

## **Chapitre VII**

# **La lutte contre les fraudes aux prestations sociales : une action plus dynamique à renforcer encore**

---

## PRÉSENTATION

---

*Les prestations servies par les caisses de sécurité sociale ne sont pas toujours conformes, dans leur attribution comme dans leur montant, aux règles de droit applicables. Des écarts avec ces règles peuvent, en effet, provenir d'erreurs internes aux caisses ou d'erreurs dans les informations que leur transmettent les bénéficiaires des prestations. Les erreurs intentionnelles sont des fraudes, souvent difficiles à démontrer<sup>324</sup>.*

*De nombreux mécanismes de fraudes aux prestations de sécurité sociale existent. Mais, l'essentiel des montants fraudés est imputable, au détriment de l'assurance maladie, aux facturations des professionnels et des établissements de santé et, au détriment des caisses d'allocations familiales (Caf), aux données déclarées d'activité professionnelle, de ressources et de la composition des foyers allocataires des prestations.*

*En 2020, à la demande de la commission des affaires sociales du Sénat<sup>325</sup>, la Cour a examiné les actions visant à lutter contre les fraudes menées par les organismes sociaux (caisses des régimes général et agricole de sécurité sociale, Pôle emploi et organismes de gestion des retraites complémentaires des salariés) et leurs autorités de tutelle. La Cour a alors souligné la lenteur des progrès intervenus et formulé 15 recommandations afin de changer l'échelle de ces actions. Également en septembre 2020, une commission d'enquête de l'Assemblée nationale<sup>326</sup> a émis 55 recommandations concernant la sécurité sociale. Compte tenu des enjeux civiques et financiers liés aux fraudes aux prestations, la Cour a souhaité examiner rapidement les suites données à ses recommandations, notamment par les dernières lois de financement de la sécurité sociale, et porter une appréciation actualisée sur les actions visant à lutter contre les fraudes.*

*Depuis 2020, la lutte contre les fraudes aux prestations a été relancée (I). Malgré les progrès intervenus, à confirmer, le nécessaire changement d'échelle des actions visant à mieux prévenir détecter et sanctionner les fraudes reste en grande partie à réaliser (II).*

---

<sup>324</sup> À l'inverse, les personnes qui remplissent les conditions pour bénéficier de prestations n'en demandent pas systématiquement l'attribution. Ce non-recours est difficile à évaluer et son intensité varie selon les prestations.

<sup>325</sup> Cour des comptes, *La lutte contre les fraudes aux prestations : des progrès trop lents, un changement d'échelle indispensable*, communication à la commission des affaires sociales du Sénat, 8 septembre 2020.

<sup>326</sup> Rapport n° 2485 de M. Pascal Brindeau, fait au nom de la commission d'enquête relative à la lutte contre les fraudes aux prestations sociales, présidée par M. Patrick Hetzel, septembre 2020.

**Les fraudes aux prestations : principales données disponibles**

Montants estimés des préjudices subis du fait de fraudes ou de fautes<sup>327</sup> :

- pour les prestations légales versées par les CAF, entre 2,5 et 3,2 Md€ de fraudes en 2020 ;
- pour l'assurance maladie, entre 1,1 et 1,3 Md€ de fraudes et de fautes pour six prestations versées ou droits attribués en 2018 ou en 2019 qui ne représentent que 27 % du total du montant des prestations légales versées par l'assurance maladie (soins infirmiers et de masso-kinésithérapie, actes des médecins généralistes, produits de santé délivrés par les pharmacies d'office, transports de patients et complémentaire santé solidaire) ;
- pour les caisses de retraite en 2020, entre 0,1 et 0,4 Md€ de fautes au titre des prestations versées.

Nombre de sanctions administratives : 48 893 en 2022.

Montant des pénalités financières : 39 M€ en 2022.

<sup>327</sup> Une fraude est un acte intentionnel entraînant un préjudice pour l'organisme ayant versé les prestations. Une faute occasionne aussi un préjudice, mais l'intentionnalité n'est pas démontrée. Les CAF ne font pas application de cette dernière notion.

## **I - Une relance de la lutte contre les fraudes aux prestations sociales à confirmer**

Les rapports de l'Assemblée nationale et de la Cour publiés en 2020 ont contribué à donner une nouvelle impulsion à la lutte contre les fraudes aux prestations, qui se manifeste par de nombreuses mesures législatives, des réorganisations administratives et l'établissement d'estimations de la fraude.

### **A - Des mesures législatives nombreuses, qui restent cependant pour l'essentiel à appliquer**

#### **1 - De nouveaux pouvoirs de contrôle pour les organismes sociaux**

Le législateur a amélioré les conditions de réalisation des contrôles des organismes de protection sociale. Ainsi, la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2021 a accordé aux caisses d'assurance maladie la possibilité de déroger au délai de droit commun<sup>328</sup> pour le règlement des factures en tiers payant afin de pouvoir effectuer des contrôles dans le cas de professionnels ayant été sanctionnés ou condamnés pour fraude au cours des deux dernières années ; le décret d'application n'a cependant pas été pris. Par la suite, la LFSS pour 2023 a restreint l'application de cette mesure aux préjudices les plus graves (dont le montant dépasse huit plafonds mensuels de la sécurité sociale, soit 29 328 € en 2023).

Depuis 2008, les organismes de sécurité sociale sont dotés des mêmes prérogatives que l'administration fiscale, ce qui leur permet d'obtenir de tiers<sup>329</sup> la communication de documents. Le champ de cette prérogative a été étendu à Pôle emploi par la loi de finances pour 2021 et ses modalités d'exercice ont été améliorées par la LFSS pour 2022, qui a donné la possibilité aux organismes sociaux d'exiger une transmission dématérialisée des informations demandées. Par ailleurs, à l'instar de l'administration fiscale depuis la loi de finances pour 2022, la LFSS pour 2023 permet aux greffiers des tribunaux de commerce de transmettre aux organismes sociaux les informations recueillies dans l'exercice de leurs missions laissant présumer des fraudes en matière de prélèvements ou de prestations, afin de faciliter l'identification précoce de sociétés éphémères frauduleuses.

---

<sup>328</sup> En application de dispositions réglementaires, sept jours ouvrés au plus, au-delà desquels les caisses d'assurance maladie doivent verser une pénalité.

<sup>329</sup> Le droit de communication permet d'obtenir, auprès d'administrations ou d'entreprises comme les banques, les fournisseurs d'énergie et les opérateurs de téléphonie, sans que s'y oppose le secret professionnel, notamment bancaire, les informations nécessaires au contrôle de l'authenticité des documents fournis et de l'exactitude des déclarations faites en vue de l'attribution de droits ou de prestations.

La LFSS pour 2023 a enfin conféré à certains agents des organismes de protection sociale des prérogatives d'officiers de police judiciaire leur permettant de rechercher et de constater des infractions pénales<sup>330</sup>. À cette fin, ils pourront procéder, sur convocation ou sur place, à des auditions libres des personnes suspectées ou susceptibles d'apporter des éléments utiles à leurs investigations et de constater les infractions par des procès-verbaux faisant foi jusqu'à preuve du contraire et transmis directement au procureur de la République. En outre, ils pourront participer sous pseudonyme à des échanges électroniques (cyber-enquêtes), y compris avec les auteurs suspectés d'infractions, sans être pénalement responsables (à condition toutefois de ne pas inciter à en commettre).

Certaines décisions du législateur tardent, cependant, à être mises en œuvre. Ainsi, la loi du 23 octobre 2018 a autorisé les organismes de sécurité sociale à consulter les bases nationales Ficovie, BNDP (données patrimoniales) et Patrim (ventes immobilières) de l'administration fiscale. Or, les délais d'établissement des liaisons informatiques et des conventions entre les organismes et l'administration fiscale (signées uniquement début 2022) et d'habilitation de certains agents des organismes font que les possibilités de consultation ouvertes par la loi du 23 octobre 2018 commencent à peine à être exploitées.

## **2 - Sécuriser l'immatriculation des bénéficiaires de prestations**

Les personnes de nationalité étrangère nées à l'étranger sont immatriculées à la sécurité sociale après examen d'un titre d'identité ou de séjour en France et de documents étrangers d'état civil, parfois peu probants à défaut d'une normalisation suffisante.

Afin de sécuriser l'immatriculation, la LFSS pour 2021 a généralisé l'attribution d'un numéro d'identification d'attente (NIA) commun à l'ensemble des organismes de sécurité sociale. Après les CAF, qui utilisaient déjà le NIA depuis 2017, l'assurance maladie et de la MSA y ont recours depuis novembre 2021. En revanche, l'assurance vieillesse ne l'utilise pas pour les attributions de pensions de réversion à des personnes veuves non immatriculées à la sécurité sociale française.

Selon le décret d'application<sup>331</sup>, si le titulaire d'un NIA ne fournit pas dans les six mois les éléments d'état-civil permettant de certifier son identité ou si l'examen de ces pièces révèle l'existence d'une fraude, une procédure est engagée pouvant conduire à la suspension, voire à la fermeture des droits ouverts dans l'ensemble des organismes utilisant le NIA. Les prestations versées pendant la période litigieuse devront alors faire l'objet d'une récupération d'indus. Le décret doit produire de premiers effets à compter de janvier 2023.

<sup>330</sup> Escroquerie et tentative d'escroquerie, faux et usage de faux, fourniture d'une fausse déclaration ou d'une déclaration incomplète, établissement d'un certificat inexact.

<sup>331</sup> Décret n° 2022-292 du 1<sup>er</sup> mars 2022.

Par ailleurs, les données de l'application de gestion des dossiers des ressortissants étrangers en France (Agdref) du ministère de l'intérieur consultables par les organismes sociaux ont été enrichies (situation familiale, existence d'une demande de renouvellement de titre de séjour et adresse de résidence). En 2023, les organismes de protection sociale auront accès aux pièces justificatives soumises à l'appui des demandes de titre de séjour.

Pour réduire la fraude documentaire, les organismes de protection sociale doivent pouvoir accéder directement aux données d'état-civil à travers la plateforme Comedec (communication électronique des données d'état-civil) reliée aux mairies, au service central d'état civil (Français nés à l'étranger) et aux préfetures (personnes de nationalité étrangère titulaires d'un titre de séjour). Ce chantier est en cours sous l'égide de la mission interministérielle de coordination anti-fraude (Micaf, voir B – 2 - *infra*).

### **3 - La vérification de l'existence des retraités résidant à l'étranger**

En 2021, la branche vieillesse du régime général a versé 3,8 Md€ de pensions de retraite de droit propre et de droit dérivé, soit 3 % du montant total de ses prestations, à 1,1 million de retraités résidant à l'étranger.

À la différence de celui des pensionnés résidant en France, les caisses de retraite ne sont pas informées du décès des pensionnés résidant à l'étranger. De ce fait, les pensionnés résidant à l'étranger doivent adresser une fois par an un certificat d'existence, tamponné par les autorités civiles locales. Depuis 2019, ce certificat est commun à l'ensemble des régimes de retraite. Cette modalité de contrôle peut néanmoins être contournée, si l'autorité locale n'exige pas la présentation physique de l'assuré et n'a pas connaissance d'un éventuel décès, si elle cède à une tentative de fraude ou bien si son cachet est falsifié.

#### **Une nouvelle modalité de contrôle à étendre**

Comme elle s'y était engagée, la Cnav a expérimenté début 2021 la convocation d'assurés très âgés (80 ans et plus) résidant en Algérie au guichet de la banque qui verse les prestations. 472 assurés, sélectionnés en fonction de certains critères, ont ainsi été convoqués. 39 assurés, ayant 89 ans en moyenne, n'ont pas répondu à la convocation ; leurs paiements ont été suspendus. Compte tenu de l'étroitesse de l'échantillon, ces résultats ne peuvent être extrapolés à la population des personnes âgées de 80 ans et plus. Ils font néanmoins apparaître l'intérêt d'une extension de cette nouvelle modalité de contrôle à un nombre accru de dossiers.

Afin de mieux appréhender des décès non déclarés, l'assurance vieillesse déploie des échanges informatisés d'information avec les organismes de protection sociale d'un nombre croissant de pays (Allemagne, Belgique, Luxembourg, Suisse, Italie et Espagne depuis septembre 2021). Pour d'autres pays, des projets doivent aboutir d'ici la fin du premier semestre 2023 (Portugal) ou sont prévus (Pays-Bas, Canada et Israël). À ce jour, les échanges programmés ne couvrent pas ou que partiellement plusieurs pays de destination de montants importants de pension (Algérie, Maroc, Tunisie).

La LFSS pour 2021 a prévu que la preuve de l'existence puisse être apportée par l'usage de données biométriques. Au premier trimestre 2021, le GIP Union Retraite a effectué des tests auprès de retraités volontaires. Le décret d'application est en cours d'élaboration. Sous réserve de l'accord du retraité, ce dispositif, de reconnaissance faciale, permettra de comparer à distance la photographie du pensionné venant d'être prise avec celle figurant sur sa pièce d'identité.

#### 4 - Les détournements de cartes Vitale

Les cartes Vitale peuvent servir à frauder à l'assurance maladie selon les procédés suivants : la facturation de soins fictifs en tiers payant par un professionnel de santé, au titre d'un assuré ou de ses enfants ; l'utilisation de la carte par un assuré ou une personne autre que l'assuré ne remplissant pas ou plus les conditions d'une prise en charge par l'assurance maladie<sup>332</sup>.

L'existence de plusieurs cartes Vitale au nom d'un même assuré peut faciliter ces détournements. Selon la direction de la sécurité sociale et la Cnam, il n'existe plus de cartes Vitale en surnombre<sup>333</sup> pour les assurés du régime général de sécurité sociale depuis 2018 et, dans les autres régimes, le nombre de cartes surnuméraires est désormais marginal (moins de 1 000 fin septembre 2022, concentrées dans les régimes des Mines, de l'Assemblée nationale et du Sénat, contre 2,4 millions fin 2018). Malgré sa demande, la Cour n'a cependant pas été destinataire des données par âge des porteurs de cartes Vitale en cours de validité, tous régimes d'assurance maladie confondus, qui permettraient d'apprécier la cohérence des nombres de cartes en cours de validité par rapport à la décomposition par âge de la population française estimée par l'Insee.

---

<sup>332</sup> Activité professionnelle actuelle ou passée déclarée ou, à défaut, une résidence régulière et stable en France.

<sup>333</sup> Il s'agit d'assurés qui ont reçu une carte de plusieurs régimes successifs ou bien pour lesquels les caisses d'assurance maladie disposent d'une information attestant qu'ils n'en remplissent plus les conditions (décès ou départ de France).

L'utilisation de la carte Vitale est subordonnée à la validité des droits de l'assuré. En pratique, si l'assurance maladie a fermé les droits, une tentative d'utilisation dans une pharmacie entraîne l'invalidation de la carte. En revanche, la carte peut toujours être utilisée auprès d'un autre professionnel de santé, si ce dernier ne vérifie pas les droits de l'assuré sur le service *ADR* de l'assurance maladie<sup>334</sup>. L'enjeu financier correspondant est limité : en 2022, l'assurance maladie a réglé 6,6 M€ de frais de santé au titre de cartes en fin de vie, pour lesquelles les droits avaient été fermés, ce qui représente moins de 0,01 % de ses règlements.

Depuis 2017, la Cnam et le GIE-Sesam Vitale préparent la mise en place d'une application carte Vitale (ApCV), téléchargeable depuis un smartphone ou une tablette. À la suite d'une expérimentation engagée en 2019 et qui sera étendue en 2023 de deux à six départements, la Cnam prévoit de généraliser ApCV en 2024<sup>335</sup>. Contrairement à la carte physique, APcV synchronise la situation de l'assuré prise en compte par le professionnel de santé avec celle de l'assurance maladie. Un assuré n'ayant plus de droits à l'assurance maladie ne pourra donc pas l'utiliser. En outre, les exonérations de ticket modérateur seront conformes à celles dont bénéficie effectivement l'assuré à la date de la réalisation des soins. Le dispositif ApCV actuel ne remédie pas au risque de l'utilisation par un tiers non autorisé du smartphone ou de la tablette d'un assuré.

#### **La création d'une carte Vitale biométrique : un intérêt débattu**

La loi de finances rectificative du 16 août 2022 a créé un nouveau programme 378 « carte Vitale biométrique », doté de 20 M€, au budget du ministère de la santé. En 2022, 4,3 M€ ont été versés au GIE Sesam-Vitale en vue de financer des développements informatiques et le déploiement d'APcV. La loi de finances pour 2023 n'a pas reconduit le programme et le solde des crédits de 2022 n'a pas été reporté.

Selon ses promoteurs, la carte biométrique, physique ou dématérialisée, doit empêcher toute personne tierce de bénéficier d'une prise en charge par l'assurance maladie. En effet, contrairement à la carte physique actuelle ou à ApCV, la carte biométrique ne permettrait la prise en charge des frais de santé par l'assurance maladie qu'après vérification par le logiciel du professionnel de santé de la coïncidence des éléments biométriques de l'assuré (visage ou empreintes digitales) avec ceux intégrés à la carte.

<sup>334</sup> Ce service permet à un professionnel de santé, *via* son logiciel de facturation, d'obtenir les informations relatives aux droits d'un bénéficiaire de soins.

<sup>335</sup> Fin 2022, 114 professionnels de santé étaient équipés d'un procédé de lecture de la carte APcV, 6 430 assurés avaient activé ApCV et 157 feuilles de soins avaient été facturées à l'assurance maladie sous ce format.



Outre le fait que la carte ApCV comporte des éléments biométriques<sup>336</sup>, la Cnam estime qu'une carte biométrique aurait un coût disproportionné au regard des risques de fraude.

Selon elle, cela impliquerait d'équiper les 400 000 professionnels de santé en lecteurs, remplacer les 58 millions de cartes en cours de validité et déployer des modalités lourdes de récupération et de mise à jour périodique des données biométriques. La mise en place d'une version biométrique de la carte Vitale soulève aussi des questions d'acceptabilité par les assurés et les professionnels, de proportionnalité des moyens déployés au regard des objectifs poursuivis et de respect des droits et libertés fondamentaux. Une mission sur la carte biométrique a été confiée aux inspections générales des finances et des affaires sociales.

## **B - Des réorganisations administratives qui produisent de premiers résultats**

### **1 - Une action ministérielle mieux structurée**

En décembre 2020, le ministre des solidarités et de la santé, le ministre du travail, de l'emploi et de l'insertion et le ministre délégué chargé des comptes publics ont confié au directeur de la sécurité sociale une feuille de route fixant cinq orientations à la lutte contre la fraude sociale : l'établissement d'éléments de cartographie des fraudes comprenant une estimation biennale de son montant ; la lutte contre les fraudes aux prestations commises par les assurés (immatriculation, résidence, ressources et simplification et partage des données) ; la lutte contre les fraudes des professionnels de santé en ville et des établissements ; la lutte contre les fraudes aux prélèvements sociaux ; le recouvrement des indus frauduleux.

La direction de la sécurité sociale (DSS) et les organismes nationaux du régime général ont pris en compte, à des degrés divers, l'ensemble des enjeux soulignés par l'Assemblée nationale et par la Cour.

---

<sup>336</sup> Pour activer sa carte dématérialisée « ApCV » à partir de son terminal mobile avant la première utilisation, l'assuré photographie avec ce dernier son visage et son justificatif d'identité. Un procédé automatisé vérifie ensuite la concordance de la photographie ainsi prise avec celle du justificatif précité, puis la correspondance entre le NIR déclaré et les données du justificatif d'identité.

## 2 - Une intervention renforcée de l'instance de coordination interministérielle sur la fraude aux prestations sociales

Comme la délégation nationale à la lutte contre la fraude (DNLF) à laquelle elle a succédé en juillet 2020<sup>337</sup>, la mission interministérielle de coordination antifraude (Micaf) suit l'activité des comités opérationnels départementaux antifraude (Codaf), réunissant, sous la co-présidence du préfet de département et du procureur de la République du chef-lieu du département, les services de l'État<sup>338</sup> et les organismes locaux de protection sociale. Ces instances échangent des renseignements et des expériences, organisent des opérations conjointes et proposent des formations. Elles ont récemment fourni leur appui à des contrôles de l'assurance maladie sur des centres ophtalmologiques, dentaires et infirmiers.

La Micaf joue un rôle d'impulsion et de coordination des acteurs publics dans la lutte contre la fraude aux prélèvements fiscaux et sociaux et aux prestations sociales. Ce rôle s'exerce notamment à travers dix groupes nationaux antifraudes (Gonaf), qui visent à mettre en œuvre des stratégies communes d'action.<sup>339</sup> Dans le domaine de la fraude sociale, a été signé, en décembre 2021, un protocole renforçant les échanges d'informations pour lutter contre les fraudes documentaires et à l'identité entre le ministère de l'intérieur, les organismes de protection sociale et la Micaf. Cette dernière appuie les travaux visant à intégrer les dates des titres de séjour dans les systèmes d'information de l'ensemble des organismes de protection sociale et à rapprocher les fichiers de bénéficiaires de prestations avec ceux des non-résidents fiscaux et des Français établis hors de France. Elle pilote par ailleurs des projets de rapprochement des organismes de sécurité sociale à des systèmes sécurisés d'échanges d'informations. Enfin, la Micaf a créé des groupes de travail interministériels sur des thèmes ponctuels (comme la fraude au passe sanitaire et aux tests antigéniques en 2021).

---

<sup>337</sup> La Micaf a été créée par le décret n° 2020-872 du 15 juillet 2020.

<sup>338</sup> Police, gendarmerie, administrations préfectorale, fiscale, douanière et du travail.

<sup>339</sup> Chaque groupe est copiloté par la Micaf et une administration. Cinq Gonaf concernent pour partie les prestations sociales : la fraude documentaire et à l'identité, la fraude à la résidence (la DSS est en chef de file), les fraudes fiscales et sociales commises via des sociétés éphémères frauduleuses, l'adaptation des moyens d'enquête aux enjeux du numérique et le recouvrement des créances en matière de fraude aux finances publiques.

### 3 - Une recherche renforcée par la Cnaf des fraudes à forts enjeux

En 2021, la Cnaf a mis en place un service national de lutte contre la fraude à enjeux (SNLFE) composé de 30 contrôleurs aux profils variés<sup>340</sup>. Le soutien apporté par le SNLFE a permis aux CAF de détecter 21 M€ d'indus, frauduleux ou non, en 2022.

#### L'action des CAF contre la fraude à enjeux

Les contrôleurs du SNLFE exploitent en masse les données du système d'information des CAF afin d'identifier des relations entre allocataires, en fonction de certains critères, sur l'ensemble du territoire national. À la suite de cibles de contrôle que leur adresse le SNLFE, les CAF font actuellement porter leurs investigations sur une quinzaine de thématiques dont certaines, comme les changements frauduleux de RIB par des tiers, l'absence de résidence en France et les faux micro-entrepreneurs, révèlent des fraudes à grande échelle.

La détection, y compris avant le paiement des prestations, des fraudes à forts enjeux par leur montant, le nombre d'acteurs concernés ou les techniques employées nécessite une utilisation plus poussée des outils permettant d'explorer les données (*datamining*) et le développement d'échanges plus nourris entre les différentes branches de sécurité sociale sur les techniques de fraudes. Comme le prévoit la réglementation, il conviendrait par ailleurs que l'ensemble des organismes nationaux de sécurité sociale communiquent à la direction de la sécurité sociale les synthèses trimestrielles relatives aux fraudes à enjeux.

### C - Des estimations du montant des fraudes plus nombreuses, mais encore très partielles

Dans la feuille de route qu'ils ont adressée au directeur de la sécurité sociale, les ministres ont demandé que la Cnaf, la Cnam et la Cnav estiment tous les deux ans le montant des fraudes aux prestations. La DSS prévoit de disposer d'une estimation globale de la fraude en 2024, ce qui paraît ambitieux au regard du nombre réduit d'estimations disponibles à ce jour.

---

<sup>340</sup> Contrôleurs en CAF mais aussi un ancien gendarme et un ancien inspecteur d'Urssaf.

Depuis 2010, la Cnaf établit selon une méthodologie solide une estimation périodique<sup>341</sup> du montant des fraudes aux prestations légales (2,8 Md€ en 2021), qui sont principalement concentrées sur le revenu de solidarité active (RSA), la prime d'activité et les aides au logement. En revanche, la démarche est nouvelle pour la Cnam, qui s'était jusque-là refusée à estimer la fraude. La Cnav a dû engager à nouveau une estimation, après une première tentative en 2011 tenue pour infructueuse.

### **1 - Des estimations de plus en plus nombreuses pour l'assurance maladie, mais couvrant encore une faible partie des dépenses**

La Cnam a pour objectif d'estimer en 2024 l'ensemble des fraudes aux prestations versées par les caisses d'assurance maladie. Compte tenu de la diversité des acteurs à l'origine des dépenses de prestations et des prestations elles-mêmes, elle établit par étape des estimations des fraudes par profession de santé et par droit ou prestation.

À ce jour, elle a établi six estimations portant sur les droits à la complémentaire santé solidaire et les facturations réglées aux médecins généralistes, aux infirmiers libéraux, aux masseurs-kinésithérapeutes, aux pharmaciens d'officine et aux transporteurs sanitaires et taxis conventionnés.

En 2021, les six domaines pour lesquels la Cnam a établi une estimation ont représenté 58 Md€ de dépenses, qui ne représentent que 29 % du total du montant des prestations légales versées par l'assurance maladie (hors dotations et forfaits de rémunération des professionnels et des établissements de santé). Une estimation reste donc à établir sur des champs très vastes des dépenses d'assurance maladie : facturations réglées à certains professionnels libéraux de ville (médecins spécialistes, chirurgiens-dentistes, fournisseurs de dispositifs médicaux et laboratoires d'analyses biologiques), règlements de séjours aux établissements de santé publics et privés, droits à l'assurance maladie obligatoire de base et ensemble des prestations monétaires (indemnités journalières, pensions d'invalidité et rentes AT-MP).

Les méthodes employées par la Cnam pour estimer les fraudes commises par les professionnels de santé fournissent des ordres de grandeur plausibles. Leur fiabilité est cependant affectée par le champ et les conditions de réalisation des contrôles de l'assurance maladie<sup>342</sup>.

---

<sup>341</sup> Cette estimation n'est plus annuelle, comme elle l'était à l'origine.

<sup>342</sup> Nombre réduit de professionnels contrôlés, forte hétérogénéité en conséquence des montants de préjudices constatés et absence de restitution de données importantes par

### **Des ordres de grandeur fonction des méthodes employées**

Pour estimer les fraudes à la C2S non contributive, la Cnam a utilisé l'échantillon de 10 700 dossiers tirés aléatoirement, portant sur les années 2018 et 2019, qui lui sert à cibler les dossiers à contrôler *a posteriori* à partir d'une estimation de la probabilité d'anomalies. Seule est pertinente l'estimation du montant agrégé des fraudes et des fautes. En effet, pour qualifier une fraude, la Cnam prend en compte non l'intentionnalité de son auteur, mais un niveau très élevé de ressources<sup>343</sup> de ce dernier.

S'agissant des factures réglées aux professionnels de santé, l'assurance maladie effectue uniquement des contrôles ciblés en fonction de certains critères. Une extrapolation de leurs résultats à l'ensemble des professionnels comporterait des biais de sélection des professionnels contrôlés et de détection de préjudices financiers. La Cnam recourt donc à des méthodes estimatives.

Pour les infirmiers, la Cnam a appliqué deux méthodes. La méthode de post-stratification vise à structurer l'échantillon des dossiers contrôlés en strates homogènes afin de corriger le biais de ciblage des contrôles. La méthode économétrique permet de calculer le montant moyen du préjudice sur l'ensemble de la population concernée à partir de la probabilité estimée de commettre un préjudice financier et du montant moyen du préjudice estimé parmi les fraudeurs et de facteurs correctifs. Les résultats obtenus par la deuxième méthode dépassent de près de 40 % ceux de la première.

Pour les autres professions, la Cnam a appliqué une autre méthode, dite de *matching*. Elle consiste à appliquer aux individus non-contrôlés un score de probabilité de frauder fonction de variables observées chez les individus pour lesquels une fraude ou une faute a été détectée (comme les montants d'honoraires remboursés par exemple) et à appliquer à l'ensemble des individus le taux de préjudice financier moyen des individus contrôlés.

## **2 - Des progrès méthodologiques à réaliser par l'assurance vieillesse**

Les éléments communiqués par la Cnav à la Cour ne permettent pas d'écarter le risque de sous-estimation des fraudes et des fautes.

---

l'outil de *reporting* des contrôles, comme le sont l'indication des contrôles sans suites contentieuses et les variables de sélection des contrôles.

<sup>343</sup> Lorsqu'elles dépassent un seuil élevé (trois plafonds de ressources de la complémentaire santé solidaire, soit 28 713 € pour une personne seule en 2023).

### **Une estimation des fautes et des fraudes par la Cnav à fiabiliser**

La Cnav a sélectionné un échantillon de 2 000 retraités en 2021, puis de 3 000 en 2022, ayant perçu des prestations au 31 décembre de l'année précédente (2020 et 2021 respectivement), à partir d'une décomposition de la population des retraités en trois strates (pension de droit propre, pension de réversion ou de veuvage, allocation du minimum vieillesse). Parmi les dossiers sélectionnés pour vérification, les deux dernières catégories sont sur-représentées au motif que leurs prestations, conditionnées par le niveau des ressources ou la résidence en France, sont les plus fraudées.

Sur 251 dossiers pour lesquels le rapprochement entre les informations intégrées aux différents systèmes d'information de la branche vieillesse a fait apparaître une incohérence, dix-sept situations ont été qualifiées de fautives et une seule de frauduleuse. En extrapolant ce résultat à l'ensemble des retraités de l'assurance vieillesse, les fautes et fraudes concerneraient entre 0,2 % et 0,6 % des retraités et leur montant serait compris entre 0,1 Md€ et 0,4 Md€, pour l'essentiel au titre des pensions de réversion et du minimum vieillesse. Les éléments précis ayant conduit, pour les 233 dossiers concernés, à écarter l'éventualité d'une faute ou d'une fraude n'ont pas été indiqués à la Cour.

Pour la nouvelle estimation effectuée en 2022, la Cnav a mis en œuvre un nouveau protocole de contrôle, qui ne vise cependant qu'une partie des risques. Ainsi, pour le minimum vieillesse, qui est la principale prestation pour laquelle les caisses détectent des fraudes et des fautes, la condition de résidence effective en France d'une durée de six mois est contrôlée afin de prévenir les risques de départ hors de France et de non-déclaration de décès. Toutefois, dans les contrôles de premier niveau, seules les anomalies éventuelles dans les informations disponibles sont relevées. La nouvelle estimation et les éléments de calcul qui la sous-tendent n'ont pas été communiqués à la Cour.

Pour les échantillons de dossiers contrôlés, il convient que la Cnav mette en œuvre des contrôles couvrant l'ensemble des risques, explicite les motifs qui conduisent à écarter une qualification de faute ou de fraude pour les dossiers pour lesquels une anomalie est détectée et s'assure que des faits qualifiés de fautifs ne seraient pas, en réalité, constitutifs de fraudes.

### **3 - Des préjudices en tout état de cause considérables**

Malgré les limites qui les affectent, les estimations disponibles font apparaître des fréquences et montants très élevés de préjudices financiers.

Selon l'estimation la plus récente, la fraude aux prestations légales versées par les CAF s'élevait en 2020 entre 2,5 et 3,2 Md€, soit entre 3,1 %

et 4,0 % du montant des prestations (entre 8,2 % et 11,8 % pour le RSA et entre 5,9 % et 8,2 % pour la prime d'activité).

Pour les six estimations disponibles de l'assurance maladie, les préjudices liés à des fraudes et à des fautes atteignent en cumul entre 1,1 et 1,3 Md€. Au regard du poids financier des prestations pour lesquelles les fraudes et fautes ne sont pas encore estimées, cela laisse augurer un préjudice global pour l'assurance maladie très largement supérieur. L'application d'une simple règle de trois aux montants déjà estimés conduit, pour le régime général, à un montant de fraudes et de fautes à l'assurance maladie de l'ordre de 3,8 à 4,5 Md€. Toutefois, seule l'extension des travaux d'estimation à l'ensemble du champ des prestations (hors forfaits aux professionnels de santé et dotations aux établissements) et l'analyse critique des méthodes utilisées permettra de disposer d'une évaluation rigoureuse des montants en jeu.

**Tableau n° 22 : estimations disponibles des fraudes aux prestations**

	Montant estimé des fraudes et des fautes	En % du montant des dépenses concernées	Montant détecté de fraudes et de fautes	% détecté du montant estimé de fraudes et de fautes
CAF (2020)	2,5 Md€ à 2 Md€	3,1 à 4,0 %	0,3 Md€	11,0 %
C2S (2018)	177 M€	8,7 %	1,4 M€	0,8 %
Médecins généralistes (2018-2019)	185 M€ à 215 M€	3,1 à 3,5 %	3,7 M€ (2019) 4 M€ (2018)	1,7 à 2,2 %
Infirmiers (2018)	286 M€ à 393 M€	5,0 à 6,9 %	17,8 M€	4,5 à 6,2 %
Masseurs-Kinésithérapeutes (2018-2019)	166 M€ à 234 M€	5,2 à 6,7 %	7,9 M€ (2019) 11,3 M€ (2018)	1,8 à 2,8 %
Pharmaciens (2018-2019)	91 M€ à 105 M€	0,5 à 0,6 %	4,3 M€ (2019) 4,7 M€ (2018)	8,8 à 10,8 %
Transport de patients (2018-2019)	145 M€ à 177 M€	3,9 à 4,9 %	6,9 M€ (2019) 12,3 M€ (2018)	4,8 à 6,9 %
Retraite (2020)	100 M€ à 400 M€	0,1 à 0,3 %	19,7 M€	4,9 à 19,7 %

Source : Cour des comptes d'après les informations de la Cnaf (fraudes, pas de constatation de fautes) de la Cnam (fraudes et fautes) et de la Cnav (fraudes et fautes)

Note de lecture : l'année indiquée entre parenthèses est celle sur laquelle portent l'estimation et la détection des fraudes et des fautes.

Comme le montre la dernière colonne du tableau précédent, seule une faible partie du montant estimé des préjudices liés à des fraudes ou à des fautes est détectée par les contrôles des caisses de sécurité sociale après versement des prestations (11 % pour les prestations versées par les CAF et entre 1 % et 11 % pour les frais de santé réglés par l'assurance maladie).

## **II - Un changement d'échelle de la lutte contre les fraudes à réaliser**

En 2021, les contrôles effectués par les caisses du régime général de sécurité sociale leur ont permis de mettre en recouvrement 488 M€ d'indus liés à des préjudices subis au titre de fraudes ou de fautes (dont 309 M€ pour les CAF, 153 M€ pour les CPAM et 26 M€ pour les caisses de retraite). La faiblesse des montants de préjudices que permettent de détecter les contrôles au regard des montants estimés de fraudes et de fautes souligne la nécessité d'amplifier la lutte contre les fraudes sur trois fronts : réduire l'éventail des mécanismes possibles de fraude, détecter un nombre accru de préjudices et en sanctionner plus efficacement les auteurs.

### **A - Des chantiers à mener à bien pour tarir à la source les possibilités systémiques de fraude**

#### **1 - Mettre en échec une partie des surfacturations commises par les professionnels et les établissements de santé**

Le manque de rigueur dans les modalités de règlement des actes, séjours, biens et prestations facturés par les professionnels et les établissements de santé conduit à un préjudice pour l'assurance maladie estimé à 3,4 Md€ pour 2022 (hors séjours dans les établissements publics et privés non lucratifs de santé, qui ne sont pas facturés directement à l'assurance maladie, voir encadré *infra*). Dans une mesure non estimée par la Cnam, mais potentiellement importante, ces erreurs correspondent à des fraudes ou à des fautes des professionnels et établissements. Pourtant, des solutions techniques existent afin de mettre fin aux préjudices qu'elles occasionnent.

Pour régler les professionnels et les établissements en tiers payant (soit 96 % des dépenses de prise en charge de frais de santé en 2021), l'assurance maladie utilise une application informatique ancienne dont le paramétrage en vigueur ne bloque qu'une part très limitée des factures qui contreviennent aux interdictions de cumul ou d'association de certains actes médicaux ou paramédicaux fixées par les nomenclatures tarifaires.



En renforçant les contrôles automatisés sur les factures, l'assurance maladie pourrait bloquer les versements à tort. En avril 2021, la Cnam a engagé un projet (*METEORE*) qui lui permettra notamment d'intégrer à son système d'information le module de tarification et de contrôle des frais de santé de la MSA. Selon la Cnam, fin 2023 seront traitées les facturations des pharmacies, en intégrant au moins 1 400 contrôles automatisés portant sur divers paramètres des facturations à l'assurance maladie, puis, en 2024, les doubles paiements pourront être prévenus.

#### **Fides, un chantier de fiabilisation des facturations qui n'avance pas**

L'assurance maladie ne peut effectuer de contrôles automatisés sur les facturations de séjours des établissements publics et privés non lucratifs. En effet, comme à l'époque du budget global des hôpitaux antérieur à la tarification à l'activité (T2A), ils ne lui facturent pas directement les séjours. Des arrêtés des agences régionales de santé notifient à l'assurance maladie les sommes à payer.

L'obligation de facturation individuelle et directe des séjours (Fides), qui devait entrer en vigueur en 2006, n'a cessé d'être reportée, en dernier lieu à 2027 par la LFSS pour 2022. Faute de décret d'application, la phase pilote, de deux années, prévue par la loi, avant une généralisation entre 2024 et 2027, n'a pas débuté ; les établissements volontaires n'ont pu se porter candidats.

Fides remettrait en cause des facilités de facturation pour les hôpitaux publics (correction de facturations incomplètes ou erronées jusqu'à la fin de l'année, valorisation l'année suivante de séjours de l'année écoulée). Sans méconnaître leur portée, les réorganisations internes à effectuer par les hôpitaux ne sauraient justifier de nouveaux retards, d'autant que les cliniques privées facturent de longue date à l'assurance maladie sans difficulté notable.

La dématérialisation des ordonnances médicales<sup>344</sup> 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. En principe, la plupart des prescriptions, d'un médecin en ville, en établissement médico-social ou en établissement de santé, et exécutées par des professionnels de santé en ville, devront être effectuées par la voie dématérialisée au plus tard fin 2024, en application

<sup>344</sup> Cour des comptes, « *La dématérialisation des prescriptions médicales : un facteur d'efficience du système de santé, des chantiers ambitieux à faire aboutir* », Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, octobre 2021.

d'une ordonnance du 18 novembre 2020. Les textes fixant le champ exact et le calendrier d'entrée en vigueur de cette obligation n'ont pas été pris.

Depuis mai 2022, l'ensemble des médecins et pharmaciens peuvent utiliser un service d'ordonnance numérique des médicaments mis à leur disposition par l'assurance maladie, à condition de disposer d'un logiciel « référencé Ségur » dont elle finance l'équipement (jusqu'à fin avril 2023). En outre, le forfait structure<sup>345</sup> versé par l'assurance maladie aux médecins intègre une incitation à son utilisation. 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 étendue aux dispositifs médicaux commercialisés par des prestataires de service.

## **2 - Fiabiliser les données relatives à l'activité professionnelle, aux membres et aux ressources du foyer des allocataires de prestations**

En 2022, le montant estimé par la Cnaf des erreurs définitives affectant les prestations légales versées par les CAF au titre des données déclarées a atteint 5,8 Md€ en valeur centrale statistique (soit 7,6 % du montant des prestations), pour l'essentiel au titre de versements indus non détectés, contre 2,9 Md€ en 2017 (soit 4,2 %). La plupart de ces erreurs sont liées à l'absence de déclaration d'une reprise d'activité professionnelle, de certaines ressources ou d'une vie en couple. Dans une mesure non estimée par la Cnaf, mais potentiellement élevée, elles correspondent à des fraudes.

Afin de limiter les déclarations à effectuer par les bénéficiaires des prestations ainsi que la charge de travail liée à leur traitement et les erreurs

---

<sup>345</sup> Le montant de cette aide à l'organisation et à l'informatisation du cabinet médical dépend de l'atteinte de certains objectifs. L'avenant 9 à la convention médicale du 31 juillet 2021 a prévu pour l'année 2023 une incitation de 280 € à l'usage de l'ordonnance numérique (sur un forfait de 9 975 € au plus).

affectant les données déclarées, les organismes sociaux prennent en compte de manière croissante des données provenant de tiers de confiance (administrations de l'État<sup>346</sup>, autres organismes<sup>347</sup> et employeurs de salariés), notamment les données de salaires et de prestations sociales rassemblées depuis 2019 dans le dispositif ressources mensuelles (DRM)<sup>348</sup>.

### **L'utilisation croissante des données du DRM**

Depuis janvier 2021, les données du DRM sont utilisées pour le calcul trimestriel des aides personnelles au logement. Depuis janvier 2022, elles sont aussi utilisées pour l'attribution annuelle de la C2S. Depuis juin 2022, les différents régimes de retraite ont accès aux données du DRM pour le calcul des pensions de réversion. D'autres utilisations sont prévues : la révision périodique du montant des pensions d'invalidité en fonction de l'évolution des revenus professionnels, au second semestre 2023, et le calcul des allocations de retour à l'emploi, d'ici 2024 et le calcul trimestriel du RSA et de la prime d'activité, au plus tôt en 2024,

Les données du DRM peuvent contribuer à réduire les fraudes et les erreurs involontaires qui affectent les données relatives à l'activité professionnelle, au montant des revenus professionnels et à celui de ressources portant sur un périmètre plus large que les seuls revenus fiscaux.

Il serait cependant préférable que les données du DRM ne soient pas injectées directement dans les moteurs informatiques de calcul automatisé des prestations, comme c'est le cas pour les aides personnelles au logement depuis 2021, mais qu'elles soient utilisées pour préremplir les déclarations périodiques que doivent effectuer les bénéficiaires d'autres prestations. Supprimer ces déclarations, notamment celles des bénéficiaires du RSA et de la prime d'activité, risquerait en effet de réduire les déclarations spontanées de changements de la composition du foyer et de ressources absentes du DRM (pensions alimentaires, chiffre d'affaires des micro-entrepreneurs). De plus, les employeurs déclarent parfois des montants erronés de salaires. Les textes devraient enfin étendre à la détection des fraudes l'utilisation des données du DRM aujourd'hui utilisées seulement pour la gestion courante des prestations. Le ministère chargé de la sécurité sociale indique qu'ils vont être adaptés en ce sens.

<sup>346</sup> Les CAF versent les allocations familiales à partir des données fiscales de revenus.

<sup>347</sup> Les CAF croisent leurs données de demandeurs d'emploi avec celles de Pôle emploi afin de récupérer les informations qu'il détient sur les reprises d'activité.

<sup>348</sup> « Les prestations sociales versées en fonction des ressources de leurs bénéficiaires : simplifier pour mieux gérer », rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, octobre 2022.

### 3 - Les départs non déclarés à l'étranger

La prise en charge des frais de santé par l'assurance maladie est conditionnée par une activité professionnelle présente ou passée (retraités) ou, à défaut, par une résidence régulière et stable en France. Or, un grand nombre d'assurés ne remplit ni l'une, ni l'autre de ces conditions.

#### **Un surnombre de droits ouverts à l'assurance maladie**

Des assurés quittent la France sans informer l'assurance maladie de leur départ. Pour d'autres assurés, leur titre de séjour en France a expiré, n'a pas été renouvelé ou a été révoqué, mais l'assurance maladie n'a pas fermé leurs droits à une prise en charge de leurs frais de santé. La Cnam avait estimé à 2,1 millions le nombre total d'assurés relevant de ces deux situations au 1<sup>er</sup> janvier 2020 et considère que les actions conduites depuis l'ont réduit.

Par ailleurs, l'assurance maladie a maintenu à tort un droit à la prise en charge de leurs frais de santé en France à des retraités l'ayant informée de leur départ à l'étranger. En l'absence d'un croisement avec les données détenues par la Cnav sur le pays de résidence des pensionnés et sur la durée d'assurance de ces derniers, la Cnam estime leur nombre à 0,4 million.

Malgré les demandes de la Cour, la Cnam n'a pas estimé à ce jour les montants de règlements injustifiés de frais de santé au titre de ces situations.

La difficulté qu'éprouvent tous les organismes de protection sociale à appréhender les départs non déclarés à l'étranger justifierait qu'ils puissent exploiter le registre national des Français établis à l'étranger, tenu par le ministère de l'Europe et des affaires étrangères. Ils pourraient ainsi, demander aux bénéficiaires de prestations inscrits sur ce registre de fournir les justificatifs d'une présence stable en France. Dans cet objectif, il conviendrait d'étendre les finalités de ce fichier et la liste des administrations habilitées à utiliser ses données.

Pour appréhender plus largement les situations d'allocataires qui, ne résidant plus en France, n'ont plus droit à leurs allocations, la Cnaf et Pôle emploi devraient pour leur part rapprocher leurs fichiers de celui des non-résidents fiscaux, comme le fait l'assurance maladie.

Pour fiabiliser la population des assurés d'âge actif, la Cnam devrait demander à accéder à la base Class, en cours de création par l'Acoss et le ministère du travail, qui centralisera l'ensemble des informations recueillies par les administrations françaises sur les détachements de salariés en France et sur les autres événements relatifs aux mobilités internationales, notamment le travail transfrontalier.

### **Le respect de la condition de résidence, des progrès insuffisants**

L'assurance maladie obtient une information sur une activité ou une résidence en France en croisant son fichier d'assurés avec les fichiers des DSN, d'autres organismes sociaux et des administrations d'État (impôts et intérieur). Lorsqu'elle n'en obtient pas, elle demande des justificatifs aux assurés concernés. Ces contrôles sur pièces, dont le périmètre a été significativement étendu depuis 2020, conduisent l'assurance maladie à fermer des droits (198 000 fermetures<sup>349</sup> en 2022). Au regard du flux de départs de France estimé par l'Insee (250 000 par an en moyenne entre 2010 et 2020), le niveau des fermetures de droits intervenues en 2022 demeure insuffisant pour réduire le nombre d'assurés en surnombre (2,1 millions).

Depuis 2020, les consignes données aux CPAM d'enregistrer les renouvellements de titres de séjour et les informations fournies par des assurés lors de contrôles sur pièces conduisent à accroître le nombre d'assurés dont l'assurance maladie connaît la situation. Début 2023, le nombre de ces assurés s'élevait à 2,4 millions, dont 1,7 million avec un titre de séjour en cours de validité. Cette dernière donnée reste cependant éloignée du nombre de titres de séjour en cours de validité (selon le ministère de l'intérieur, 3,7 millions hors ressortissants britanniques fin 2022).

## **4 - Sécuriser les coordonnées bancaires**

Début 2022<sup>350</sup>, la Cour a réitéré sa recommandation de rapprocher de manière automatisée et systématique les identifiants bancaires utilisés par les organismes sociaux pour régler des prestations avec les données du fichier des comptes bancaires domiciliés en France (Ficoba) tenu par l'administration fiscale.

Ce rapprochement automatisé et systématique permettrait de prévenir ou d'interrompre dans la plupart des cas<sup>351</sup> les versements injustifiés de prestations sur des comptes bancaires appartenant à des personnes autres que les bénéficiaires des prestations<sup>352</sup>.

En novembre 2022, le dispositif technique (interface informatique ou *API*) permettant de vérifier de manière automatisée la conformité avec les données de Ficoba des identités bancaires, nouvellement ou

<sup>349</sup> Compte tenu des incidences de la crise sanitaire, le nombre de fermetures de droits a rebondi à 300 000 en 2021, après un niveau réduit en 2020 (51 500).

<sup>350</sup> Référé du 9 février 2022 aux ministres des solidarités et de la santé et de l'économie, des finances et de la relance et au ministre délégué chargé des comptes publics.

<sup>351</sup> Plus de 99 % des comptes bancaires sur lesquels les CAF et CPAM versent les prestations sont domiciliés en France.

<sup>352</sup> À cet égard, la LFSS pour 2023 a conforté le cadre juridique du recours aux données de Ficoba par les organismes de protection sociale, en étendant les finalités de la transmission d'informations de l'administration fiscale à la vérification de la cohérence des coordonnées bancaires communiquées en vue d'un paiement et l'identité du bénéficiaire de ce dernier.

anciennement acquises, a été mis en place par la Cnav et la DGFIP. À la suite d'un nouveau report, l'ensemble des organismes de la branche vieillesse l'utiliseront à partir d'avril 2023. Il importe que cette première étape soit enfin franchie, puis que l'ensemble des autres organismes de protection sociale soient aussi raccordés.

## **B - À renforcer, des ressources à redimensionner**

### **1 - Des objectifs atteints ou dépassés, mais à l'ambition limitée**

Les conventions d'objectifs et de gestion (COG) des branches de prestations du régime général de sécurité sociale avec l'État pour les années 2018-2022 fixent des objectifs de montants de préjudices financiers détectés dans le cadre de la lutte contre les fraudes.

La définition des objectifs de la branche famille est la plus exigeante : elle est ciblée sur les préjudices subis au titre de seules fraudes. Au contraire, ceux des branches maladie et vieillesse visent les préjudices liés à des fautes et à des fraudes, évités comme subis.

Les objectifs fixés par les COG passées apparaissent insuffisamment ambitieux, compte tenu des dépassements constatés dès la première année d'exécution des COG maladie et vieillesse et, plus encore, de la détection d'une part réduite des préjudices subis liés à des fraudes ou à des fautes par l'ensemble des branches, y compris famille (voir I - C - 3 - *supra*).

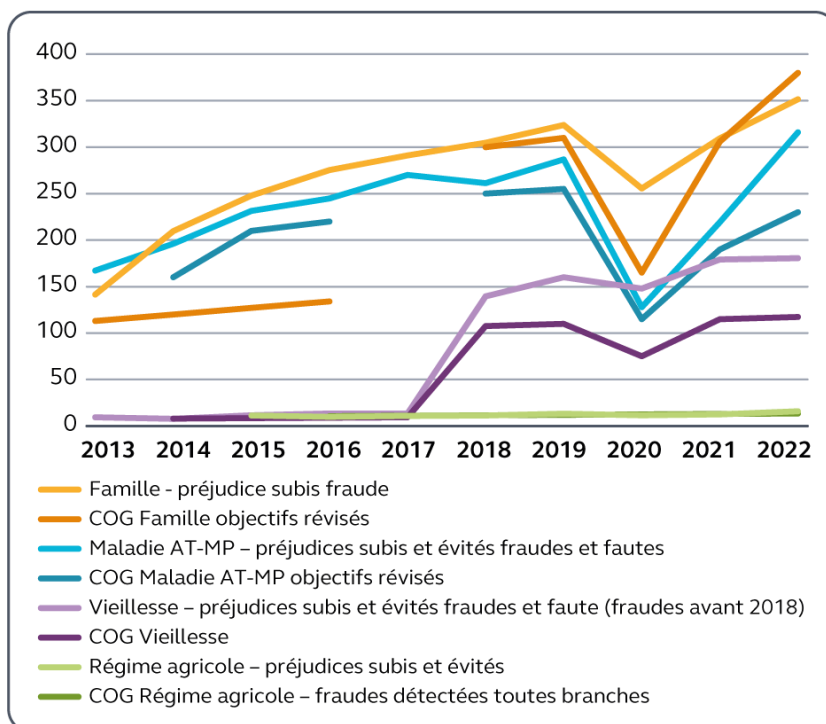
Comme le montre le graphique suivant, le montant total des préjudices subis et des préjudices évités compte tenu des fraudes et fautes détectées par les caisses de sécurité sociale a augmenté de manière continue jusqu'en 2019, puis a chuté en 2020 dans le contexte de crise sanitaire. En 2022, son niveau dépasse celui de 2019 : 351 M€ de préjudices détectés pour les fraudes de la branche famille ; 316 M€<sup>353</sup> et 181 M€ de préjudices subis et évités pour les fraudes et fautes détectées respectivement par l'assurance maladie et la branche vieillesse. Les résultats de la branche famille s'inscrivent cependant en deçà de l'objectif COG (soit 380 M€).

La Cnam affiche l'objectif d'accroître significativement le montant des préjudices subis et évités détectés par l'assurance maladie au cours de la prochaine COG 2023-2027. La cible fixée pour 2024 s'élèverait ainsi à 500 M€. À ce jour, la Cnaf et la Cnav n'ont pas communiqué leurs objectifs. En tout état de cause, un renforcement des contrôles effectués par les organismes sociaux est indispensable afin de réduire la fraude non détectée.

---

<sup>353</sup> Dont 69 M€ au titre d'actions de contrôle visant les honoraires facturés par des professionnels de santé au titre d'actes et de prestations liés à la crise sanitaire.

**Graphique n° 25 : objectifs et résultats de la détection de préjudices dans le cadre de la lutte contre les fraudes (2013-2022)**



Source : Cour des comptes, d'après les informations transmises par la Cnaf, la Cnam, la Cnav, et la CCMSA. Les COG Famille et Maladie présentent une rupture en 2017.

## 2 - Accroître les contrôles pour détecter une part accrue du montant estimé de la fraude

La crise sanitaire a conduit l'assurance maladie à réduire le nombre de contrôles effectués au titre de la lutte contre les fraudes et les pratiques fautives : le nombre d'acteurs contrôlés pour lesquels une fraude ou une faute a été détectée est encore en 2022 à un niveau inférieur d'un dixième à celui de 2019.

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. Les contrôles sur l'application de la tarification à l'activité (T2A) par les établissements de santé au vu des dossiers des patients (52 M€ de préjudices subis constatés en 2019) ont été

interrompus depuis mars 2020 en raison de la crise sanitaire. Il importe que ces contrôles reprennent, sur un champ plus large que celui prévalant avant la crise sanitaire (moins de 0,7 % des séjours de médecine, chirurgie et obstétrique), en ciblant dans un premier temps ceux des établissements publics et privés dont le montant des recettes dépasse celui procuré par la garantie de financement<sup>354</sup> appliquée entre 2020 et 2022 dans le contexte de crise sanitaire.

Pour leur part, les contrôles effectués par les CPAM sur les factures émises par les professionnels de santé continuent à porter sur une fraction minimale de ces dernières (en 2022, 3,2 % des factures des masseurs kinésithérapeutes, 4,2 % de celles des infirmiers, 4,2 % de celles des transporteurs sanitaires et des taxis conventionnés, 2 % de celles des pharmaciens et 1,7 % de celles des médecins). Augmenter le nombre de contrôles est indispensable afin de mettre en échec les surfacturations répétées de certains professionnels de santé au regard de leur activité réelle et d'accroître la part des montants de préjudices estimés qui est mise en recouvrement.

La Cnaf a réduit les objectifs de contrôle sur pièces et sur place qu'elle fixe aux CAF, en 2020 dans le contexte de crise sanitaire et, plus encore, en 2021, en raison des difficultés de mise en œuvre de la réforme des aides personnelles au logement. Les objectifs pour 2022 de contrôles sur pièces et sur place et de nombre de fraudes à qualifier restaient inférieurs à ceux de 2019. S'agissant des contrôles, les CAF n'atteignent pas systématiquement les objectifs fixés.

Comme le montre le tableau suivant, l'efficacité croissante des contrôles a permis aux montants d'indus (et de rappels) sur prestations de dépasser en 2022 leur niveau de 2019. Toutefois, le nombre de contrôles effectués s'inscrit en-deçà de celui de cette dernière année, ce qui limite les possibilités de détection d'indus frauduleux et non frauduleux. Cette situation pénalise la sécurité sociale et, plus encore, l'État et les départements, qui financent les prestations les plus fraudées versées par les CAF (RSA, prime d'activité et aides personnelles au logement).

---

<sup>354</sup> Voir chapitre III du présent rapport.



**Tableau n° 23 : nombre et résultats des contrôles des CAF**

	2018	2019	2020	2021	2022
<i>Nombres de contrôles effectués (hors contrôles automatisés)</i>					
<i>Sur pièces</i>	4 541 537	4 343 669	4 287 431	3 885 063	3 920 102
<i>Sur place</i>	169 539	169 653	105 997	127 878	134 653
<i>Autre (examen de pièces justificatives)</i>	278 292	251 121	205 326	277 711	181 996
<i>Montants des impacts financiers (en M€)</i>					
<i>Indus (*)</i>	714	793	806	751	878
<i>Rappels</i>	239	239	209	219	242
<i>Total</i>	953	1 032	1 015	970	1 120
<i>Indus qualifiés de frauduleux</i>					
<i>Nombre</i>	44 897	48 754	36 917	43 208	48 692
<i>Montant (M€)</i>	305	324	255	309	351
<i>En % de (*)</i>	43	41	32	41	40

Source : Cour des comptes d'après les données de la Cnaf

Bien qu'en hausse en 2022, les montants d'indus détectés et qualifiés de frauduleux par les CAF n'ont augmenté qu'à la marge la fraude qui a augmenté au regard des deux dernières estimations de la Cnaf (2,8 Md€ en 2021, contre 2,3 Md€ en 2019). De fait, les contrôles sur place, les plus approfondis<sup>355</sup>, n'ont couvert en 2022 que 3 % des 3,1 millions de foyers bénéficiaires du RSA, prestation la plus fraudée. En accroître le nombre est indispensable afin de réduire l'étendue des fraudes au RSA, qui affectent un euro sur dix et un allocataire sur sept selon l'estimation de la Cnaf.

Le nombre de dossiers contrôlés par les caisses de retraite dans le cadre de la lutte contre les fraudes avait quelque peu augmenté en 2021 par rapport à 2019 (+ 4%), mais a chuté en 2022 (5 967 contre 7 615 en 2019). En 2022, seul un dossier sur près de 2 520 est contrôlé (les données font défaut pour apprécier cette proportion par type de prestation). Les caisses détectent néanmoins une fraude ou une faute pour une part croissante des dossiers qu'elles contrôlent (55,3 % en 2022 soit + 14,7 points par rapport à 2019). Cependant, le stock de signalements non traités augmente, au titre notamment du minimum vieillesse, prestation pourtant la plus fraudée selon la Cnav.

<sup>355</sup> Visite au domicile ou convocation de l'allocataire, recoupement de données, utilisation du droit de communication auprès de tiers.

Accroître le montant des indus frauduleux ou fautifs détectés<sup>356</sup> nécessite d'étendre les contrôles.

### 3 - Accroître les moyens humains de la lutte contre les fraudes

Au regard des données communiquées par les organismes de protection sociale, un peu moins de 3 400 agents exprimés en équivalent temps plein concourent en 2021 à la réalisation de contrôles *a posteriori* susceptibles de détecter des fraudes, hors fonctions support, principalement dans les CAF et à l'assurance maladie (service médical compris).

Dans le cadre des moyens dont ils sont aujourd'hui dotés, les organismes de protection sociale conservent des marges de progression dans la détection de préjudices lors de la réalisation de contrôles *a posteriori*. Ainsi, la fréquence de détection par contrôle effectué varie d'un à trois entre les caisses de retraite de la France hexagonale. Sauf exception, cette donnée n'est pas suivie par la Cnam.

Néanmoins, la question des effectifs affectés à la réalisation de contrôles *a posteriori* apparaît posée. En effet, les possibilités d'amélioration du ciblage des contrôles *a posteriori* atteignent leurs limites<sup>357</sup>. En outre, la détection d'irrégularités et leur qualification éventuelle en tant que fraude requiert un temps d'investigation important, notamment pour les professionnels de santé (recueil de témoignages des assurés et des membres de leur famille, analyse du contenu de la prise en charge sanitaire par le service médical de l'assurance maladie). L'assèchement – indispensable – d'une partie des risques de fraude à la source (voir A - *supra*) ne fera pas disparaître certains risques pour lesquels un travail humain d'investigation est indispensable : réalisation d'actes de soins fictifs, sur-cotation d'actes réalisés, fausse délivrance de produits de santé, travail non déclaré, départ de France.

Lutter plus efficacement contre les fraudes aux prestations nécessite ainsi d'accroître les moyens humains affectés par les caisses de sécurité sociale à la réalisation de contrôles *a posteriori*, sans réduire ceux consacrés aux contrôles *a priori* de l'attribution des prestations.

---

<sup>356</sup> 25 M€ en 2022 contre 23 M€ en 2019.

<sup>357</sup> À titre d'illustration, les contrôles sur place effectués en 2021 par les CAF ont permis de détecter des indus ou des rappels pour 70 % des allocataires concernés.

## **C - Des indus à mieux constater et recouvrer, des sanctions à alourdir pour les auteurs**

### **1 - Constater l'ensemble des indus frauduleux et améliorer leur recouvrement**

La réduction des préjudices subis par les organismes de protection sociale dépend non seulement d'une détection plus fréquente des fraudes, mais aussi d'une hausse du montant des indus constatés à l'occasion de chaque fraude détectée et de celle du montant des indus recouvrés.

Les contrôles de l'assurance maladie sur les facturations des professionnels et des établissements de santé font apparaître des erreurs répétitives dans l'application des nomenclatures tarifaires. Suivant une recommandation de la Cour, la LFSS pour 2023 a donné aux caisses d'assurance maladie la possibilité, à l'issue d'une phase contradictoire, de procéder à une extrapolation des montants d'indus détectés à partir des résultats d'un contrôle partiel de l'activité d'un professionnel, d'un distributeur de dispositifs médicaux ou d'un établissement de santé. En cas d'accord écrit du professionnel de santé, le montant extrapolé des indus sera opposable aux deux parties, avec la même force juridique qu'une transaction. À défaut d'un accord, les caisses d'assurance maladie ont vocation à notifier l'indu, qui sera ou non contesté par son débiteur.

Par ailleurs, la LFSS pour 2023 met à la charge des professionnels, des établissements et des assurés pour lesquels une fraude est constatée une pénalité égale à 10 % du montant des indus notifiés. Cette disposition invite l'assurance maladie à distinguer de manière précise les fraudes par rapport aux fautes, y compris pour les établissements.

#### **Constater les indus sur la totalité des périodes non prescrites**

Mettre en recouvrement une part accrue des préjudices imputables à des fraudes nécessite aussi d'appliquer à la constatation et au recouvrement des indus frauduleux les durées de prescription plus longues (cinq années) que celles propres aux indus non frauduleux (deux années).

Or, compte tenu des délais de réalisation des contrôles, les CPAM préfèrent circonscrire les périodes de contrôle et, en tout état de cause, ne pas investiguer les facturations antérieures à celles directement consultables dans le système d'information de l'assurance maladie<sup>358</sup>. Les possibilités nouvelles d'extrapolation des indus prévues par la LFSS pour 2023 invitent à élargir les périodes contrôlées.

En l'absence d'adaptation de leur système d'information, les CAF constatent et mettent en recouvrement les indus frauduleux uniquement sur deux années, comme s'il s'agissait d'indus non frauduleux (ou plus rarement sur trois années, à l'aide d'un outil bureautique). Il importe que le nouveau système d'information des CAF, en cours de développement, intègre l'ensemble des fonctionnalités nécessaires au calcul des indus frauduleux sur l'ensemble des périodes non prescrites.

Par ailleurs, il convient d'améliorer le recouvrement des indus frauduleux constatés, en mettant à niveau des outils déficients : les caisses d'assurance maladie suivent toujours leurs créances d'indus, frauduleux ou non, dans des outils bureautiques disparates ; le système d'information de l'assurance vieillesse ne permet pas de connaître le taux de recouvrement des indus par année d'émission.

Afin d'améliorer le recouvrement des indus liés à des fraudes, la Micaf mène un projet de plateforme d'échanges entre banques et administrations (Peba), dispositif sécurisé de demandes aux banques et de transmission d'informations par ces dernières dans le cadre du droit de communication. Début 2022, trois réseaux bancaires participaient à ce dispositif, qui a vocation à être généralisé.

En 2011, les organismes de sécurité sociale ont conclu une convention avec l'agence de gestion et de recouvrement des avoirs saisis et confisqués (Agrasc). Cependant, elle n'a pas été appliquée en raison de délais de saisine trop courts pour les organismes. En mars 2022, a été engagée une expérimentation dans laquelle l'Agrasc fait connaître plus tôt aux organismes de sécurité sociale les dossiers sur lesquels ils sont susceptibles de faire valoir leurs droits. Aucune action de recouvrement par l'intermédiaire de l'Agrasc n'est cependant intervenue à ce jour.

---

<sup>358</sup> Les données de facturation par assuré sont conservées sur deux années et un trimestre, mais une requête peut permettre de les récupérer sur une durée plus longue.

## 2 - Sanctionner systématiquement les fraudes

Les directeurs des caisses de sécurité sociale peuvent prononcer des sanctions administratives (pénalités financières et avertissements)<sup>359</sup>. Ils privilégient les sanctions administratives par rapport aux plaintes auprès du juge pénal car ils n'ont pas à démontrer une intention de frauder et peuvent les appliquer rapidement. La LFSS pour 2023 a de nouveau relevé les plafonds de pénalités que peuvent prononcer les CPAM en cas de fraude<sup>360</sup>.

### Des sanctions insuffisamment et diversement appliquées

La Cnaf prescrit aux CAF une sanction systématique, par un avertissement, une pénalité financière ou une plainte au pénal en fonction de la gravité des fraudes. La Cnam a prescrit aux CPAM de porter la part des fraudes sanctionnées de 42 % en 2018 à 66 % en 2022<sup>361</sup>. Les caisses de retraite n'ont sanctionné que 76 % des fraudes en moyenne entre 2019 et 2022 et les caisses de la MSA, 50 % en 2022 selon l'estimation de la Cour.

Par ailleurs, des faits de même gravité peuvent être sanctionnés de manière différente. C'est le cas lorsque la caisse nationale n'a pas fixé de consignes régulières ou suffisamment précises à son réseau (Cnav), ou a défini un barème ne visant que quelques situations (Cnam), ou lorsque les caisses locales dérogent au barème fixé par la caisse nationale (15 % des cas de fraude sanctionnés en décembre 2022 pour les CAF). Des sanctions hétérogènes peuvent aussi être appliquées aux fraudes communes au RSA et à d'autres prestations, lorsque les conseils départementaux ne les délèguent pas aux CAF.

Les CPAM peuvent aussi engager une procédure de déconventionnement à l'encontre de professionnels de santé pour interrompre des fraudes répétées. Elles y recourent cependant de manière rarissime (45 cas en 2022, après 28 en 2021, 14 en 2020 et 34 en 2019). Il importe qu'elles exercent effectivement les prérogatives dont elles sont dotées.

<sup>359</sup> En 2022, les Caf, CPAM et caisses de retraite ont, prises ensemble, prononcé 15 129 avertissements et 33 764 pénalités financières pour un montant total de 39 M€ (850 avertissements et 457 pénalités pour 0,3 M€ pour la MSA en 2022). En outre, les caisses de retraite adressent des lettres de rappel, qui ont représenté entre 2019 et 2022 près des deux-tiers des actions de toute nature visant à sanctionner ou à prévenir les fraudes et les fautes.

<sup>360</sup> À hauteur de 300 % du préjudice financier ou de huit fois le PMSS à défaut de sommes clairement déterminables, et jusqu'à 400 % du préjudice financier ou seize PMSS en cas de fraude en bande organisée.

<sup>361</sup> Selon la Cnam, cette dernière cible a été nettement dépassée en moyenne (94 %).

### **Des possibilités renforcées de déconventionnement**

Un décret<sup>362</sup> a donné en 2020 la possibilité aux CPAM de déconventionner d'urgence, à titre conservatoire, pour une durée de trois mois au plus, un professionnel libéral de santé en cas de violation particulièrement grave des engagements conventionnels, notamment en cas de dépôt de plainte ou de préjudice financier pour l'assurance maladie. La LFSS pour 2021 avait prévu une suspension d'office de la convention lorsque le professionnel fait l'objet, pour la seconde fois sur une période de cinq ans, d'une sanction administrative ou d'une condamnation pénale devenue définitive. La LFSS pour 2023 a substitué à cette suspension le placement d'office hors la convention pour des faits à caractère frauduleux, fixé un seuil de préjudice à son application<sup>363</sup> et prévu que le professionnel ne peut être à nouveau placé sous le régime conventionnel qu'après s'être acquitté de ses dettes ou avoir signé un plan d'apurement de celles-ci.

Sauf exception (branche famille<sup>364</sup>), les organismes sociaux ne suivent pas la récidive des auteurs de fraudes. La mise en place par la Cnam d'un suivi précis de la récidive est indispensable au regard de son objectif de mieux articuler la prévention, le contrôle et la sanction, lui-même à concrétiser dans l'ensemble de ses aspects (voir encadré). La Cnav devrait également se doter d'un tel suivi.

### **Agir sur les comportements : des démarches inégalement abouties**

Depuis 2018, les CAF adressent aux allocataires des lettres de mise en garde quand elles détectent des indus répétitifs ou de montant élevé traduisant notamment des omissions de déclaration de ressources ou de reprise d'activité professionnelle (plus de 80 000 lettres en 2022). Cette action est efficace : le taux de récidive (2,4 %) est plus faible que pour les sanctions proprement dites.

La Cnam prévoit la mise en œuvre d'une action pédagogique à l'égard des infirmiers nouvellement installés afin qu'ils appliquent les consignes de facturation de l'assurance maladie, puis de contrôles afin de vérifier cette bonne application. Seul le premier volet a commencé à être déployé. La Cnam prévoit d'étendre ce dispositif aux masseurs-kinésithérapeutes en 2023.

<sup>362</sup> Décret n° 2020-1465 du 27 novembre 2020 pris pour l'application de dispositions législatives datant de 2007.

<sup>363</sup> Huit fois le plafond mensuel de la sécurité sociale, soit 29 328 € en 2023.

<sup>364</sup> En 2022, 5,4 % des allocataires des CAF pour lesquels une fraude a été constatée ont récidivé.

## **CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS**

*À la suite des rapports de l'Assemblée nationale et de la Cour de septembre 2020, des progrès significatifs sont intervenus dans la lutte contre les fraudes, dans un contexte rendu difficile par la crise sanitaire : de nombreuses évolutions législatives, des mutualisations accrues de données entre les organismes sociaux et entre ces derniers et les administrations de l'État, une coordination renforcée des acteurs administratifs, la mise en œuvre d'estimations de la fraude par l'assurance maladie.*

*Néanmoins, la lutte contre les fraudes aux prestations sociales peine à changer d'échelle.*

*En outre, certaines évolutions engagées font apparaître des risques particuliers : des objectifs chiffrés de détection des fraudes pour les années à venir qui augmenteraient, mais n'entameraient pas significativement la fraude, faute de contrôles en nombre suffisant ; une prise en compte insuffisante ou trop lente de l'enjeu de réduction des possibilités de fraude dans le cadre d'évolutions des systèmes d'information ; l'absence d'amélioration de la cohérence de la réponse pénale aux faits les plus graves ; l'absence de textes réglementaires d'application des dispositions d'une ordonnance du 18 novembre 2020 (obligation de dématérialisation de leurs prescriptions pour les professionnels et les établissements de santé) et des lois de financement de la sécurité sociale pour 2021 et 2022 (obligation de facturation individuelle et directe des séjours à l'assurance maladie pour les établissements publics et privés non lucratifs, dérogation à la garantie de paiement pour les professionnels fraudeurs ou fautifs, suspension d'office de la convention avec l'assurance maladie pour les professionnels récidivistes, recours à des données biométriques pour le contrôle de l'existence de retraités à l'étranger).*

*La Cour réaffirme, par conséquent, les recommandations qu'elle a formulées en 2020, qui visent à estimer la fraude sur le champ le plus étendu, à tarir à la source les possibilités systémiques de fraude permises encore par un calcul des prestations effectué le plus souvent à partir d'informations fournies non par des tiers mais par leurs bénéficiaires, à accroître le nombre de contrôles afin de détecter un nombre accru de cas de fraudes, à recouvrer plus efficacement les indus liés à des fraudes et à sanctionner plus efficacement leurs auteurs.*

*Elle formule de surcroît les quatre recommandations suivantes :*

- 27. publier les textes réglementaires permettant d'assurer une application rapide et entière des dispositions organiques et législatives parues depuis 2020 qui concourent à lutter plus efficacement contre la fraude sociale (ministère du travail, du plein emploi et de l'insertion, ministère de la santé et de la prévention, ministère des solidarités, de l'autonomie et des personnes handicapées, ministère de l'économie, des finances et de la souveraineté industrielle et numérique) ;*
  - 28. adapter les systèmes d'information afin de constater et mettre en recouvrement les indus frauduleux sur l'ensemble des périodes non prescrites selon les règles de droit en vigueur (ministère du travail, du plein emploi et de l'insertion, ministère de la santé et de la prévention, ministère des solidarités, de l'autonomie et des personnes handicapées, Cnaf et Cnam) ;*
  - 29. dans le cadre du projet METEORe de refonte de la chaîne informatisée de règlement des frais de santé, déployer des contrôles automatisés permettant de bloquer les règlements de l'ensemble des facturations des professionnels et des établissements de santé qui présentent un caractère irrégulier au regard des nomenclatures tarifaires en vigueur (ministère de la santé et de la prévention, Cnam) ;*
  - 30. afin de réduire notablement les fraudes non détectées, porter dès 2024 le nombre de contrôles a posteriori à un niveau plus élevé que celui de 2019, antérieur à la crise sanitaire (ministère du travail, du plein emploi et de l'insertion, ministère de la santé et de la prévention, ministère des solidarités, de l'autonomie et des personnes handicapées, ministère de l'économie, des finances et de la souveraineté industrielle et numérique, Cnaf, Cnam et Cnav).*
-