cybermalveillance.gouv.fr a été créé en octobre 2017 dans le cadre de la Stratégie nationale pour la sécurité du numérique qui prévoyait la mise en place d'un dispositif national « destiné à porter assistance aux victimes d'actes de cybermalveillance ». Il a pour missions d'assister les particuliers, les entreprises, les associations, les collectivités et les administrations victimes de cybermalveillance, de les informer sur les menaces numériques et les moyens de s'en protéger. L'URSSAF renvoie vers ce site.

⁵³⁴ Portail PHAROS du ministère de l'intérieur, soit le portail officiel de signalement des contenus illicites de l'Internet.

⁵³⁵ Signal Spam constitue un réseau de confiance auquel se sont joints au fil des années les entreprises qui constituent la profession de l'e-mailing, les autorités publiques garantes de la protection des citoyens, et les associations professionnelles qui œuvrent pour la confiance envers les communications électroniques. [Membres de l'association ★ Signal Spam \(signal-spam.fr\)](http://Membres.de.l.association.Signal.Spam)

⁵³⁶ Conformément à l'article L224-51 du code de la consommation, tout fournisseur d'un service de communications vocales propose aux consommateurs avec lesquels il est en relation contractuelle un dispositif leur permettant de signaler, par messages textuels, les appels et messages textuels non sollicités émis par des professionnels et le numéro de téléphone de leurs émetteurs. Ces fournisseurs agrègent les signalements par numéro des émetteurs des appels et messages textuels non sollicités ainsi que par numéro auquel le consommateur est invité à envoyer un message textuel ou qu'il est incité à appeler. 33 700 est la plateforme de lutte contre les spams vocaux et SMS mise en place dans ce cadre par l'AF2M (Association Française pour le développement des services et usages Multimédias Multi-opérateurs) qui regroupe notamment, Orange ou SFR. Elle permet notamment de signaler un SMS ou un appel indésirable. 33700, [la plateforme de lutte contre les spams SMS et le démarchage téléphonique](http://la.plateforme.de.lutte.contre.les.spams.SMS.et.le.demarchage.telephonique)

⁵³⁷ L'information des usagers peut être appuyée par des actions de communication, tant sur le site des organismes concernés que par voie de presse des décisions judiciaires marquantes en matière de cyber-cybercriminalité.

Recommandation n°70 : Définir collectivement, au sein de la protection sociale, une doctrine de communication sur les risques de fraude à l'identité (signalement des usurpations d'identité aux structures en charge de la lutte contre la fraude, suites judiciaires...).

2.2. Assurer la prise en compte par les agents des organismes de sécurité sociale des impératifs de cybersécurité

[399] La sécurisation des données personnelles passe par la formation des agents des organismes aux problématiques de cybersécurité. C'est l'une des préconisations importantes du référentiel général de sécurité⁵³⁸, aux termes duquel : « *L'ensemble des agents d'une autorité administrative, et le cas échéant les contractants et les utilisateurs tiers, doivent suivre une formation adaptée sur la sensibilisation et recevoir régulièrement les mises à jour des politiques et des procédures qui concernent leurs missions. Cette formation doit permettre de réduire les risques liés à la méconnaissance des principes de base et des règles élémentaires de bonne utilisation de l'outil informatique. La sensibilisation du personnel doit être régulière* »⁵³⁹.

Une formation partielle aux problématiques de cybersécurité

Selon une enquête réalisée par Ipsos pour Terranova Security⁵⁴⁰ en 2022 auprès de cinq pays (France, Canada, États-Unis, Royaume-Uni et Australie), **près des deux tiers (62%) des salariés français n'avaient jamais reçu de formation à la cybersécurité.**

D'après l'étude, à peine plus d'un tiers (38 %) des personnes interrogées dans le monde déclarent que leur entreprise a mis en place un programme de sensibilisation à la cybersécurité obligatoire pour tous. Ce chiffre est particulièrement faible en France, où seuls 25 % des répondants travaillent au sein d'entreprises qui ont entrepris ce type d'actions. **45 % des entreprises françaises, selon l'étude, ne proposent aucun type de formation de sensibilisation à la cybersécurité** (contre 31% outre-Manche).

Ainsi, les répondants français ne sont que 29% à avoir terminé une formation de sensibilisation, quand la médiane entre tous les autres pays interrogés est de 49%. L'Australie arrive en tête, avec 51% des répondants ayant terminé leurs modules, 50% au Canada et au Royaume-Uni.

[400] L'Institut 4.10 propose plusieurs formations sur la politique de sécurité des systèmes d'information, comportant des spécificités en fonction du métier exercé (conseiller supports du SI, consultant d'exploitation, ingénieurs intégration

⁵³⁸ Le référentiel général de sécurité (RGS V2) définit un ensemble de règles de sécurité qui s'imposent aux autorités administratives dans la sécurisation de leurs systèmes d'information. Il propose également des bonnes pratiques en matière de sécurité des systèmes d'information que les autorités administratives sont libres d'appliquer. [Référentiel général de sécurité \(RGS\) | numerique.gouv.fr](https://numerique.gouv.fr).

⁵³⁹ À cet effet, l'ANSSI publie des bonnes pratiques pour l'application de principes de base en matière de sécurité des systèmes d'information : www.ssi.gouv.fr/fr/bonnes-pratiques/principes-generaux.

⁵⁴⁰ Enquête réalisée auprès de 4000 personnes âgées de 18 à 75 ans (2022).

production, administrateurs réseau..) ⁵⁴¹. La CNAM s'est fortement mobilisée pour promouvoir les formations aux politiques de sécurité des systèmes d'information : 10 sessions de formation ont été proposées en 2023 ; 43 organismes ont participé, également en 2023, à la formation « manager de la sécurité des systèmes d'information » ⁵⁴² La CCMSA sensibilise à la sécurité les nouveaux arrivants, effectue des campagnes régulières de sensibilisation à destination de tous les agents. Le plan stratégique des systèmes d'information du service public de la sécurité sociale pour la période 2023-2027 ⁵⁴³ se fixe comme objectif de mutualiser les moyens afin de sensibiliser l'ensemble des agents de la sécurité sociale aux problématiques de cyber risques et prévoit qu'« une charte commune pourra être définie ». **Un suivi de la mise en œuvre effective de ces formations est indispensable.**

Recommandation n°71 : Garantir des formations régulières et actualisées des agents aux problématiques de cybersécurité.

2.3. Préserver au mieux les données personnelles sur les sites internet, en prenant en compte l'accessibilité au droit pour l'ensemble des assurés, y compris ceux disposant de faibles capacités numériques

[401] Au-delà de l'action autonome des assurés sur la protection de leurs données personnelles et de la formation des salariés, les organismes ont un rôle important à jouer pour sécuriser leurs sites internet. Outre les actions ayant trait à la sécurité globale des serveurs ⁵⁴⁴, les caisses se doivent de protéger leurs usagers sur les portails qui leur sont destinés ⁵⁴⁵. **De nombreuses actions sont déployées en la matière, avec des pratiques parfois différentes.**

Exemples d'actions engagées ou en réflexion dans les caisses

- **Sécurisation des mots de passe, par l'exigence de mots de passe robustes (taille, caractères) et, en cas de nécessité par le changement des mots de passe** ⁵⁴⁶.

⁵⁴¹ Dans les CAF, les règles relatives à la gestion des RIB sont précisées dans la documentation métier, élément utile dans les cas de liquidation manuelle des RIB (contrôle ex ante par un agent).

⁵⁴² Avec un bon niveau de satisfaction sur la qualité du dispositif (8,5/10).

⁵⁴³ Arrêté du 19 septembre 2023.

⁵⁴⁴ Ces questions, essentielles, ne sont pas l'objet du présent document qui se concentre sur les interfaces entre organismes et usagers.

⁵⁴⁵ Au-delà des questions d'authentification des assurés, certains interlocuteurs ont insisté sur l'intérêt de garantir la confiance des usagers dans les mails qui leur sont adressés par les organismes. Ainsi, l'envoi de mails authentifiés et sécurisés par les organismes permettrait aux usagers de faire le tri entre les mails légitimes et les mails d'hameçonnage.

⁵⁴⁶ La CNAF a ainsi fait procéder à des changements de mots de passe en 2024 suite à des connections malveillantes : en février 2024, des personnes malveillantes se sont connectées à des comptes d'allocataires avec leurs mots de passe réels, volés et « mis à disposition » sur le « darkweb » (plusieurs milliers de comptes allocataires ont été visités de manière illégitime) ; Chaque allocataire dont il a été attesté que le compte a été visité a été contacté et son mot de

- **Sécurisation des coordonnées de contact en demandant à l’usager de saisir ses anciennes coordonnées ;**
Le dispositif est en place à la CNAF (envoi d’une notification croisée : quand l’allocataire modifie son numéro de téléphone, il est prévenu par mail / lorsqu’il modifie son mail, il est prévenu sur son numéro de téléphone). Ce dispositif est mis en place à la CCMSA (avec une notification croisée des changements de coordonnées sur tous les canaux)..Il est en place sur l’adresse mail dans Ameli et prévu pour le numéro de portable.
- **Mise en place de mots de passe à usage unique :** la CNAF a mis en place un OTP⁵⁴⁷ généré automatiquement. Ce procédé vise à sécuriser l’authentification d’un utilisateur et à s’assurer de son identité.
- **Systematisation de la double vérification d’identité.** Cette double vérification a été mise en place par France Travail pour les comptes employeurs et est en cours de réflexion pour les comptes personnels des demandeurs d’emploi. La CCMSA l’a mise en place pour France Connect et sa généralisation est en cours de développement pour l’accès au portail *Mon espace privé* pour la modification et la suppression RIB. L’URSSAF pratique la double vérification pour les employeurs, mais pas pour les travailleurs indépendants ou les particuliers employeurs.
- **Floutage partiel de certaines données personnelles** comme le RIB, le numéro de téléphone, le mail, l’adresse postale ou le NIR. Ces données étant personnelles, l’usager en a connaissance et n’a pas besoin de les visualiser en totalité sur son espace en ligne. A titre d’exemple, le RIB est aujourd’hui partiellement masqué sur le site CAF.fr La consultation de l’IBAN est partiellement floutée par la CCMSA. Un floutage partiel du RIB est en place pour la population des artisans et commerçants dans les URSSAF (pas pour les employeurs ni pour les particuliers employeurs). Le floutage n’est pas pratiqué par Pôle emploi. De nombreuses informations personnelles sont floutées dans le compte Ameli.
- **Sécurisation de la modification des RIB :** la CNAF demande à l’allocataire de renseigner son ancien IBAN ⁵⁴⁸. A France Travail, la procédure s’effectue en agence et des développements sont en cours à horizon 2025, en lien avec l’installation des flux DGFiP sur les RIB. Le changement de RIB sur le compte Ameli fait l’objet de mesures de sécurité accrues, au-delà de la connexion au compte Ameli (saisine du numéro de série de sa carte Vitale et d’un OTP⁵⁴⁷ reçu par mail ; mail de confirmation reçu par l’assuré après ce changement).
- **Mise en place d’une notification push** après un changement de RIB/de coordonnées de contact ; cette évolution est prévue par la CCMSA et en place pour le compte Ameli.
- **Notification à l’usager** lorsque l’appareil permettant la connexion est inconnu, pour le prévenir d’une connexion potentiellement frauduleuse afin que l’intéressé puisse procéder à la modification de son mot de passe personnel. Ce dispositif est en place à France Travail côté recruteur depuis octobre 2023. Il est en cours de développement à la CCMSA. Il n’est pas mis en œuvre à l’URSSAF. Toutes les connexions au compte Ameli via mot de passe font l’objet depuis avril 2022 d’un email qui prévient de la connexion.

passé réinitialisé afin de bloquer tout accès à son compte par une personne non autorisée. Le 22 février 2024, les CAF ont lancé une campagne d’incitation au changement de mot de passe auprès des allocataires. À compter du 8 mars 2024, changer de mot de passe deviendra obligatoire pour tous les allocataires qui ne l’ont pas encore fait, dès lors qu’ils se connecteront à leur compte. Les allocataires seront accompagnés par des tutoriels. Il est rappelé aux allocataires que : « un mot de passe sûr et fiable doit être : différent pour chaque site ; complexe (+ de 10 caractères et au moins un chiffre, une minuscule et une majuscule) ; impossible à deviner ; modifié régulièrement ; communiqué à personne, pas même à la CAF).

⁵⁴⁷ One Time Password.

⁵⁴⁸ Sauf si celui-ci a été certifié via l’API FICOBA. À noter que la durée va passer à 15 jours à compter de juillet 2024.

[402] Un cadre réglementaire⁵⁴⁹, piloté par l'ANSSI⁵⁵⁰, fixe les objectifs qui doivent être poursuivis en termes de sécurisation des sites⁵⁵¹, objectifs auxquels sont associées des bonnes pratiques⁵⁵² relayées notamment par la CNIL.

Un exemple de recommandation : les recommandations de la CNIL en matière d'authentification multifacteur

« [Le] mécanisme d'authentification peut être simple (un mot de passe par exemple) ou multifacteur (un mot de passe et un code reçu par SMS par exemple). (...) Le problème de l'authentification simple est que la sécurité repose sur un seul facteur. Par conséquent, si cet unique facteur d'authentification est compromis, un pirate pourra accéder librement à votre compte en ligne et aux données qu'il contient. Cela explique que les premières cibles d'attaque des pirates informatiques sont les identifiants de connexion (identifiant de compte – le plus souvent une adresse mail – et le mot de passe). (...).

« L'authentification multifacteur permet de renforcer la sécurité de l'accès à vos comptes grâce à l'ajout d'un ou de plusieurs facteurs d'authentification. L'utilisation de l'authentification multifacteur rend plus difficile le piratage d'un compte. En effet, même si un pirate informatique parvient à se procurer [l'] identifiant et [le] mot de passe, il ne pourra pas accéder [au] compte, faute de disposer du second facteur d'authentification⁵⁵³. Depuis fin 2019 (directive DSP2), les banques et les prestataires de services de paiement doivent mettre en œuvre une authentification multifacteur pour la plupart des paiements à distance, l'accès au compte ainsi que les opérations sensibles (ajout de bénéficiaire de virements, commande de chéquier, changement d'adresse, etc.).

Comme toute mesure de sécurité, l'authentification multifacteur n'est pas infaillible. Ainsi, ce mécanisme reste vulnérable à certaines attaques sophistiquées telles que l'hameçonnage en temps réel, l'interception des SMS contenant les codes d'authentification ou les attaques du type « SIM swapping » (ou « remplacement de carte SIM » en français). Cependant, elle réduit significativement le risque de fuite ou de réutilisation de données personnelles par rapport à une authentification simple. La CNIL recommande donc d'activer l'authentification multifacteur chaque fois qu'un service le propose ».

⁵⁴⁹ Tel que découlant du référentiel général de sécurité. Ce référentiel a été pris en application du décret n° 2010-112 du 2 février 2010, lui-même pris pour l'application de l'ordonnance n° 2005-1516 du 8 décembre 2005 relative aux échanges électroniques entre les usagers et les autorités administratives et entre les autorités administratives. Il a été publié par l'arrêté du 13 juin 2014 portant approbation du référentiel général de sécurité et précisant les modalités de mise en œuvre de la procédure de validation des certificats électroniques.

⁵⁵⁰ Agence nationale de la sécurité des systèmes d'information.

⁵⁵¹ « L'analyse de risques précise les besoins de sécurité du système d'information en fonction de la menace et des enjeux. La démarche d'analyse de risques consiste à identifier les événements qui peuvent affecter la sécurité du système, d'en estimer les conséquences et les impacts potentiels puis de décider des actions à réaliser afin de réduire le risque à un niveau acceptable. Les menaces¹ à prendre en compte sont celles qui pèsent réellement sur le système et sur les informations qu'il traite, transmet et stocke, dans l'environnement dans lequel il se situe. Lorsque le système d'information intègre des certificats électroniques ou de l'horodatage électronique, l'analyse des risques doit permettre de décider des usages (signature, authentification, confidentialité, etc.) et des niveaux de sécurité (*, ** ou ***) qui seront mis en œuvre ».

⁵⁵² Avec, en appui, de nombreux guides, par exemple : Mesures cyber préventives prioritaires, Recommandations relatives à l'authentification multifacteur et aux mots de passe...

⁵⁵³ « L'authentification multifacteur met en œuvre un facteur d'authentification supplémentaire associé à votre compte : à « ce que vous savez » (un mot de passe, par exemple) peut se combiner « ce que vous possédez ». Par exemple, un code reçu par mail ou par SMS, un jeton USB, une carte à puce. Le mécanisme multifacteur s'active généralement dans les paramètres de sécurité de votre compte. Une fois celui-ci activé, votre identité est vérifiée à deux reprises avant de pouvoir accéder au compte : une première fois, lorsque vous saisissez votre identifiant et votre mot de passe ; une seconde fois, au moyen d'un code d'authentification qui vous est adressé par SMS, par mail, par téléphone ou bien qui est généré via une application de code de validation installée sur votre matériel. Ce code est confidentiel. Il n'est valable, en principe, que quelques minutes ».

[403] Ce cadre n'impose pas les mesures concrètes à mettre en œuvre : celles-ci doivent être définies, en fonction de leur contexte, au niveau de chaque organisme, juridiquement seul responsable de la sécurité de son organisation. Ainsi, dans les organismes qui servent des prestations, les choix opérés doivent nécessairement prendre en compte la capacité du plus grand nombre d'utilisateurs à s'approprier et mettre en œuvre des procédures renforcées : les sécurités mises en place ne doivent pas conduire à bloquer tout accès au système et une gradation du niveau de sécurité selon l'objet doit être recherchée (identification simple pour des recherches d'information ; identification renforcée pour des changements de RIB, par exemple).

[404] Si l'on peut totalement concevoir des approches différentes selon les sujets et selon les organisations et si chaque organisme est ainsi libre des règles qu'il met en place, une réflexion commune apparaît néanmoins hautement souhaitable entre les réseaux pour trouver les meilleures parades et prioriser celles qui apparaissent les plus efficaces, sachant que la sphère de la protection sociale rencontre des problématiques communes (allocataires, assurés d'une part, employeurs, d'autre part). Cette mutualisation des expertises doit s'inscrire dans un enjeu commun : limiter le plus possible les données personnelles accessibles sur les sites⁵⁵⁴.

[405] Sans naturellement se prononcer sur le sujet de manière opérationnelle, le HCFiPS note, suite aux échanges qu'il a pu avoir sur ces questions lors de l'élaboration du présent rapport, que, de manière générale, le déploiement de solution d'authentification à deux facteurs apparaît comme particulièrement efficace face au risque d'usurpation d'identité. La relative lourdeur de la création et de l'utilisation de ce type de moyen d'authentification peut néanmoins représenter un frein à l'adoption de ce type de solution, d'autant plus dans le contexte de publics précaires⁵⁵⁵.

Recommandation n°72 : Mettre en place un échange entre caisses sur les meilleures parades au risque cyber et rechercher une harmonisation des approches.

3. DETECTER AU PLUS TOT LES RISQUES D'USURPATION

[406] L'action « en amont » sur la sécurisation de l'identité est de nature à limiter les tentatives d'usurpation : elle n'est pas en revanche une « assurance tous risques ». Elle doit se doubler d'actions de détection qui permettent d'éviter, autant que faire se peut, les actions frauduleuses.

⁵⁵⁴ Déjà effectué à France Travail ; les coordonnées mail sont masquées sur le site.

⁵⁵⁵ Ce type de réflexion dépasse, par ailleurs, le seul champ de la protection sociale. Il s'étend a minima à tous les services publics (voir actualité récente du piratage des Espaces numériques de travail dans l'éducation nationale (<https://www.education.gouv.fr/securite-des-espaces-numeriques-de-travail-ent-mesures-et-conseils-414030>)).

3.1. Détecter au plus tôt les usurpations d'identité

[407] Élément souvent évoqué dans les risques d'usurpation, les fraudes à l'identité sont particulièrement complexes à détecter : les usagers peuvent n'avoir aucune conscience que leur identité a été usurpée, notamment quand ils ne sont pas, *a priori*, éligibles à des prestations : aucun signalement n'intervient alors auprès de la caisse qui peut être amenée à verser des prestations de manière durable.

Le déroulement classique d'une usurpation d'identité : l'exemple des CAF

Etape 1 : Récupération d'une véritable ou d'une fausse identité

Les documents d'identité sont majoritairement dérobés via internet, le plus souvent par la méthode du phishing ou par le piratage d'une base de données. *Exemple : un étudiant recherchant une location immobilière sur Leboncoin.fr envoie ses données personnelles sans sécurisation pour postuler à une annonce.*

Etape 2 : Création des supports de fraude

L'usurpateur crée, à l'aide de véritables ou de faux documents d'identité, une demande de RSA et/ou de PPA sur le CAF.fr.

Finalité de la fraude : La mise en paiement du RSA et/ou de la PPA.

Source : CNAF

[408] Malgré cette difficulté, la CNAF a recensé en 2022 2 318 cas d'usurpation d'identité⁵⁵⁶, pour un préjudice de 3,7 M€, avec une incidence financière moyenne de 1 600€ par dossier (1 300€ pour les dossiers de PPA et 1 900€ pour les dossiers de RSA).

[409] Afin d'optimiser la détection, l'approche des pouvoirs publics consiste à mobiliser l'ensemble des signalements possibles, notamment sous l'égide de la MICAF⁵⁵⁷, et une démarche qui se déploie au niveau local, en particulier au sein des CODAF⁵⁵⁸. France Travail a pu relater l'intérêt des approches territoriales⁵⁵⁹, avec l'exemple d'un partenariat mis en place entre un service fraude régional et une

⁵⁵⁶ Établi au 01/10/2023.

⁵⁵⁷ La MICAF pilote à cet effet un Groupe Opérationnels nationaux anti-fraude (GONAF) consacré à la fraude documentaire et à l'identité. Conformément à l'objet des GONAF, il a vocation à favoriser le décloisonnement des approches par le partage d'informations et d'analyses, l'établissement de cartographies communes des risques, l'élaboration des stratégies d'actions et d'enquêtes coordonnées. Dans ce cadre, la direction nationale de la police aux frontières et le Service National de Renseignement Criminel de la Gendarmerie partagent avec les parties prenantes une liste d'individus connus pour des faux documents.

⁵⁵⁸ Les échanges d'informations entre les partenaires dont ceux relatifs à la fraude documentaire et à l'identité ont été portés par la MICAF comme une priorité d'action des CODAF dans le cadre de la circulaire du 27 avril 2021. Le bilan 2022 des CODAF, établi par la MICAF, met notamment en évidence que 1000 signalements ont été effectués par les services préfectoraux.

⁵⁵⁹ Hors CODAF.

préfecture : ce partenariat a permis de détecter un nombre conséquent de situations d'usurpations d'identité et de bloquer les versements d'allocations indues.

[410] Pour être pleinement efficace, cette démarche doit s'accompagner d'une homogénéisation des pratiques des CODAF, dont la composition et le dynamisme demeurent variables sur le territoire.

Recommandation n°73 : Prévoir un échange systématique au sein des CODAF sur la fraude à l'identité.

3.2. Détecter au plus tôt les RIB frauduleux⁵⁶⁰

[411] **La question des usurpations d'identité est habituellement couplée à celle des usurpations de coordonnées bancaires** : dans la sphère de la protection sociale, l'usurpation d'identité bancaire a pour objet principal de détourner les fonds versés aux assurés sociaux, en substituant, une fois l'identité usurpée, un RIB frauduleux au RIB de la personne. Cette usurpation est, *a priori*, plus facile à détecter que celle des usurpations d'identité : dans le cas d'une usurpation de RIB, les usagers du service public sont généralement privés d'une somme qu'ils attendaient –ce qui les conduit à signaler cette situation auprès des organismes qui peuvent s'emparer immédiatement du sujet⁵⁶¹.

L'usurpation de RIB est aujourd'hui le risque cyber le plus craint par les Français⁵⁶².

[412] L'usurpation de RIB de particuliers est un phénomène croissant : comme le remarque le GIP « Action contre la cybermalveillance », « *la fraude au RIB était*

⁵⁶⁰ D'autres objectifs de sécurisation pourraient être évoqués s'agissant des conditions d'accès aux portails. Ainsi, à partir de fin juin 2023, de nouvelles mesures ont été mises à place pour renforcer la sécurité des accès aux services du compte ameli-pro. Ces mesures concernent à la fois les professionnels de santé et les utilisateurs bénéficiant de délégations d'accès (les comptables). Concrètement, à partir de la fin juin, les comptes ameli-pro non utilisés depuis plus de 6 mois seront bloqués. Par exemple, si en septembre 2023, le professionnel de santé ne s'est pas connecté à son compte ameli-pro depuis mars 2023, alors le compte sera bloqué ; les comptes considérés comme suspects seront bloqués. Il s'agit de comptes qui ne respectent pas les règles de sécurité du système d'information de l'Assurance Maladie. L'Assurance Maladie invite les professionnels de santé à se connecter régulièrement sur ameli-pro pour maintenir leur compte actif.

⁵⁶¹ Dans le même esprit, des allocataires radiés découvrent par les impôts avoir reçu des allocations alors qu'ils n'étaient pas à l'origine de la demande.

⁵⁶² Parmi les différents risques cyber, 42% des Français considèrent que le vol d'informations bancaires est le risque le plus important (lorsqu'ils répondent à la question : Que craignez-vous le plus en matière de sécurité numérique ?). Sondage Opinionway pour FIC, Les Européens et leur perception des risques cyber, sondage réalisé auprès de 206 personnes en France, 2022. Le hack de leurs données bancaires (88%), le vol d'argent (87%) et l'usurpation d'identité (86%) arrivent en tête des craintes citées par les Français en cas de piratage de leur ordinateur. Plus de 7 sur 10 (72%) redoutent également de voir subtilisés leurs identifiants sur les réseaux sociaux et 6 sur 10 (59%) leurs données médicales- IPSOS- Étude sur la Protection des Données 2022 - Galeon

jusqu'alors un phénomène principalement observé chez les publics professionnels. Depuis 2022, il touche aussi en nombre des particuliers »⁵⁶³.

Une action importante des caisses sur les usurpations de RIB

[413] C'est pour contrer ce développement que le Service National de la Lutte contre les Fraudes à enjeux (SNLFE) de la CNAF s'est saisi de cette question dès sa création. **Ce sujet est un point d'attention fort dans tous les organismes, qui ont tous été amenés à s'interroger sur le processus de gestion des RIB tant à l'entrée dans le système que lors des changements de coordonnées bancaires, avec des réponses aujourd'hui distinctes :** alors que les CAF ou les CPAM acceptent des changements de RIB sur le compte en ligne ou à partir d'une application mobile⁵⁶⁴, les CARSAT ne procèdent à des changements de RIB que par courrier, quand France Travail exige que le changement de RIB soit effectué en agence. La CCMISA ouvre, pour sa part, un service modification RIB à compter de 2024, avec un certain nombre de mesures de sécurité.

[414] Ces différences de pratiques s'expliquent notamment par la nature des prestations servies (sur un temps long pour la retraite, sur des temps beaucoup plus contraints, par exemple pour les CAF) : il s'agit ici de trouver le bon équilibre entre accès facilité au droit et sécurisation des accès.

[415] **Plus l'accès est facilité, plus les organismes doivent s'astreindre à mettre en place des parades qui permettent de s'assurer, avant paiement, de la pertinence du RIB :** certaines de ces sécurités sont gérées au stade de la réception des données bancaires, dans le cadre de la sécurisation des sites des caisses⁵⁶⁵, d'autres peuvent être mises en place à l'occasion des virements (avec des stratégies de contrôle permettant de s'assurer qu'un RIB n'est pas utilisé par plusieurs individus, le blocage immédiat des RIB suspects sur l'ensemble du réseau...).

[416] Selon France Travail, ces stratégies permettent de détecter 80% des RIB frauduleux, et d'intervenir, parfois avant même que le versement ne soit réalisé. La CNAF mentionne pour sa part 5972 cas d'atteintes aux coordonnées bancaires

⁵⁶³ En 2022, l'article de [Cybermalveillance.gouv.fr](https://cybermalveillance.gouv.fr) qui décrit comment faire face à cette menace a été consulté plus de 41000 fois, une augmentation de 37 % par rapport à l'année 2021.

Dans le même sens, l'observatoire de la sécurité des moyens de paiement note : « *Le virement enregistre une nouvelle hausse annuelle des montants de fraude (9 %). Le taux de fraude reste extrêmement bas (0,001%) en raison de la valeur significative des montants échangés. En effet, le virement est le principal instrument utilisé par les entreprises et les administrations* ». [Rapport annuel de l'observatoire de la sécurité des moyens de paiement 2022.pdf](#)

Également dans le même sens, la Cour des comptes a noté que « *les organismes de protection sociale sont également soumis à des risques croissants et importants, comparés à l'ensemble des secteurs économiques : les montants détectés de détournement de virements dans la sphère sociale (de l'ordre de 4 M€ en 2020) représentent 2,5 % du total, tous secteurs confondus, mesuré par la Banque de France. C'est un peu plus que la part en valeur des règlements par virements bancaires des organismes de protection sociale dans le total des règlements par virements bancaires (2 %). Ces montants concernant seulement les détournements détectés, il est probable que la fraude réelle à l'identité bancaire dans la sphère sociale porte sur des montants plus élevés* ». Cour des comptes, *Référé n°S2022-0179*, 2022.

⁵⁶⁴ Si le changement de RIB peut être effectué via le compte Ameli (Web ou smartphone) à la CNAM, le délai de prise en compte du changement y est de 48 heures.

⁵⁶⁵ Voir ci-dessus.

identifiés en 2022, pour plus de 600 000 € de préjudice constaté, et plus de 3 M€ de fraude évitée (correspondant aux sommes qui auraient été versées le mois suivant si les RIB n’avaient pu être stoppés) : cet écart illustre l’efficacité de cette approche préventive, puisqu’elle permet, dans une large mesure, d’éviter la réalisation du risque.

Les préjudices subis et évités en matière de RIB frauduleux dans la branche Famille

Année	Nombre d'attaques	Nombre de dossiers	IF réel	Nombre de dossiers	IF réel moyen	IF évité	Nombre de dossiers	IF évité moyen
2022	5972	3282	614 559 €	766	802 €	3 123 091 €	2488	1 255 €
2023	4035	2641	497 515 €	563	884 €	2 583 888 €	2020	1 279 €

Source : CNAF- décembre 2023

Note de lecture : Une attaque peut concerner plusieurs dossiers.

L’action des pouvoirs publics se concentre aujourd’hui sur les croisements avec Ficoba⁵⁶⁶

[417] L’objectif poursuivi est de procéder à des croisements de masse permettant de vérifier de manière automatisée la conformité des coordonnées bancaires utilisées par les organismes sociaux, que ce soit sur le flux de coordonnées nouvelles ou modifiées ou sur le stock des coordonnées acquises de longue date⁵⁶⁷. Pour sécuriser juridiquement ce processus, la LFSS pour 2023 a modifié l’article L152 du Livre des Procédures Fiscales pour que les agents des administrations fiscales « *communiquent les informations nominatives* » nécessaires aux institutions de protection sociale en vue de « *la vérification de la cohérence entre les coordonnées bancaires communiquées en vue d'un paiement et l'identité du bénéficiaire de ce dernier* ».

Les croisements avec Ficoba

Le fichier des comptes bancaires (FICOBA), tenu par la DGFiP, recense l’ensemble des comptes bancaires ouverts en France et contient des informations (nom, prénom, adresse, date et lieu de naissance) sur leurs titulaires, qu’ils soient ou non-résidents français⁵⁶⁸. FICOBA comprend les coordonnées de 400 millions de comptes bancaires domiciliés en France (comptes classiques, coffres forts, néobanques qui délivrent des IBAN...)⁵⁶⁹.

Pour les caisses, l’utilisation de Ficoba en vue de procéder à des vérifications en masse de l’identité bancaire est récent. Comme le notait la Cour des comptes en 2022, « *aucun des (...) organismes - caisses*

⁵⁶⁶ FICOBA a été créé en 1971 et informatisé en 1982 en application de l’arrêté du 19 mai 1980 relatif à la mise en place d’un système automatisé de gestion du fichier des comptes bancaires. L’ouverture des accès à FICOBA, qui a débuté en 2008 pour les premiers organismes, a été finalisée en 2010 pour toutes les caisses nationales: ACOSS, CNAF, CNAMTS, CNAV, CCMSA, RSI et CNIEG. L’accès en est également ouvert à France Travail depuis l’arrêté ministériel du 17 octobre 2013. Le fichier est régi par les dispositions de l’article 1649 A du code général des impôts et des articles 164 FB et suivants de l’annexe 4 du code général des impôts.

⁵⁶⁷ Ministère de l’économie, Feuille de route « lutte contre toutes les fraudes aux finances publiques », mai 2023.

⁵⁶⁸ FICOBA ne permet pas en lui-même d’avoir des informations sur le contenu des comptes : le fichier ne recense pas les opérations effectuées sur le compte ou sur son solde.

⁵⁶⁹ Ministère de l’économie, Feuille de route « lutte contre toutes les fraudes aux finances publiques », mai 2023.

Conformément aux 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 clientèle (Cour des comptes, *La lutte contre les fraudes aux prestations sociales* 2020).

d'allocations familiales, caisses d'assurance maladie, caisses et autres organismes de retraite, France Travail - n'a procédé au rapprochement de son stock de coordonnées bancaires avec le fichier Ficoba et n'effectue de manière systématique celui des nouvelles coordonnées reçues»⁵⁷⁰ : soulignant qu'il était prévu que les organismes de protection sociale puissent, de manière automatisée, interroger Ficoba et récupérer les données d'identité bancaire, la Cour note que le principe de ce projet avait été arrêté il y a plus de dix ans, que les travaux techniques de spécification puis de développement avaient débuté il y a sept ans, mais que dix reports successifs de la date de mise en service des échanges étaient intervenus entre 2018 et 2021.

La question est aujourd'hui réglée sur le plan des principes et tous les organismes sont désormais en mesure d'effectuer les croisements de fichiers⁵⁷¹.

Pour la CNAF, la généralisation a été déployée en février 2024 pour le périmètre suivant : changements de coordonnées bancaires réalisés par les allocataires, demandes de prime à la naissance, demandes de prestations familiales pour les primo demandeurs. A compter du 18 mars 2024, tous les RIB papier traités après cette date (allocataires et tiers) seront également vérifiés grâce à l'API mise à disposition sur le poste de travail des agents CAF.

Pour la CNAM, la vérification doit être effectuée dès l'inscription. Le contrôle de masse (sur le stock) est envisagé, sans que l'échéance ne soit encore fixée.

Pour l'URSSAF, la généralisation des contrôles au fil de l'eau par rapprochement avec Ficoba est prévue à l'horizon 2024⁵⁷².

Pour la CNAV, le déploiement est prévu en mars 2024 sur les sites pilotes avec une généralisation progressive d'avril à juin 2024 sur les autres caisses.

Le contrôle FICOBA est prévu pour la MSA en septembre 2024. Il devrait être opérationnel fin 2024 à France Travail (d'ici là, seuls les auditeurs et contrôleurs des services prévention et lutte contre la fraude peuvent accéder au portail pour des vérifications individuelles de situations à risque).

Encadré réalisé en mars 2024

Recommandation n°74 : Poursuivre la montée en charge des croisements de données avec FICOBA, pour sécuriser les RIB au plus tôt.

[418] Si ce rapprochement doit permettre de limiter fortement le risque d'usurpation pour les comptes bancaires ouverts en France, le dispositif n'est pas opérant pour les comptes ouverts à l'étranger (Ficoba ne recensant que les comptes ouverts en France). Or le contrôle est particulièrement complexe pour les comptes à l'étranger –dès lors que les interlocuteurs, notamment bancaires, sont plus difficiles à identifier, et la capacité à récupérer les sommes, extrêmement réduite. Cette difficulté à contrôler

⁵⁷⁰ Cour des comptes, *Référé n°S2022-0179*, 2022.

⁵⁷¹ La majorité des problèmes techniques et juridiques sont résolus. Les caisses mettent désormais la priorité sur le déploiement à l'échelle et l'intégration du contrôle automatique dans les process métier. Dans un second temps, les travaux portent sur l'ouverture à d'autres modes d'interrogation (par la personne physique, morale, SIRET).

⁵⁷² L'URSSAF s'est d'ores et déjà dotée d'un référentiel des coordonnées bancaires branché avec Ficoba sont l'objectif est de certifier les RIB avec les données Ficoba.

les comptes à l'étranger a pu conduire certains organismes à refuser des IBAN étrangers⁵⁷³.

[419] Pour réduire cette difficulté, la LFSS pour 2023⁵⁷⁴ a interdit les versements sur des comptes bancaires situés hors zone SEPA⁵⁷⁵ pour les prestations servies sous condition de résidence (la mesure concerne les prestations familiales, le RSA⁵⁷⁶, la Puma, la complémentaire santé solidaire, l'allocation de solidarité aux personnes âgées et l'allocation supplémentaire d'invalidité ; elle ne concerne pas les retraites).

[420] Le dispositif ne règle en revanche pas la question des comptes bancaires non domiciliés en France mais dans la zone SEPA : alors que le droit communautaire prohibe, comme a pu notamment le rappeler le Défenseur des droits⁵⁷⁷, toute différence d'approche au sein de la zone SEPA, les possibilités de contrôle sur les comptes ouverts dans cette zone sont considérablement réduites, faute d'accès à un fichier les recensant. Le sujet n'est pas anecdotique : selon la CNAF⁵⁷⁸, les RIB frauduleux concernent pour 1/3 des RIB européens, pour 2/3 des RIB français⁵⁷⁹.

L'interdiction de toute discrimination à l'IBAN⁵⁸⁰ en zone SEPA

Depuis 2012⁵⁸¹, les virements et les prélèvements doivent être acceptés vers et depuis tous les comptes de la zone SEPA, sans discrimination⁵⁸². La DGCCRF⁵⁸³ est chargée de la bonne application de cette réglementation : depuis le 8 octobre 2021⁵⁸⁴, elle a notamment compétence pour sanctionner financièrement toute personne privée ou publique qui n'appliquerait pas ce principe de non-discrimination (avec une amende administrative pouvant aller jusqu'à 375 000€ pour les personnes morales⁵⁸⁵). La DGCCRF et le CNMP incitent par ailleurs toute victime de discrimination à l'IBAN à se

⁵⁷³ Ce sujet est notamment relayé par Wise, spécialiste des transferts d'argent internationaux, qui a lancé en 2021 un site acceptmyiban.org, où les usagers sont invités à signaler des cas de discrimination. Sur 2 000 plaintes enregistrées au 13 avril 2022, dont 750 concernant des acteurs français, le secteur public (impôts, CAF,..) pèserait pour un quart.

⁵⁷⁴ Article L.114-10-2-1 du code de la sécurité sociale : entré en vigueur le 1er juillet 2023 : « Lorsqu'elles sont délivrées sur un compte bancaire ou financier, les allocations et prestations soumises à condition de résidence en France et servies par les organismes mentionnés à l'article L. 114-10-1-1 sont exclusivement versées sur des comptes domiciliés en France ou dans l'espace unique de paiement en euros de l'Union européenne et identifiés par un numéro national ou international de compte bancaire ».

⁵⁷⁵ Espace unique de paiement en euros de l'Union européenne (Single Euro Payments Area). La zone SEPA comprend les 27 pays de l'Union européenne, les pays de l'Association européenne de libre échange (Islande, Liechtenstein, Norvège, Suisse), ainsi que la Principauté de Monaco, la Principauté de Saint-Marin et le Royaume-Uni. [Le virement SEPA \(banque-france.fr\)](http://banque-france.fr)

⁵⁷⁶ Avant même cette mesure, les CAF n'acceptaient déjà que les RIB SEPA.

⁵⁷⁷ Défenseur des droits, décision 2018-187 du 22 juin 2018 ; décision 2018-159 du 4 juin 2018.

⁵⁷⁸ Chiffres des RIB frauduleux au 1er février 2024.

⁵⁷⁹ Soit un volume de 7 187 lignes avec FR et de 2 393 IBAN FR uniques.

⁵⁸⁰ L'IBAN (« International Bank Account Number ») est l'identifiant international du compte bancaire auprès d'une institution financière dans un pays donné.

⁵⁸¹ Avec l'entrée en vigueur du règlement UE n°260/2012 du 14 mars 2012 établissant des exigences techniques et commerciales pour les virements et les prélèvements en euros.

⁵⁸² « La DGCCRF et le CNPS rappellent le droit des consommateurs à utiliser un compte domicilié dans un autre pays d'Europe pour leurs prélèvements ou virements », 2021, [CP-CNPS-DGCCRF.PDF \(economie.gouv.fr\)](https://www.dgccrf.fr/CP-CNPS-DGCCRF.PDF)

⁵⁸³ Et le Comité national des paiements scripturaux (CNPS), devenu le Comité national des moyens de paiement en novembre 2022.

⁵⁸⁴ Loi portant diverses dispositions d'adaptation du droit de l'Union européenne dans le domaine des transports, de l'environnement, de l'économie et des finances n°2021-1308 du 8 octobre 2021.

⁵⁸⁵ Article L362-1 du code monétaire et financier.

signaler via le site « SignalConso ». Cette règle s'applique quel que soit l'acteur financier, y compris lorsqu'il s'agit de néobanques dotées d'IBAN étrangers.

[421] L'autre limite soulignée par les caisses est le délai de déclaration imposé aux banques qui est actuellement de 30 jours. Il est jugé bien trop long, un allocataire pouvant modifier ses coordonnées bancaires aisément pendant ce laps de temps⁵⁸⁶. Il devrait être réduit prochainement à 7 jours⁵⁸⁷.

Vers la création d'une base nationale des RIB frauduleux

[422] Parallèlement à ces évolutions, la sphère de la protection sociale s'organise de telle sorte que la détection de RIB frauduleux soit partagée au sein de chaque réseau ou entre réseaux⁵⁸⁸ : dans le cadre des fraudes à enjeux détectées par les organismes de protection sociale, il est en effet constaté que les mêmes comptes bancaires, créés à partir de fausses identités ou d'identités usurpées, peuvent être utilisés avec des stratagèmes de fraude différents au préjudice de multiples organismes.

La mutualisation des RIB frauduleux dans chacun des réseaux : l'exemple de la CNAF

La CNAF :

- a créé une base nationale informatique dans laquelle sont inscrits les RIB frauduleux afin de bloquer les paiements. Dès qu'une CAF détecte un RIB frauduleux, elle l'inscrit dans cette base ce qui bloque immédiatement les paiements au niveau national. Un passage hebdomadaire automatique permet de s'assurer que des paiements n'ont pas eu lieu avant le blocage dans la base. Le RIB peut en être retiré s'il apparaît que l'inscription a eu lieu à tort.

- gère cette question notamment dans le cadre du Service National de lutte contre les fraudes à enjeu – qui centralise les actions et les procédures.

En 2023, 4084 RIB ont été saisis dans la base au total (849 par les CAF, 3235 par le SNLFE soit 79 %).

[423] La feuille de route du plan de lutte contre les fraudes de 2023 prévoit en ce sens la mise en place d'une base interministérielle de RIB frauduleux. Pour ce faire, un groupe de travail a été réuni par la MICAF, avec pour objectif de créer, *a minima*, cette base au sein des organismes de « protection sociale ».

Mettre en place une base interministérielle de RIB frauduleux : mesure 11 de la feuille de route⁵⁸⁹ :

Les fraudes reposant sur l'usage des RIB frauduleux concernent non seulement la sphère sociale, en matière de prestations sociales, mais aussi fiscale dans les domaines de la fiscalité des particuliers et des professionnels (par exemple, lors du versement de réductions d'impôt ou de crédits d'impôt, ou lors du remboursement de crédits de TVA), ainsi que tous les organismes chargés du versement des aides

⁵⁸⁶ Par ailleurs, Ficoba n'offre pas une garantie absolue à un moment T : FICOBA étant alimenté par déclaration des banques, il peut arriver que certains RIB n'y figurent pas car la banque ne les a tout simplement pas, encore, saisis.

⁵⁸⁷ Dans le cadre de Ficoba 3.

⁵⁸⁸ Via la MICAF.

⁵⁸⁹ Ministère de l'économie, Feuille de route « lutte contre toutes les fraudes aux finances publiques », mai 2023.

publiques ou de payer des fournisseurs. Ces fraudes commises au travers de RIB frauduleux impactent également le secteur bancaire.

Si chaque service dispose d'une liste de RIB frauduleux connus, aucun registre mutualisé n'existe aujourd'hui au sein de l'État et de la sécurité sociale. Une base commune interservices des RIB frauduleux permettrait à chaque service en charge d'un versement de bloquer les paiements sur des RIB frauduleux détectés par les différents réseaux de manière réactive. La MICAF conduit cette réflexion avec ses partenaires de la sphère sociale et fiscale ainsi qu'avec Tracfin mais aussi avec la Banque de France dans le cadre d'un groupe de travail interministériel portant sur les fraudes à enjeux.

Dans ce cadre, les premières mutualisations de RIB frauduleux en matière de fraudes sociales ont été réalisées. La mesure consiste à créer une base unique des RIB frauduleux au sein de la sphère sociale et à l'interconnecter avec les RIB identifiés par l'administration fiscale. A terme, les travaux porteront sur son ouverture à l'ensemble des organismes verseurs d'aides.

[424] Selon les précisions apportées par la MICAF, les travaux de cadrage technique, juridique et fonctionnel ont démarré dans la perspective d'une mise en place avant 2027. Il s'agit d'organiser les échanges en premier lieu au niveau des OPS en lien avec la DSS, puis entre les organismes de protection sociale et la sphère fiscale. Une extension à d'autres partenaires sera ensuite envisagée. De nombreux éléments restent à trancher, notamment qui sera en charge de la base mutualisée côté protection sociale.

Des actions qui devront être repensées en lien avec les nouvelles actions de sécurisation qui vont entrer en vigueur dans le secteur bancaire

[425] **L'ensemble de ces actions devra être complété et repensé avec les nouvelles dispositions de sécurisation des paiements qui doivent entrer prochainement en vigueur.** Les banques vont être tenues de vérifier, avant paiement, la concordance entre le nom du détenteur du compte et l'IBAN sur lequel le virement doit être opéré : le dispositif permettra donc de sécuriser en amont les virements pour éviter les usurpations, ce sur l'ensemble de la zone SEPA.

Un accroissement de la sécurisation des paiements

Le règlement européen sur les paiements instantanés a été adopté par les législateurs européens en février 2024 et publié au Journal Officiel de l'union Européenne le 19 mars 2024, et entrera en application à compter du 8 avril 2024.

Parmi les dispositions prévues par ce règlement figure notamment la vérification systématique, par la banque émettrice d'un virement, de la concordance entre l'IBAN et le nom du détenteur du compte vers qui le virement est effectué. Cette vérification concerne tous les virements dans les pays de la zone SEPA⁵⁹⁰ et concerne tous les prestataires de service de paiement⁵⁹¹. La banque émettrice ou le PSP

⁵⁹⁰ Un virement vers un pays hors Europe ne donnera pas lieu à vérification.

⁵⁹¹ Actuellement, les PSP n'ont pour obligation que de vérifier si les bénéficiaires de virement ne sont pas sur une liste conçue pour la lutte contre le blanchiment des capitaux, le financement des activités terroristes, les loteries, jeux et paris prohibés et l'évasion et la fraude fiscales, liste bloquante pour le virement.

(Prestataire de service de Paiement) émetteur devra vérifier sans surcoût pour ses clients (particuliers et professionnels) la concordance entre nom et IBAN (« IBAN/Name Check ») avant de procéder au virement⁵⁹². Ce mécanisme de vérification doit être opérationnel à l'échelle européenne sous un délai de 18 mois à compter de l'entrée en application du règlement, soit au plus tard le 8 octobre 2025.

[426] Cette évolution présente *a priori* un intérêt majeur en termes de sécurisation des RIB. Son implémentation doit être impérativement travaillée entre les organismes et leurs banques. L'enjeu est de vérifier que les nouvelles dispositions puissent être rapidement opérationnelles, sans risques de bloquer trop de paiements (pour des raisons purement techniques) et, par suite, de les retarder. Certains organismes ont pu souligner les difficultés d'ores et déjà rencontrées sur la mise en place des croisements Ficoba (qui peuvent générer de faux comptes en anomalie, pour de simples raisons orthographiques, par exemple) et leur crainte que ces difficultés ne se reproduisent lors de la mise en œuvre des nouvelles règles.

Recommandation n°75 : Préparer conjointement entre les organismes de protection sociale et la Banque de France la mise en place, au sein des organismes, des nouvelles obligations bancaires relative à la sécurisation des RIB.

[427] Les nouvelles dispositions introduites dans le cadre bancaire clarifient par ailleurs les responsabilités des acteurs : il règne aujourd'hui un certain flou dans les organismes s'agissant des conséquences à tirer des usurpations d'identité. Certains font valoir que, juridiquement, les sommes dues ont bien été versées et qu'elles ne peuvent l'être une seconde fois sur le « bon » compte de l'assuré dès lors que celui-ci n'a pas été assez vigilant. D'autres soulignent la nécessité de procéder au reversement au bon allocataire / cotisant des sommes déjà versées, en demandant à cet allocataire/ cotisant de porter plainte⁵⁹³⁵⁹⁴. Dans ces cas, les organismes versent les sommes deux fois : à l'usurpateur⁵⁹⁵ et à l'usager du service public.

⁵⁹² « Certaines caractéristiques du nom du bénéficiaire sur le compte duquel le payeur souhaite faire un virement peuvent accroître la probabilité que le prestataire de services de paiement détecte une divergence, notamment la présence de signes diacritiques ou l'existence de plusieurs translittérations possibles du nom dans différents alphabets, le fait que le nom d'usage diffère du nom indiqué sur les documents d'identité officiels dans le cas d'une personne physique, ou le fait que le nom commercial diffère de la dénomination sociale dans le cas d'une personne morale. Afin d'éviter que le traitement de virements ne soit indûment bloqué et de faciliter la décision du payeur de procéder ou non à l'opération envisagée, les prestataires de services de paiement devraient préciser le degré de cette divergence, en indiquant dans la notification s'il y a absence de concordance ou « quasi-concordance ».

eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/PDF/?uri=CONSIL:ST_11222_2023_INIT&qid=1709841802649

⁵⁹³ Pour France Travail, la preuve de la plainte doit être apportée.

⁵⁹⁴ Pour éviter tout risque de collusion : CNAF, URSSAF par exemple.

⁵⁹⁵ Au près duquel les sommes sont difficilement récupérables. Leur possibilité de récupérer les fonds est extrêmement limitée : la procédure de recall (rappel des fonds), prévue par la réglementation, est en effet souvent inopérante, en particulier parce que le compte sur lequel les fonds ont été versés est souvent vidé immédiatement après le virement par le fraudeur. Il est donc impossible pour la banque de retourner les fonds. De plus, l'exécution du recall est opérée après accord du titulaire du compte bénéficiaire.

[428] Les nouveaux textes prévoient explicitement que si le titulaire du compte émetteur (les caisses prestataires dans les cas qui nous intéressent) choisit de procéder au virement alors que la non-concordance entre l'IBAN et le titulaire du compte est indiquée par le prestataire de services de paiement, il en supporte la responsabilité et renonce à l'application d'un éventuel mécanisme de remboursement en cas de fraude. À l'inverse, si le prestataire de service de paiement n'a pas été en mesure de procéder à la confirmation de la concordance ou non entre ces informations ou a fourni une information erronée, il sera tenu de rembourser intégralement le titulaire du compte émetteur en cas de fraude.

3.3. S'assurer que l'usage de RIB frauduleux ne recouvre pas des fraudes plus larges, notamment des fraudes en bande organisée

[429] La fraude aux RIB est rarement une action unique : elle s'inscrit souvent dans un schéma de masse. Aussi, en l'absence d'actions de sécurisation avant paiement, un même Rib peut être associé à plusieurs comptes usagers. A ce titre, la CNAF a mis en place un outil permettant de s'assurer qu'il n'existe pas de liens direct ou indirect entre les RIB frauduleux et des dossiers utilisant un autre RIB (avec un même nom, ou même adresse, ou mêmes coordonnées téléphoniques ou internet). L'enjeu est de détecter l'exhaustivité des fraudes sur un même RIB ainsi que les fraudes en bande organisée.

[430] France Travail dispose de deux moyens de maîtrise permettant de détecter ces situations. Dès l'installation de nouvelles coordonnées bancaires, avec l'outil « Authentification des Données », qui permet de détecter si le nouveau RIB est déjà présent sur d'autres dossiers allocataires et avec l'outil Graph'Invest, qui permet après l'installation de ce RIB, de détecter tous les allocataires pour lesquels cet IBAN est déjà installé.

4. APPROFONDIR LA GOUVERNANCE DE LA SPHERE SOCIALE SUR LES QUESTIONS DE CYBERSECURITE

[431] La question de la cybercriminalité et des risques qu'elle fait peser sur les usagers sont aujourd'hui un enjeu majeur.

[432] Au plan systémique, la nécessité d'accroître les sécurités informatiques doit être en permanence réfléchi, avec, en miroir, le maintien de conditions raisonnables d'accès aux droits : la mise en place de sécurités informatiques de plus en plus poussées ne doit pas se traduire par l'éviction du système de populations en difficulté au regard des habiletés numériques. Comme cela a été souligné, l'information des usagers doit être compréhensible par tous ; les sécurités mises en œuvre doivent être proportionnées.

[433] La recherche de ce bon équilibre doit être une préoccupation constante, qui devrait associer les usagers du service public, au travers notamment des conseils et conseils d'administration : il est nécessaire qu'un regard non technique soit porté sur les évolutions menées pour s'assurer que les arbitrages rendus entre cybersécurité et sécurisation des sites ne se traduise pas par des choix difficilement compréhensibles pour les usagers.

Recommandation n°76 : Créer⁵⁹⁶ une commission en charge des questions de cyber sécurité et du bon équilibre entre accès aux droits et sécurisation du système d'information, rattachée aux conseils et conseils d'administration des organismes .

[434] Au plan plus technique et au vu d'une part des attaques récentes, d'autre part des différences de pratiques constatées, des échanges doivent être organisés au niveau central sur ces problématiques, l'évolution du phénomène, les organisations mises en place, les dispositifs de sécurisation, les trajectoires des organismes.

[435] S'agissant de la sécurisation des processus, aucun lieu d'échange n'est aujourd'hui défini pour travailler sur les bonnes pratiques. La protection sociale est parfois très mal identifiée, comme cela a pu être constaté s'agissant des fraudes aux RIB et des évolutions de la réglementation bancaire : les acteurs de la protection sociale n'avaient pas, à la date d'élaboration du rapport, une connaissance structurée des évolutions en cours, encore moins de leurs potentialités en matière de lutte contre la fraude.

[436] S'agissant des attaques, le plan stratégique des systèmes d'information du service public de la sécurité sociale pour la période 2023-2027⁵⁹⁷ rappelle la création, en 2022, du CERT sécurité sociale. Celui-ci n'a pas un périmètre couvrant, puisqu'il ne concerne que les plus grands régimes de sécurité sociale – France Travail n'entre pas dans son périmètre.

Le CERT sécurité sociale

Les CERT (Computer emergency response team) sont des centres d'alerte et de réaction aux attaques informatiques, destiné aux entreprises ou aux administrations mis en place conformément à la Stratégie de la France en matière de défense et de sécurité des systèmes d'information pilotée par l'ANSSI (Agence Nationale de sécurité des Systèmes d'information).

Le CERT Social est porté par la Caisse nationale de l'Assurance Maladie (CNAM) pour les autres branches de la Sécurité sociale (CNAF, CNAV, ACOSS, MSA). Interlocuteur fédérateur des organismes du secteur public santé et social, il a pour mission d'éviter ou de limiter les conséquences des cyberattaques pour

⁵⁹⁶ Ou charger une instance existante.

⁵⁹⁷ Arrêté du 19 septembre 2023.

les organismes publics du secteur santé et social, Il n'intervient pas directement dans le traitement de l'incident mais assure la coordination et l'information entre les organismes, permet de mutualiser des capacités de défense et de prévention contre des incidents de cybersécurité pour les organismes de son périmètre ; informe et sensibilise sur les attaques qui ciblent les organismes sociaux publics⁵⁹⁸.

[437] Par ailleurs, comme on l'a vu à l'occasion des nombreuses attaques récentes, celles-ci mettent en jeu les sous-traitants des organismes ou l'écosystème de la protection sociale. Ce constat rejoint celui posé par le Sénat récemment : « *Les cybercriminels font des études de marché sur leurs cibles. Lorsque celles-ci ont atteint un niveau supérieur de protection, ils réorientent des attaques sophistiquées via leurs sous-traitants plus fragiles en termes de cybersécurité. Une meilleure cyberdéfense des grandes entreprises a eu comme contrepartie de détourner la cybercriminalité vers les plus petites entreprises plus vulnérables* »⁵⁹⁹. Ce point n'est pas intégré dans la gouvernance actuelle.

[438] Il semble indispensable :

- De mettre en place un lieu d'échange sur les bonnes pratiques. Ce lieu a normalement vocation à être distinct du CERT –qui doit être concentré, si l'on respecte l'objet premier des CERT, sur les interventions d'urgence : un pilotage par la DSS serait ici assez logique.
- De prévoir, pour ces instances, un périmètre large, au-delà des organismes du régime général et de la CCMSA : leur périmètre d'intervention devrait être étendu aux autres organismes de protection sociale (France Travail, mais aussi régimes spéciaux...). Encore au-delà, la question de la cybersécurité ne doit pas concerner que les organismes de protection sociale : elle doit inclure l'écosystème de la protection sociale (organismes complémentaires, prestataires en charge de la numérisation, gestionnaires du tiers payant...).
- Pilotée par les directions informatiques, cette organisation doit intégrer des experts de la fraude.

Recommandation n°77 : Créer une structure d'échange sur les questions de cybersécurité associant l'ensemble de la sphère de la protection sociale et son écosystème et mobilisant des compétences des organismes en matière de fraude et étendre le champ d'intervention du CERT (centres d'alerte et de réaction aux attaques informatiques).

⁵⁹⁸ [Microsoft Word - CERT_Social RFC2350 v5.docx \(ameli.fr\)](#)

⁵⁹⁹ Rapport d'information n° 678 (2020-2021), déposé le 10 juin 2021.

[439] Dans ce cadre, il semble nécessaire que les marchés passés avec les prestataires garantissent un état de cybersécurité équivalent à celui exigé de l'opérateur. S'agissant des organismes complémentaires (santé / retraite), qui ne sont pas dans le champ des obligations applicables aux organismes relevant de la sphère « administration publique », une obligation législative pourrait les assujettir à ces règles⁶⁰⁰.

Recommandation n°78 : S'assurer, lorsqu'un organisme sous traite le traitement de certaines données à un prestataire, que la sécurité au niveau du prestataire est d'un niveau équivalent à celle de l'opérateur⁶⁰¹.

Recommandation n°79 : Prendre une disposition législative pour imposer aux organismes complémentaires des normes de cybersécurité au moins équivalentes à celles de l'ensemble de la sphère publique.

[440] Ces évolutions dans la gouvernance doivent s'accompagner de réflexions sur des organisations qui minimisent le risque. Ainsi, suite aux vols massifs de données subis par les opérateurs de tiers payant, le syndicat des audioprothésistes en a appelé à une centralisation de la gestion du tiers payant par les complémentaires.

Violation de données de Viamedis et Almerys : le SDA plaide à nouveau pour un système universel de tiers payant des complémentaires santé⁶⁰²

« La CNIL a révélé que « plus de 33 millions » de Français ont été victimes d'un vol de données lors d'une intrusion subie par les gestionnaires de tiers payant complémentaire Viamedis et Almerys. Afin de disposer d'un système informatique robuste et bien protégé contre les intrusions, de réaliser des économies d'échelle au bénéfice des assurés et de mettre à disposition des professionnels de santé des outils aussi simples et efficaces que ceux de l'Assurance maladie, le Syndicat des audioprothésistes réitère sa demande, formulée depuis 2021, d'aller vers un système universel de tiers-payant des complémentaires santé. (...)

Si, à court terme, les professionnels de santé qui utilisent le tiers-payant et leurs patients peuvent être pénalisés par l'absence de dispense d'avance de frais, cette violation de données d'une ampleur inédite aura des conséquences lourdes et pérennes. En effet, s'il est aisé de changer son mot de passe voire son adresse email, les données d'identité (nom, prénom, date de naissance) et le numéro de sécurité sociale sont établis à vie.

Le risque de fraude est donc accru qu'il s'agisse d'usurpation d'identité, d'hameçonnage ou de fraudes aux prestations, notamment en audioprothèse du fait de la connaissance des garanties du contrat souscrit, et ce alors que les arnaques en audiologie atteignent déjà un niveau préoccupant.

Si l'Assurance maladie a un système unique de tiers-payant pour ses remboursements, les complémentaires santé en ont des dizaines ; les principales plateformes (SP Santé, Viamedis, Almerys, iSanté, Actil, Carte

⁶⁰⁰ Il est à noter que les normes applicables aux « administrations publiques » sont en cours d'évolution avec la transcription, prévue au deuxième semestre 2024, de la directive NiS 2 Network and Information Security, directive publiée au Journal Officiel de l'Union européenne en décembre 2022.

⁶⁰¹ Les organismes de protection sociale visés dans ce document devraient être directement assujettis aux obligations de cyber sécurité découlant de la directive NIS 2 (Network and Information System Security). Ce ne sera pas nécessairement le cas pour tous leurs prestataires ou partenaires. Ces derniers seront néanmoins concernés indirectement par NIS 2 dans la mesure où NIS 2 prévoit pour leurs OPS « clients » assujettis à NIS 2 une obligation de maîtrise de leur écosystème, incluant une cartographie de ces acteurs et la prise en compte de la cybersécurité dans les contrats avec ces acteurs. Concernant les mutuelles, il n'est pas prévu à ce stade qu'elles soient assujetties à NIS 2.

⁶⁰² Communiqué de presse SDA, 13 février 2024.

Blanche...) gèrent le tiers-payant de 80 % des bénéficiaires et de nombreux autres systèmes coexistent pour couvrir les 20 % restants. A cela s'ajoutent de multiples systèmes d'interrogation de droits des patients, car, malgré la signature d'un engagement en faveur de la lisibilité des garanties de leurs contrats par les représentants des complémentaires santé en 2019, les usagers ont rarement accès à un document indiquant leurs remboursements. Lorsqu'ils consultent un professionnel de santé, celui-ci est donc contraint, au risque de ne pas respecter le RGPD, de transmettre leurs informations personnelles pour connaître leurs droits. Cette affaire pose la question de la vulnérabilité des données confiées aux assureurs santé et partagées avec leurs nombreux prestataires ».

Recommandation n°80 : Expertiser des schémas organisationnels susceptibles de réduire le risque de fraude à l'usurpation d'identité pour l'ensemble des usagers.

■ ■ ANNEXE : LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES PAR LE HCFIPS

Le HCFiPS a auditionné, dans le cadre des séances plénières organisées entre avril 2023 et avril 2024, les personnes suivantes :

- La stratégie de lutte contre la fraude de la branche maladie
M. Fabien BADINIER, Directeur adjoint - Direction Déléguée de l'Audit, des Finances et de la lutte contre la fraude, CNAM
- La stratégie de lutte contre la fraude de la branche famille
M. Thomas DESMOULINS, Directeur du département maîtrise des risques et lutte contre la fraude, CNAF
- Les données relatives au travail dissimulé
M. Alain GUBIAN, URSSAF Caisse Nationale
M. Cyrille HAGNERE, URSSAF Caisse Nationale
Mme Nadia JOUBERT, Directrice des Statistiques, des Études et des Fonds (DSEF), CCMSA
- Comment lutter contre les usurpations de données personnelles ?
Mme Maria-Giovanna FALZONE, Directrice des fraudes et du contrôle interne, France Travail
- La lutte contre la fraude aux prestations de sécurité sociale, vue par la Cour des comptes
Mme Véronique HAMAYON, Présidente de la 6ème chambre, Cour des comptes (Ralfss)
- La notion de fraude sociale : que nous dit le droit ?
M. Jean-Luc MATT, Maître des requêtes, Conseil d'État
- Présentation du plan de lutte contre la fraude sociale
M. Franck VON LENNEP, Conseiller maître, Cour des comptes et ancien directeur de la sécurité sociale
- Quelle définition de la fraude ? La fraude en droit de la protection sociale
Mme Kristel ZARLI-MEIFFRET DELSANTO, Maître de conférence de droit privé, Université de Lorraine

 CONTRIBUTIONS DES MEMBRES



Confédération Générale du Travail (CGT)

La lutte contre la fraude dans la sphère sociale a toujours été une priorité pour la CGT, en particulier pour un certain nombre de raisons mentionnées dans le rapport.

- C'est à la fois une question d'équité et un facteur de confiance dans notre protection sociale solidaire.
- La fraude a des conséquences sur l'équilibre financier de la Sécurité sociale.
- Elle impacte les droits individuels des assurés sociaux.

Pour la CGT, le présent rapport est complémentaire avec les 2 rapports déjà adoptés sur l'avenir du recouvrement social, et notamment le rapport sur l'avenir du recouvrement social partie 2 adopté en février 2023, largement concentré sur le recouvrement des cotisations et contributions.

Les préoccupations que nous avons exprimées à cette occasion sont toujours d'actualité, en particulier la nécessité de préserver l'autonomie des finances sociales, et l'affirmation du rôle central des Conseil d'administration des caisses de Sécurité sociale dans la gouvernance de la sphère sociale.

De même que nous sommes toujours demandeurs d'un approfondissement des questions relatives aux fraudes complexes en bande organisée, notamment à l'échelle internationale, aux conséquences du développement des mobilités internationales, aux effets du développement des microentreprises et notamment des plateformes, questions évoquées dans le présent rapport, mais pour lesquels la réflexion doit être poursuivie.

A l'instar des précédents rapports, celui-ci comporte un grand nombre d'informations précieuses, et pointe de nombreux enjeux.

Sans revenir dans le détail sur les 78 propositions du rapport, nous nous concentrerons sur un certain nombre de points et soulignerons quelques points d'attention.

Nous prenons acte de l'évaluation de l'ordre de grandeur de la fraude estimé à 12 Mds€.

Nous prenons note de l'importance de l'écart entre ce montant les montants recouverts (seulement 542 M€ hors contrôle comptable d'assiette, du fait notamment s'agissant de la fraude aux cotisations, à la disparition des entreprises), ce qui montre l'importance de l'impact de la fraude sur les ressources de la protection sociale.

Ainsi que la CGT l'a toujours souligné, cette fraude se concentre à hauteur de près des 2/3 (63%) sur les entreprises, ce qui permet de faire justice à l'idée que la fraude serait due aux abus des bénéficiaires et en premier lieu des plus pauvres.

Nous partageons de ce point de vue la nécessité soulignée par le rapport de refuser une vision biaisée de la fraude, assimilée à la « fraude des pauvres ».

Parmi les propositions du rapport, nous souscrivons notamment à la recommandation 23, qui propose de « *capitaliser sur la charte sociale Paris 2024 en travaillant secteur par secteur en vue de limiter les niveaux de sous-traitance et rendre plus aisé l'exercice du devoir de vigilance et la solidarité financière* », à l'instar de ce qui a été réalisé dans le BTP.

Si nous sommes extrêmement réservés sur la mise en place d'un revenu social de référence, nous sommes en revanche d'accord avec la nécessité de retravailler sur les périodicités sur lesquelles sont pris en compte les revenus, et de remettre en cause les périodicités trop courtes.

Si la lutte contre la fraude est une responsabilité de l'ensemble des acteurs de la protection sociale et notamment des administrations, comme de l'ensemble des branches de la Sécurité sociale, la branche recouvrement (le réseau des URSSAF) a un rôle spécifique. Ses moyens doivent continuer à être renforcés. Nous partageons un certain nombre de propositions du rapport concernant notamment les fraudes dites « à enjeux » et notamment les « *fraudes complexes* », notamment celles ayant une dimension internationale.

De ce point de vue, nombre de propositions du rapport nous paraissent pertinentes.

Les moyens des URSSAF doivent continuer à être renforcés, notamment en élargissant la couverture du fichier des URSSAF.

Nous souhaitons enfin souligner plusieurs points de vigilance.

- Concernant le recours aux algorithmes et à l'intelligence artificielle dans le cadre de ce qu'on appelle « *le datamining* », la prudence s'impose quant à leur pertinence. En tout état de cause, ils ne doivent jamais se substituer à une intervention humaine, qui doit toujours intervenir en dernier ressort. Ils ne doivent pas non plus servir uniquement es gains de productivité et d'outils de justification d'une politique ou d'une autre sous couvert de leur pseudo-neutralité. Le réseau est CAF en fait aujourd'hui largement les frais.
- Nous sommes très attentifs aux risques de discriminations dont ils peuvent être porteurs, et qui risquent d'impacter d'abord les assurés les plus modestes et les publics fragiles. Il importe de se donner les moyens de limiter le plus possible ce risque, en mettant en place des procédures adaptées. Les procédures mises en place devront toujours l'être sous le contrôle des Conseils d'administration représentant les assurés sociaux, à qui il incombe être à l'initiative de la consultation des usagers (les assurés sociaux) évoquées par le rapport. Ce sont également les Conseils d'administration qui doivent garder la main sur les chartes ou comités éthiques évoqués dans les propositions, comme à la gouvernance de l'intelligence artificielle.

- De même, la lutte contre les risques pour les assurés liés à la cybersécurité (qui est une préoccupation essentielle à l'instar des usurpations d'identité) doit être prise en compte au niveau des Conseils d'administration (ce qui ne s'oppose pas à sa prise en compte aux autres niveaux (administrations compétentes notamment)).
- Enfin, le développement des coopérations avec les administrations, et notamment la DGFiP, si elle est nécessaire dans un certain nombre de domaines, doit, comme nous l'avons souligné à l'occasion des 2 rapports consacrés au recouvrement social et comme nous l'avons rappelé au début de la présente contribution s'exercer dans le respect de l'autonomie de la sphère sociale et des prérogatives des Conseils d'administration.

Toutefois, nous regrettons que le rapport n'ait que très peu traité la question du non-recours aux droits.

En miroir des moyens légitimes mis pour lutter contre la fraude lorsqu'elle est avérée, il faudrait une démarche générale pour un recours effectif et juste au droit, à l'instar de la loi Eckert pour les ayants droit. Cela suppose des moyens d'accueil développés et tournés vers cette démarche (ouverture des accueils, effectifs suffisants et personnel formé et aux qualifications reconnues).



Confédération Française Démocratique du Travail (CFDT)

La CFDT partage l'objectif de lutte contre la fraude pour garantir les financements de la protection sociale et la confiance des assurés dans nos choix collectifs de solidarité. Mais elle ne peut à elle seule renforcer cette confiance dans notre système de protection sociale et doit donc s'articuler avec d'autres priorités que sont la qualité du service rendu, sa continuité et, plus globalement, l'accès aux droits, ce qui passe par la possibilité de contact humain et d'accompagnement autant que de besoin.

La CFDT salue le travail d'objectivation réalisé par le rapport sur la lutte contre la fraude sociale. Ce rapport présente de manière rigoureuse les données principales sur la fraude, les différentes facettes que le terme recouvre, les risques de confusion dans le débat public, et les moyens déployés pour lutter contre la fraude. L'ampleur des montants détournés par la fraude affecte de façon préjudiciable les ressources disponibles pour financer les prestations sociales.

Le rapport met en lumière et corrige plusieurs idées reçues sur la fraude sociale. Il montre avec justesse que les acteurs de la fraude sociale ne se limitent pas seulement à des individus, mais incluent également des entreprises, des professionnels de santé et ce qu'on oublie souvent, des acteurs du crime organisé. La fraude prend des formes complexes impliquant des montages financiers et des abus de dispositifs fiscaux et sociaux. De fait, la financiarisation du secteur social et de la santé peut faciliter la fraude car les mécanismes financiers complexes peuvent être exploités pour détourner des fonds.

En déconstruisant ces idées reçues, le rapport appelle à une approche plus globale et nuancée pour lutter contre la fraude, en tenant compte de la diversité des acteurs impliqués et des mécanismes de la fraude.

De plus, le rapport souligne un contexte de suspicion réciproque qu'il est nécessaire de surmonter en s'appuyant sur l'évaluation de la loi pour un État au service d'une société de confiance (ESSOC) qui distingue la fraude, de l'erreur en lui consacrant un droit. La CFDT insiste ainsi sur le renforcement de la lutte contre les discriminations et la promotion de la transparence comme leviers essentiels pour restaurer la confiance. Il convient en effet de rappeler que la confiance est intrinsèquement liée à l'accès aux droits, à l'humanisation des services, et à la bienveillance envers les assurés sociaux.

La CFDT soutient les recommandations du rapport qui préconisent d'agir en amont en évaluant et repensant la conception des normes. Cette approche préventive vise à éviter les erreurs et à améliorer l'efficacité des dispositifs existants. Cependant, la CFDT insiste sur le fait que cette reconsidération ne doit pas devenir une excuse permettant de ne pas introduire de nouvelles innovations ou des dispositifs

spécifiques. Si une conception ergonomique de la norme peut éviter des erreurs et des fraudes, il serait inconcevable de voir de nouveaux droits bloqués par une fraude putative. Cette approche doit intégrer, dès le début, le point de vue des usagers et de leurs représentants. Il est en effet crucial d'impliquer toutes les parties prenantes dans le processus de conception et d'évaluation des normes pour garantir que les nouvelles mesures répondent réellement aux besoins et aux attentes des usagers, tout en préservant leurs droits et en améliorant la qualité des services rendus.

Par ailleurs, le rapport démontre qu'il est possible d'optimiser la détection de la fraude en croisant les informations et certains processus, en particulier par le renforcement des coopérations entre DGFIP, caisses nationales de Sécurité sociale et opérateurs comme France travail. La CFDT soutient cette approche pour améliorer l'efficacité des actions de lutte contre la fraude.

Le rapport met en lumière l'importance de l'élargissement du périmètre des données personnelles connues et partagées. Cet élargissement appelle à une nouvelle gouvernance pour assurer la sécurité et la confidentialité des données des usagers. Sur ce point, la CFDT souligne la nécessité d'inclure les partenaires sociaux dans cette gouvernance, tout en renforçant la confiance des usagers dans le système de protection sociale. Les assurés sociaux doivent pouvoir identifier des garants de la protection de leurs données et de leur usage éthique.

En complément de la sensibilisation des assurés à la protection de leurs données, les caisses doivent aussi anticiper des dispositifs pour prévenir les ruptures de droits pour les assurés victimes d'usurpation d'identité.

Sur la protection sociale des micro-entrepreneurs, les risques de fraude ne sont-ils pas en partie le revers du faible niveau de protection dont ils bénéficient ? Actuellement, ces travailleurs bénéficient d'une couverture sociale qui englobe l'assurance maladie-maternité, l'invalidité-décès et la retraite. Cette couverture est administrée par divers organismes, dont la Sécurité sociale pour les indépendants. Cependant, elle est souvent jugée insuffisante en raison de la complexité des démarches et du manque de soutien adapté. Pour améliorer leur couverture sociale et leur soutien, il est essentiel d'adopter une approche holistique qui tienne compte de toutes les spécificités de leur statut comme de leurs besoins et de développer un accompagnement pour faciliter leurs démarches et sensibiliser aux enjeux de la couverture sociale. L'approche à leur égard doit en effet être plus préventive, et ne peut se limiter à un renforcement des contrôles et sanctions.

La CFDT approuve les observations du rapport sur les incohérences créées par la loi immigration concernant les conditions de résidence. Pour la CFDT, ce texte restera dans l'histoire comme une tache sur notre démocratie. La CFDT critique notamment les atteintes aux droits fondamentaux des citoyens étrangers vivant régulièrement en France et souligne par conséquent la nécessité d'un alignement sur les conditions de résidence fiscale pour éviter les injustices.

Enfin, la CFDT souligne l'importance d'allouer des ressources adéquates notamment humaines pour les opérations de lutte contre la fraude dans les organismes de protection sociale, en particulier au niveau de l'Acoss. Cela permettra de garantir une mise en œuvre efficace des recommandations du rapport.

Force Ouvrière (FO)

Saisi par l'ancienne Première ministre Elisabeth Borne le 9 juin 2023 d'un rapport sur les fraudes sociales, le Haut Conseil du Financement de la Protection Sociale apporte un éclairage sur la notion de fraude sociale, son évaluation, sa prévention, son contrôle, la conciliation de l'efficacité de cette lutte avec le principe de non-discrimination et enfin la protection des assurés sociaux des risques d'usurpation d'identité. Pour ce faire, le Haut Conseil du Financement de la Protection Sociale a conduit un ensemble d'auditions et de travaux, matérialisés par ce rapport. Force Ouvrière remercie la présidence et le secrétariat du Haut conseil pour la qualité des intervenants proposés, la conduite des débats et le rendu final, comme il en est habitué. Elle adresse également ses remerciements aux différents intervenants sollicités qui ont ainsi facilité la justesse d'analyse et la richesse du contenu.

Le modèle social choisi par la France au lendemain de la seconde Guerre mondiale est celui d'une protection sociale forte avec pour objectif de réduire les inégalités entre les assurés sociaux. Dès lors, la longévité de ce modèle repose sur une large adhésion démocratique à ce système social basé sur une confiance dans l'équité de cette redistribution. C'est là, le premier enjeu de la lutte contre les fraudes sociales : assurer d'une part une équité des prélèvements et d'autre part une équité du droit aux prestations.

Dans cette perspective, le rapport permet d'appréhender les enjeux réels de la lutte contre la fraude en apportant un nouveau regard sur son évaluation, notamment par la définition même de la notion. Ainsi, le rapport expose la nécessité d'une compréhension des sous-jacents économiques des activités financées par la Sécurité sociale afin d'anticiper les risques liés aux modifications de la structuration de l'offre dans l'ensemble des branches de la Sécurité sociale. Au-delà, le rapport met en exergue la nécessité d'une véritable démarche préventive des fraudes avec des points d'amélioration saillants. Il s'agit ainsi de lutter contre la dilution des responsabilités dans l'organisation du travail, en particulier en ce qui concerne la sous-traitance, le détachement et la micro-entreprise. Force Ouvrière rappelle la nécessité de doter les services de la Sécurité sociale de moyens suffisants qu'ils soient humains ou financiers afin de mener à bien ses missions de contrôle et de recouvrement.

Toujours dans un objectif de stabilité et de clarté de la norme réglementaire et législative, ce rapport pointe la difficulté de l'appréhension des assiettes du fait de la coexistence de plusieurs bases de ressources pour le calcul des prestations sociales. En effet, le contenu même des ressources varie d'un organisme à l'autre,

d'une prestation à l'autre, rendant la lisibilité difficile à la fois pour les assurés sociaux et pour les agents. Le Haut conseil préconise donc, à l'image d'un revenu fiscal de référence, la mise en place d'un « revenu social de référence », fixé par le législateur et qui s'imposerait pour toute prestation. Ce revenu de référence permettant ainsi de clarifier structurellement la base ressource de la protection sociale. Force Ouvrière salue la volonté d'une clarification et d'une simplification des déclarations pour les assurés sociaux. Elle reste néanmoins sceptique sur le maintien des droits des assurés sociaux avec un « revenu social de référence ». En effet, le montant net social instauré par le gouvernement en février 2023 inclut en plus du revenu du salarié, la prévoyance complémentaire, les CESU garde d'enfant, les tickets restaurant et autres avantages en nature, venant ainsi gonfler artificiellement le montant des ressources du salarié et par conséquent baisser le montant des prestations sociales associées. De même, un revenu social de référence ne saurait être uniforme à l'image du revenu fiscal de référence et potentiellement variable en fonction du droit considéré ou du statut de l'assuré social.

Enfin, ce rapport souligne la nécessité d'un nouvel équilibre entre la lutte contre la fraude et la protection des données personnelles. La lutte contre la fraude implique la protection des assurés sociaux et notamment de leurs données : leur identité, leurs coordonnées. Dans cette veine, le Haut conseil insiste sur la nécessité de mettre en place une gouvernance interbranche afin de prendre en charge les enjeux de cybercriminalité. Pour ce faire, le Haut conseil préconise d'associer les interlocuteurs sociaux au sein « des conseils et conseils d'administration de caisse à la réflexion sur le bon équilibre entre sécurité et accessibilité au système de protection sociale ». Force Ouvrière ne peut qu'adhérer à cette préconisation. La place des interlocuteurs sociaux est primordiale sur ces enjeux complexes et techniques et leur association à ces discussions est *sine qua non* d'une démocratie sociale.

Pour conclure, ce rapport dont la qualité est indéniable, souligne l'importance de rénover la gouvernance. La préservation de l'autonomie des finances sociales, notamment au travers de la lutte contre la fraude, permettra de renforcer la démocratie sociale et de préserver notre modèle social.

Nous tenons tout d'abord à saluer la qualité des intervenants et des échanges au sein du HCFiPS qui ont grandement participé à la réalisation du présent rapport.

Le travail du HCFiPS sur la lutte contre la fraude, dont nous avons pris connaissance, comprend trois parties, la définition de la notion de fraude, les contrôles mis en œuvre par les organismes et la prévention de la fraude.

Les recommandations figurant dans ce rapport appellent plusieurs observations de la part de la CFTC. Si notre organisation adhère à un nombre important de propositions faites par le HCFiPS, certaines nous paraissent devoir être précisées, explorées et surtout développées de manière opérationnelle.

Pour autant, nous sommes très attachés à ce que les recommandations présentes dans le rapport sur la lutte contre la fraude du HCFiPS soient prises en compte dans leur globalité. Les propositions d'évolution fonctionnent en système ce qui présuppose que les textes juridiques du code de la sécurité sociale soient adaptés, tout comme les Systèmes d'Informations des organismes. Il faut également prévoir des temps de formations permettant aux acteurs de la Protection Sociale de s'approprier ces futurs changements.

Les conditions de transmission d'information entre organismes doivent être réunies et organisées.

Enfin, le juste calibrage des ressources humaines compétentes doit être affecté à ces missions de la lutte contre la fraude et de contrôle accompagné d'une politique de rémunération attractive et adaptée. Politique sociale que la CFTC appelle de ses vœux.

Partie 1 – La fraude sociale - définition

Au sujet de la question de la définition de la Fraude sociale, nous partageons l'avis du HCFiPS sur l'importance de s'appuyer sur la loi ESSOC, sur la notion de droit à l'erreur, pour distinguer la fraude de l'erreur. Nous acceptons l'assertion qui définit la fraude comme étant « tout ce qui ne relève pas de la bonne foi ». Il s'agit donc d'exclure dorénavant du régime des pénalités tout ce qui ne serait pas au sens strict déterminé comme fraude.

Pour autant, afin de s'assurer que les éléments transmis aux administrations par le bénéficiaire de la protection sociale soient justes, donnés de bonne foi en toute connaissance de cause, le HCFiPS propose que les portails des téléservices de recueil de données soient pourvus de rubrique attestant du caractère authentique et sincère des informations données par le bénéficiaire. Le HCFiPS fait mention de la notion de « en toute connaissance de cause ». Si nous louons l'intention, nous pensons que la

notion recueillie ainsi par les organismes est plus sujette à sécuriser les démarches ultérieures de lutte contre la fraude des administrations plutôt que de responsabiliser et avertir le bénéficiaire potentiel. Aussi, il pourrait être intéressant, nous semble-t-il, d'explorer la notion « d'impossibilité d'ignorer » qui dans certains cas pourraient être précisée et intégrée dans les rubriques des recueils des déclarations.

Le HCFiPS revient dans son rapport sur la distinction opérée par certaines branches de la Sécurité sociale entre fraude, faute et abus.

Si la faute semble bien être une acception de la fraude compte tenu du fait de son caractère intentionnel, nous partageons le fait qu'en particulier pour l'Assurance Maladie et la gestion spécifique des professionnels de santé, la notion subsiste et soit pérennisée.

L'abus correspond à un acte délibéré de contournement des bonnes pratiques ou d'une action inadéquate et non nécessaire ou encore de l'application d'une loi qui en détourne l'esprit avec pour objectif un profit. Son caractère intentionnel étant nécessairement sous-jacent, nous sommes favorables à l'extension de l'acception à l'ensemble des branches de la Protection sociale.

Le HCFiPS propose de prendre en compte les revenus des activités illicites pour rectifier les droits des bénéficiaires. Nous soutenons la proposition en nous étonnant presque que cette idée n'ait pas émergée plus tôt. Néanmoins, nous pensons que sa portée risque d'être plus symbolique que concrète compte tenu des difficultés extrêmes de recouvrement des prestations indues par des individus qui organisent leur insolvabilité par la fuite de leurs capitaux. Dans le même esprit nous souhaiterions que dans le cas de sous déclaration, les revenus salariés eux-mêmes soient réévalués pour donner lieu à recalcul des ressources réellement perçues. Ainsi, les cotisations salariales non versées et les prestations indues pourraient être recouvrées.

Partie 2 – Contrôler pour dissuader

Les organismes de protection sociale procèdent à de très nombreux contrôles pour délivrer le juste droit. Le rapport du HCFiPS présente de manière pédagogique les différents systèmes de contrôle, leur nature, leur volume, leur fréquence. Nous pensons qu'il est très important de le rappeler régulièrement pour que nos concitoyens en prennent conscience et accordent leur confiance dans notre système social.

La lutte contre la fraude est un élément du contrôle. La fraude elle-même, source de certains fantasmes, est une notion complexe qu'il faut régulièrement expliciter. Ainsi les notions de préjudice constaté, évité et le calcul de leurs impacts financiers sont bien souvent trompeur pour les non-initiés. Il en est de même pour l'évaluation de la fraude, la fraude constatée annuellement et les sommes recouvrées. Nous saluons l'effort pédagogique fourni par le HCFiPS sur ces sujets et souhaitons que cet aspect du rapport fasse l'objet d'une large communication auprès des médias afin de

contredire en toute objectivité certaines contre-vérités bien ancrées dans l'inconscient collectif.

En revanche, des mesures sont susceptibles d'améliorer encore la détection de la fraude sociale et plus encore de la prévenir. Si nous comprenons que les organisations de lutte contre la fraude, pour être efficaces, doivent être transverses voire être mutualisées, nous restons attachés au fait que les contrôles fiscaux et sociaux restent respectivement de la responsabilité directe de la DGFIPS et des URSSAF. Aussi nous ne soutenons pas la proposition du HCFiPS de confier aux URSSAF une expérimentation de délégations de contrôle entre les Urssaf et la sphère fiscale sur le périmètre des travailleurs indépendants. En revanche, les recommandations faites sur le partage des données entre organisme, le développement de l'automatisation et le partage des nouvelles modalités des contrôles (comme la vérification des adresses IP) ou la mise sous surveillance du darkweb vont toutes dans le bon sens dès lors qu'elles respectent la confidentialité, la sécurité des données et qu'elles sont mises en œuvre de manière transparente sans discrimination.

Nous relevons également qu'un effort tout particulier doit être déployé pour renforcer le contrôle des travailleurs indépendants, des micro entrepreneurs et auto entrepreneurs. Nous pensons que les dispositions récentes de la LFSS 2024 (La mise en place d'un précompte sur les revenus des micro-entrepreneurs recourant aux plateformes) seront efficaces même si, de notre point de vue, il serait nécessaire de rendre obligatoire l'ouverture d'un compte bancaire professionnel pour ces professionnels tout comme l'adhésion à une association de gestion agréée ayant pour mission de contrôler la sincérité de leur compte. Un agrément délivré par la DGFIPS et l'URSSAF permettrait d'établir un pré-contrôle social et fiscal sur pièce tous les ans.

Enfin, nous souhaitons que les dispositions proposées par le HCFiPS soient mises en œuvre au sein des organismes par des acteurs reconnus pour leurs compétences, leur polyvalence et leur complémentarité. Aussi, il est nécessaire que la convention collective de la Sécurité sociale identifie ces métiers, prévoit des filières et des passerelles entre branche et propose une rémunération attractive à la hauteur des enjeux.

Partie 3 – Prévenir la Fraude

Le HCFiPS propose une analyse novatrice en matière de lutte contre la fraude en proposant de développer la prévention comme un axe majeur de l'enjeu sans néanmoins exclure la répression et le contrôle.

La CFTC partage cette analyse et l'encourage.

Aussi, nous soutenons le fait que la lutte contre la fraude doive être une préoccupation « a priori ». Elle doit être pensée dès la construction et la conception du processus des prestations. Les acteurs de la Protection sociale doivent anticiper les dérives potentielles que peuvent induire les circuits de demande et de prise en charge qu'ils

proposent. Ainsi le contrôle avant paiement doit être privilégié, la gratuité totale interrogée tout comme le risque de financiarisation potentielle du service. Le bénéficiaire doit, si possible, être associé et intéressé au contrôle des prestations et biens qu'il perçoit. Il doit lui-même être intégré dans le processus de contrôle.

Pour cela les modalités de calcul et de gestion des prestations doivent être simplifiées, c'est pourquoi nous soutenons la proposition du HCFiPS d'harmoniser les bases de calcul des prestations avec la création d'un revenu social de référence. L'objectif de la contemporanéité du droit et du paiement est potentiellement risqué d'erreur car reposant sur une liquidation à l'aveugle de la prestation, il faut plutôt proposer des délais raisonnables de gestion des prestations permettant de concilier prise en charge du risque, qualité de gestion, simplicité de la règle et sécurisation du paiement à bon droit.

Ainsi nous encourageons les pouvoirs publics à suivre les recommandations du HCFiPS sur la formation des acteurs, bénéficiaires et professionnels de santé. La CFTC pense que grâce à l'éducation au civisme sociale et par l'organisation de campagnes de communication grand public régulières le regard sur notre système social et sur la nécessité de lutter contre la fraude sociale peut amorcer une dynamique vertueuse.

Conclusion

Le rapport sur la lutte contre la fraude du HCFiPS est volontariste et propose des avancées majeures pour sécuriser la protection sociale.

Les recommandations présentes dans le rapport du HCFiPS vont dans le bon sens. Toutefois, les évolutions présentées ne sauraient être mise en œuvre sans investissement significatif en ressources humaines et dans le système d'information.

Les sommes en jeu sont suffisamment importantes pour que les pouvoirs publics donnent aux organismes de Protection sociale les leviers nécessaires à l'action.

Aussi, la CFTC reste vigilante sur plusieurs points qui doivent être conduits avec les acteurs et partenaires sociaux en respectant les délais incompressibles des projets tout en priorisant les actions.

- Expérimentation de délégations de contrôle entre les Urssaf et la sphère fiscale sur le périmètre des travailleurs indépendants
- Création d'un revenu social de référence
- Automatisation des contrôles
- Evolution des SI et des portails de recueil de données
- Evolution de la politique RH des métiers de la lutte contre la fraude.

Enfin, la CFTC souhaite que la remise du rapport soit l'occasion de présenter les efforts de contrôle mis en œuvre par les organismes de Protection sociale et leurs résultats en matière de lutte contre la fraude. Il s'agira également de rappeler que si la fraude doit

être combattue avec vigueur elle n'en reste pas moins relativement contenue et ne représente pas l'Alpha et l'Omega de la stabilisation financièrement du système de Protection sociale.



Mouvement des Entreprises DE France (MEDEF)

Le Medef accueille très favorablement le fait que le HCFiPS se saisisse du sujet de la lutte contre la fraude, sur lequel pèsent des enjeux cruciaux pour la pérennité de notre modèle de protection sociale, et au-delà, du consentement qui est à la base de notre contrat social.

A ce titre, la définition du concept de fraude dans le sens d'une meilleure lisibilité du concept devrait permettre d'appréhender le phénomène de manière plus fine et plus efficace.

Le Medef soutient également pleinement le choix effectué d'orienter la focale vers une démarche préventive, qui permette d'aborder le problème dans son intégralité, et de parvenir à des solutions efficaces et pérennes.

En revanche, plusieurs réserves, notables, sur les points suivants :

- Une tendance à la stigmatisation du secteur privé dans les domaines de la santé et de la petite enfance : si certains établissements rencontrent des difficultés particulières, qui doivent être enrayerées, le terme de « financiarisation » envoie une connotation négative alors que ces acteurs se sont avérés indispensables pour soutenir l'offre dans des secteurs confrontés à de fortes tensions et à des enjeux considérables dans les prochaines années. Il nous semble important d'intégrer cette dimension de complémentarité entre acteurs pour donner une image plus nuancée et conforme à la réalité des secteurs ;
- Des doutes également sur l'opportunité de mettre en place un « revenu social de référence », nouvelle donnée qui s'ajoutera au « montant net social » donc nous connaissons les difficultés de mise en œuvre. La cohérence de cette mesure avec la volonté portée par le Gouvernement de simplification du bulletin de paie semble également questionnable. Nous ne pouvons qu'alerter sur les lourdeurs administratives liées à la mise en place d'un nouveau référentiel, et réitérer notre opposition à tout nouveau transfert de charge déclarative sur les entreprises.

Et surtout, la proposition relative à la solidarité financière entre sous-traitant et donneur d'ordre au-delà du co-contractant de rang 1 n'est pas acceptable pour le Medef, nous demandons qu'elle n'apparaisse pas dans le rapport. Il s'agirait d'une mesure à hauts risques pour les structures concernées, avec de lourdes répercussions en termes d'emplois. Elle reviendrait en outre à surtransposer la directive sur le devoir de vigilance des entreprises, définitivement adoptée il y a

quelques semaines, qui prévoit un arsenal de mesures déjà exhaustives⁶⁰³. De manière générale, l'orientation et la tonalité du rapport sur ce point sont problématiques. Nous ne pouvons pas laisser dire qu'en « *recherchant à optimiser leurs coûts, les donneurs d'ordre font peser une pression financière sur leurs sous-traitants, parfois contraints de baisser leurs tarifs en limitant leurs coûts salariaux – jusqu'à recourir à de la main d'œuvre sous déclarée ou non déclarée* ».

Si la complexification de la chaîne de production rend plus délicat le contrôle des opérateurs, ces nouvelles formes d'organisation du travail dépassent le seul cadre de l'entreprise, et loin d'y voir une occasion de se décharger de leurs responsabilités, les employeurs demandent à être accompagnés pour faire face à ces nouveaux risques. Le renforcement des relations entre les entreprises et les organismes de contrôle atteste d'une prise de conscience accrue par les employeurs de leurs responsabilités en matière sociale, et d'une volonté de répondre aux enjeux communs qui se posent. A ce titre, l'expression « *atomisation des responsabilités* » nous paraît également inappropriée.

Bien que l'exemple des travaux encadrés par la Charte sociale Paris 2024 soit extrêmement éclairant et encourageant au regard des résultats obtenus, sa généralisation à certains secteurs serait fortement préjudiciable, et risquerait de les fragiliser par une charge administrative excessive et une insécurité juridique accrue pour l'employeur.

S'il est nécessaire de capitaliser sur cette expérience pour ouvrir de nouvelles perspectives en la matière, les enseignements qui peuvent être tirés ne sauraient se traduire par une approche coercitive : il est nécessaire dans un premier temps de permettre l'entrée en vigueur progressive de la directive CSRD, et de réfléchir à des solutions de long terme conciliant efficacité, confiance et transparence sans entraver une dynamique de croissance indispensable à la soutenabilité de notre modèle social.

⁶⁰³ En particulier, l'article 10 e) de la directive impose de fournir un soutien « *ciblé et proportionné à une PME, qui est partenaire commercial de l'entreprise, si cela est nécessaire à la lumière des ressources, des connaissances et des contraintes de la PME, y compris en lui donnant accès à des possibilités de renforcement des capacités, de formation ou de mise à niveau des systèmes de gestion ou en facilitant un tel accès et, lorsque le respect du code de conduite ou du plan d'action en matière de prévention compromettrait la viabilité de la PME, en lui fournissant un soutien financier ciblé et proportionné, par exemple un financement direct, des prêts à taux d'intérêt réduit, des garanties quant au maintien de l'approvisionnement ou une aide à l'obtention d'un financement* ».



Union Nationale des Syndicats Autonomes (UNSA)

Ce nouveau rapport du HCFIPS met en lumière plusieurs éléments et contribue à objectiver certaines notions qui font trop souvent l'objet d'utilisations et de déclarations médiatiques erronées, partisans voire nauséabondes.

Pour l'UNSA, la lutte contre les fraudes sociales (et fiscales même si ce n'est pas l'objet de ce rapport) constitue plus que jamais un enjeu de justice, d'équité entre assurés sociaux, de saine concurrence entre acteurs économiques et de garantie pour les ressources de la Protection Sociale. D'ailleurs, il est utile de rappeler que, par décision du Conseil Constitutionnel de 2010, la lutte contre la fraude est devenue une exigence constitutionnelle.

Quelques montants ressortent de ce rapport :

Prestations sociales = près de 560 milliards d'euros

Fraude sociale estimée = 12 milliards d'euros - 2,1 milliards d'euros détectés et redressés – 0,5 milliards d'euros recouverts

Répartition de la fraude sociale = 74% concernent les entreprises et les professionnels de santé, 26% les assurés sociaux.

Même sans doute sous-estimée, le montant des fraudes, en pourcentage du budget de la Protection Sociale, constitue une part moins importante que certains veulent bien l'affirmer. Toutefois, au regard des problèmes de financement, ces montants contribueraient significativement à la résorption du déficit annuel actuel et annoncé pour les prochaines années.

Malgré les efforts réels des organismes de Protection Sociale pour lutter contre la fraude, les niveaux de détection et de redressement restent insuffisants principalement en raison de moyens, humains et techniques, toujours insuffisants.

Le montant des sommes réellement recouvrées demeure indigent surtout du côté des acteurs économiques qui représentent 74% du taux de fraude global. Il faut noter deux phénomènes qui s'amplifient et complexifient la lutte contre la fraude : d'une part, une cybercriminalité qui a recours à des sociétés éphémères très difficiles à détecter puis à redresser; d'autre part, des pratiques frauduleuses très « inventives » du côté de certains professionnels de santé et le développement de la financiarisation des activités dans le domaine de la santé. Sur ce sujet, l'UNSA soutient fortement la recommandation n°22 du rapport qui s'appuie sur la proposition de l'assurance maladie consistant à mettre en place un observatoire de la financiarisation de la santé. Face à ces faits exposés dans le rapport, l'UNSA est largement intervenue au cours de son élaboration pour proposer, compléter, soutenir les 79 recommandations issues d'un travail collectif s'appuyant sur de nombreuses auditions d'experts.

Ces propositions se répartissent en 6 thèmes :

1) Nécessité d'adapter les bases juridiques et réglementaires

- 2) Assurer une meilleure définition et un suivi plus rigoureux de l'évaluation de la fraude sociale
- 3) Apporter une attention particulière à la prévention de la fraude
- 4) Mieux coordonner l'action de l'ensemble des organismes de Protection Sociale vers l'objectif consistant à « contrôler pour dissuader »
- 5) S'appuyer sur l'Intelligence Artificielle pour améliorer l'efficacité de la détection en respectant les règles éthiques de non-discrimination
- 6) Protéger les assurés sociaux des risques d'usurpation d'identité.

Ce rapport va être rendu public dans un contexte politique instable et incertain. Pour l'UNSA, il serait impensable que ce travail, issu d'acteurs sociaux très divers, reste au fond d'un tiroir au regard des enjeux pour l'avenir de notre Protection Sociale et des attentes exprimées par nos concitoyens.

Ce document doit donc être largement diffusé auprès de nos gouvernants et de l'ensemble des parlementaires qui pourraient utilement s'en emparer de façon transpartisane, pragmatique et volontariste.

Pour l'UNSA, il y a urgence à mettre en œuvre toutes ces recommandations, ce qui traduirait une réelle détermination à agir pour lutter contre la fraude sociale.