



COMMUNIQUE DE PRESSE

Le 8 septembre 2020

ENTITES ET POLITIQUES PUBLIQUES

LA LUTTE CONTRE LES FRAUDES AUX PRESTATIONS SOCIALES

Des progrès trop lents, un changement d'échelle indispensable

À la demande de la commission des affaires sociales du Sénat, la Cour a réalisé une enquête sur la lutte contre les fraudes aux prestations sociales, qui représentent à la fois une atteinte au principe de solidarité et un coût financier élevé.

En 2019, les principaux organismes sociaux ont détecté 1 Md€ de préjudices à ce titre. Grâce à la professionnalisation croissante de cette activité, les résultats financiers de la lutte contre les fraudes augmentent année après année. Toutefois, en l'absence d'estimation du montant des fraudes pour la plupart des prestations, la portée des progrès réalisés ne peut être appréciée et l'impact des contrôles réalisés demeure faible.

La lutte contre les fraudes se concentre sur la recherche *a posteriori* des irrégularités, alors que celles-ci pourraient souvent être empêchées *a priori*, dès la gestion courante des prestations. Un changement d'échelle apparaît indispensable pour tarir les possibilités systémiques de fraude, mieux détecter les fraudes commises et sanctionner plus efficacement leurs auteurs sur le plan financier.

Une hausse des résultats financiers de la lutte contre la fraude

En 2019, les principaux organismes sociaux ont détecté 1 Md€ de préjudices subis ou évités au titre de fraudes avérées ou suspectées. Ce montant connaît une augmentation continue. Les fraudes détectées se concentrent sur le revenu de solidarité active, la prime d'activité et les aides au logement pour les caisses d'allocations familiales (CAF) ; les professionnels de santé et les établissements de santé pour les caisses primaires d'assurance maladie ; le minimum vieillesse pour les caisses de retraite ; les reprises d'activité non déclarées pour Pôle emploi.

Ces progrès s'expliquent par des moyens humains globalement préservés (près de 4 000 agents affectés à la réalisation de contrôles), une efficacité croissante des contrôles *a posteriori* des organismes sociaux et l'étendue des moyens d'investigation qui leur sont accordés.

Un impact des contrôles mal mesuré et qui reste faible

Seule la branche famille estime le montant des fraudes qu'elle subit (2,3 Md€ en 2018), mais celles effectivement détectées par les CAF en représentent une faible part (13 %). L'assurance maladie et la branche vieillesse, quant à elles, n'estiment pas le montant des



fraudes, si bien qu'il est impossible d'apprécier l'impact réel de leurs contrôles. De son côté, Pôle emploi s'est engagé à procéder à une estimation périodique.

Plus globalement, en prenant compte à la fois les erreurs et les fraudes, les organismes sociaux perdent en tout état de cause des sommes importantes. En 2018, les CAF ont versé à tort, de manière définitive, environ 3 Md€, soit 4,5 % du montant total des prestations. Pour 2019, l'assurance maladie estime à 1 Md€ le montant des factures irrégulières réglées aux professionnels et aux établissements de santé, mais ce montant ne comprend pas les séjours dans les établissements de santé publics et privés non lucratifs. Il est donc nettement sous-estimé.

Ces pertes élevées démontrent que les contrôles ne sont pas suffisamment nombreux au regard de l'ampleur des risques de fraudes et d'erreurs.

Un changement d'échelle indispensable

Le principal enjeu est de tarir les possibilités systémiques de fraude, en passant d'un nombre réduit de contrôles *a posteriori* à une démarche de sécurisation systématique *a priori* de la gestion des droits et des prestations sociales, qui repose sur un système déclaratif trop ouvert dont le resserrement est nécessaire.

Ce resserrement devrait concerner notamment les comptes bancaires sur lesquels sont versés les prestations, la conformité des facturations des professionnels et des établissements de santé à la réglementation et aux prescriptions médicales, les assiettes salariales des droits sociaux déclarées par les employeurs, les montants de ressources et les situations professionnelles déclarées par les bénéficiaires des prestations, les logements supportant des aides et les cartes Vitale. Un accent particulier devrait être mis sur l'objectivation et la résorption de l'important surnombre de bénéficiaires de droits ouverts – exercés ou non – à des prises en charge de frais de santé par l'assurance maladie.

La recherche et la sanction des fraudes doivent aussi faire l'objet de progrès.

La Cour formule 15 recommandations visant notamment à :

- **apprécier l'ampleur de la fraude aux prestations et les résultats obtenus**, pour objectiver les progrès réalisés et mettre en œuvre les mesures adéquates ;
- **tarir les possibilités systémiques de fraude** : circonscrire les usurpations d'identité, fiabiliser les données servant à établir les prestations et gérer de manière plus rigoureuse les droits et les prestations d'assurance maladie ;
- **mieux prévenir, intensifier et faciliter la recherche de fraudes**, en développant les contrôles sur place, les plus poussés, en étendant la mutualisation des informations entre organismes sociaux et avec les administrations de l'Etat et en créant une unité transversale pour mieux lutter contre les fraudes sophistiquées ou en bande organisée ;
- **sanctionner plus efficacement les fraudes sur le plan financier**, notamment pour l'assurance maladie, en recouvrant plus efficacement les sommes liées à des fraudes détectées, et en recourant davantage, en fonction de la gravité des faits, au déconventionnement des professionnels de santé.

[Lire le rapport](#)

CONTACTS PRESSE :

Ted Marx □ Directeur de la communication □ T 01 42 98 55 62 □ ted.marx@ccomptes.fr

Etienne Chantoin □ Relations presse □ T 01 42 98 59 45 □ etienne.chantoin@ccomptes.fr



@Courdescomptes



ccomptes



Cour des comptes



Cour des comptes