

## SOMMAIRE

	<u>Pages</u>
AVANT-PROPOS .....	5
EXAMEN EN COMMISSION.....	9
RAPPORT DE LA COUR DES COMPTES.....	27



Mesdames, Messieurs,

En application de l'article L.O. 132-3-1 du code des juridictions financières, qui dispose que « *la Cour des comptes peut être saisie par les commissions parlementaires saisies au fond des projets de loi de financement de la sécurité sociale, de toute question relative à l'application des lois de financement de la sécurité sociale* », le président de la commission des affaires sociales du Sénat a, par courrier du 9 octobre 2019, demandé au Premier président de Cour de procéder à une **enquête sur la fraude aux prestations sociales**.

Dans cette demande, le président Alain Milon soulignait, en particulier, la nécessité de structurer le débat public autour de ce sujet par « *des données objectives produites selon une méthodologie étayée* ».

En effet, la commission a toujours souligné l'impérieuse nécessité de lutter contre la fraude :

- d'une part, en raison de son coût financier, même si son évaluation précise reste toujours une question délicate (*cf. ci-après*) ;
- d'autre part, en raison de la rupture du pacte social qui en résulte.

Toutefois, afin de garantir la meilleure efficacité de l'action publique, il importe d'aborder ces sujets en ayant une vision claire des enjeux associés aux différents types de fraude et avec des priorités établies sur la base la plus objective possible – et non seulement à partir de l'écho médiatique associé à tel ou tel aspect de la fraude sociale.

Signe de l'importance de ce sujet dans le débat public, on relèvera que d'autres travaux récents ont poursuivi des objectifs voisins, qu'il s'agisse du rapport que la sénatrice Nathalie Goulet et la députée Carole Grandjean ont remis en 2019 au Gouvernement ou encore la commission d'enquête que l'Assemblée nationale a lancée le 29 janvier 2020 et qui doit prochainement rendre publiques ses conclusions.

De fait, l'enquête que la Cour des comptes a présentée à la commission le 8 septembre 2020 dresse un panorama complet et bien structuré des problématiques liées à la fraude aux prestations sociales.

Elle détaille tout d'abord la « **professionnalisation croissante** » des **différents organismes de protection sociale** en matière de lutte contre la fraude, qui a abouti à une forte croissance des montants de préjudice détectée au cours de ces dernières années. Elle regrette néanmoins vivement qu'à l'exception de la **Caisse nationale d'allocations familiales (Cnaf)**, **ces mêmes organismes ne procèdent pas à une estimation globale de la fraude qu'ils subissent, que celle-ci ait été détectée ou non**<sup>1</sup>.

Puis, après avoir détaillé les différents mécanismes de fraude aux prestations, l'enquête met également en lumière la nécessité de **tarir en amont le flux de versements irréguliers** (qu'il s'agisse de fraude ou d'indus non frauduleux) du fait de l'impossibilité structurelle de contrôler *a posteriori* de façon exhaustive. Cela passe essentiellement par :

- le **renforcement des croisements de fichiers et de données**, notamment au travers d'un rapprochement automatisé des coordonnées bancaires communiquées par les assurés, allocataires, professionnels de santé et autres tiers avec le fichier Ficoba ; ou encore d'un rapprochement automatisé permanent entre les assiettes de prélèvements sociaux déclarées de manière globale par les employeurs de salariés aux Urssaf d'une part et les salaires, quotités horaires et périodes travaillées déclarés de manière individualisée par salarié par ces mêmes employeurs d'autre part ;

- la **réduction des fraudes et des autres irrégularités liées aux actes et prestations facturés à l'assurance maladie**, notamment en rendant obligatoire la dématérialisation de l'ensemble des prescriptions médicales, y compris en établissement de santé, en individualisant chaque acte et prestation dans les nomenclatures tarifaires et en mettant en place des contrôles automatisés de l'application des règles de compatibilité et de cumul des actes et prestations facturés, ainsi que de conformité aux décisions du service médical ;

- la **mise en place d'une carte Vitale dématérialisée et individualisée par assuré**, y compris au titre de l'ensemble des enfants, permettant aux professionnels et aux établissements de santé de facturer à l'assurance maladie à partir de la situation à jour des droits des assurés sociaux dans le système d'information de cette dernière.

Les travaux de la Cour montrent enfin les **insuffisances des sanctions lorsque des fraudes sont détectées**.

---

<sup>1</sup> Le montant détecté par la Cnaf pour les prestations qu'elle sert et quel que soit le financeur (État ou sécurité sociale) s'établit à 2,3 milliards d'euros, soit 3,2 % des prestations versées, avec un taux d'indus frauduleux très fort pour ce qui concerne le revenu de solidarité active (10,1 % des montants versés).

Tout d'abord **en matière financière**, la Cnam et la Cnaf ne pouvant ainsi pas constater les indus liés à des fraudes sur la totalité de la période de cinq années précédant leur prescription d'ordre public, mais seulement sur les deux dernières années. Dès lors, la réparation de l'indû ne peut qu'être partielle, ce qui n'est pas acceptable.

D'autre part, **en assurant l'application effective des lois en vigueur en matière de déconventionnement en urgence** d'un professionnel de santé se rendant coupable de fraude et **d'extrapolation des indus mis en recouvrement à partir des résultats de contrôles opérés sur des échantillons**. Enfin, la Cour des comptes plaide pour la mise en place d'un déconventionnement d'office, d'une durée variable en fonction de la gravité des faits, des professionnels de santé sanctionnés à deux reprises par la voie pénale ou administrative au titre de fraudes qualifiées et ayant épuisé leurs voies de recours.

Le rapporteur général partage l'essentiel des constats et des préconisations de la Cour des comptes, d'ailleurs très cohérentes par rapport aux conclusions des travaux de la Mecss sur ce sujet en juin 2017<sup>1</sup>. Il en tiendra compte dans le cadre de ses prochains travaux législatifs et de contrôle.

Il souscrit, en particulier, à la **nécessité de disposer d'une estimation fiable du montant des fraudes (détectées ou non) subies par chacun des organismes de protection sociale**. Une telle évaluation permettrait un véritable pilotage par les organismes et par les pouvoirs publics. En outre, elle seule permettrait d'évaluer le montant global du préjudice, son évolution au fil du temps et les risques liés à tel ou tel type de fraude. Elle seule permettrait donc, *in fine*, de hiérarchiser les moyens à mettre en œuvre en matière de lutte contre la fraude. Le rapporteur général souhaite donc, comme le préconise l'enquête, **qu'une telle estimation soit réalisée annuellement par chaque organisme**, sur le modèle de ce que fait déjà la Cnaf.

Il regrette par ailleurs que la Cour des comptes n'ait pas jugé possible, au vu des conditions matérielles de réalisation de cette enquête, d'effectuer elle-même un tel chiffrage, même approximatif. Il est, certes, conforme à la vocation de la Cour des comptes de ne s'appuyer que sur des données fiables qu'elle a pu expertiser mais l'analyse approfondie d'un échantillon de dossiers représentatifs extrapolables aurait peut-être permis d'y voir d'ores et déjà plus clair. Il est en tout cas à craindre qu'en l'absence de tels chiffres, les estimations les plus fantaisistes polluent encore quelques temps le débat public en la matière.

---

<sup>1</sup> Rapport d'information n° 599 (2016-2017) de Mmes Agnès Canayer et Anne Emery-Dumas.

En tout état de cause, le rapporteur général sera très attentif à la **mise en place rapide d'un système fiable d'évaluation publique annuelle du montant de la fraude aux prestations qui le concernent dans chaque organisme de protection sociale**, sous le contrôle de la Cour des comptes, en particulier à la Cnam dont la Cour des comptes a souligné le caractère peu spontanément coopératif en la matière. Les prochaines auditions desdits organismes par la commission, dans le cadre de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2021, permettront d'aborder rapidement ces questions.

En matière législative, l'audition a montré que quelques progrès restent à réaliser, notamment en matière de **droit à communication de données** (par exemple bancaires) à Pôle emploi ou encore en matière de **renforcement des sanctions en cas de fraudes répétées** - par exemple par des professionnels de santé. Là encore, la commission devrait, sur la base de l'enquête, proposer des évolutions au cours des prochains mois et même dès l'examen du PLFSS pour 2021 pour les propositions susceptibles d'être adoptées dans ce cadre.

Mais c'est surtout sur la **mise en œuvre effective des lois en vigueur parfois depuis longtemps, par exemple en matière de croisement de fichiers ou de sanctions**, que la commission devra porter attention dans les mois à venir afin de parvenir enfin à des progrès significatifs dans la lutte contre la fraude aux prestations sociales, exigence financière et démocratique. Il importe que le Gouvernement et les organismes répondent de leur action en la matière devant le Parlement.

## EXAMEN EN COMMISSION

---

*Réunie le mardi 8 septembre 2020, sous la présidence de M. René-Paul Savary, vice-président, la commission procède à l'audition de M. Pierre Moscovici, Premier président de la Cour des comptes pour donner suite à l'enquête de la Cour des comptes, transmise en application de l'article L.O. 132-3-1 du code des juridictions financières, sur la fraude aux prestations sociales.*

*M. René-Paul Savary, président. – Nous entendons cet après-midi M. Pierre Moscovici, Premier président de la Cour des comptes, pour la présentation de l'enquête sur la fraude aux prestations sociales demandée par notre commission des affaires sociales le 9 octobre 2019, en application de l'article L.O. 132-3-1 du code des juridictions financières.*

*Au nom du président de la commission Alain Milon, retenu dans son département et que je vous prie de bien vouloir excuser, je souhaite la bienvenue à M. Moscovici dont c'est la première audition devant notre commission. Il est accompagné de Mme Michèle Pappalardo, rapporteure générale ; MM. Raoul Briet, président de chambre maintenu, contre-rapporteur ; Jean-Pierre Viola, conseiller maître, président de section, rapporteur ; Sébastien Dorlhiac, auditeur, rapporteur ; Mme Justine Boniface, auditrice, chargée de mission auprès du Premier président ; MM. Etienne Chantoin, chargé de mission à la direction de la communication ; et Clément Lapeyre, chargé de mission auprès de la rapporteure générale.*

*Cette audition, ouverte à la presse, fait l'objet d'une captation vidéo retransmise en direct sur le site internet du Sénat qui sera consultable en vidéo à la demande.*

*La lutte contre la fraude sociale est une préoccupation ancienne et constante de la commission des affaires sociales du Sénat. Dans un rapport déposé en juillet 2017 au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale (Mecss), intitulé « Lutter contre la fraude sociale, un impératif pour le juste droit », nos collègues Agnès Canayer et Anne Emery-Dumas formulaient cinq préconisations : connaître et quantifier la fraude, renforcer les échanges entre les caisses, anticiper les schémas de fraude, faire évoluer le modèle déclaratif vers un recueil automatisé des données, mais aussi simplifier et unifier les définitions.*

*Depuis lors, notre commission a eu régulièrement à connaître de ces sujets de fraude, qui ont fait l'objet de dispositions en projets de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) souvent inspirées des dispositifs existants en matière fiscale.*

*La fraude sociale s'est cependant à nouveau invitée dans le programme de contrôle de notre commission à la suite de l'examen en séance publique du projet de loi portant mesures d'urgence économique et sociale.*

*Pour certains, la seule fraude à l'immatriculation à l'Assurance maladie représentait alors 14 milliards d'euros – assez pour financer les mesures dites « gilets jaunes » sans difficulté.*

*Le débat public sur la fraude sociale est un débat piégé : pour les uns, la fraude aux prestations se justifierait en quelque sorte par l'état de nécessité des fraudeurs, la difficulté de certains à accéder à leurs droits sociaux ou encore l'ampleur de la fraude aux cotisations, voire de la fraude fiscale ; pour les autres, la lutte contre la fraude serait le remède facile aux difficultés de nos finances publiques que, pour des raisons étranges, les pouvoirs publics ne peuvent se résoudre à activer.*

*Attachée à la notion de juste droit, notre commission a mandaté son rapporteur général, Jean-Marie Vanlerenberghe, pour faire la lumière, avec une méthode robuste, sur la fraude à l'immatriculation, objet d'un rapport déposé en juin 2019.*

*Dans le même temps, le 28 mai 2019, le Gouvernement chargeait deux parlementaires, la sénatrice Nathalie Goulet et la députée Carole Grandjean, d'une mission sur la fraude sociale. Remis en octobre 2019, le rapport au Gouvernement concluait à l'impossibilité d'en établir un chiffrage.*

*La Cour des comptes ayant engagé des travaux de son côté, le président Milon a souhaité les reprendre sous la forme d'une enquête commandée par la commission. Il indique dans son courrier d'octobre au Premier président d'alors, Didier Migaud : « Ce sujet fait l'objet d'un débat public qu'il me semble nécessaire de structurer par des données objectives produites selon une méthodologie étayée ».*

*C'est donc cette enquête que vous nous présentez aujourd'hui. Eu égard au montant des prestations sociales servies dans notre pays, soit quelque 800 milliards d'euros sur le champ le plus large, il est évident que la fraude existe et qu'elle doit être combattue. L'enjeu consiste à déterminer à quel niveau elle se situe précisément et comment les priorités doivent être hiérarchisées.*

*Monsieur le Premier président, je vous cède la parole avant d'inviter le rapporteur général puis les collègues qui le souhaitent à vous interroger.*

**M. Pierre Moscovici, Premier président de la Cour des comptes.** – *Je vous remercie de m'avoir invité à vous présenter aujourd'hui l'enquête de la Cour sur la lutte contre les fraudes aux prestations sociales. C'est la première fois que j'interviens devant votre commission depuis ma nomination à la tête de la Cour des comptes et j'en suis très heureux. Mes fonctions passées, tout comme mes premières auditions en tant que Premier président de la Cour ou que président du Haut Conseil des finances publiques, m'ont conduit à dialoguer davantage avec vos collègues de la commission des finances. Je reviendrai le 8 octobre vous présenter notre rapport annuel sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale ainsi qu'une communication sur les groupements hospitaliers de territoire, effectuée à la demande de votre commission.*



*Je suis extrêmement attaché à la mission d'assistance au Parlement que la Constitution a confiée à la Cour, essentielle et même prioritaire à mes yeux. Ma sensibilité d'ancien parlementaire et d'ancien élu local m'y incline. De plus, veiller à l'équilibre des relations de la Cour avec le Gouvernement et le Parlement fait partie de mes fonctions et, dirais-je, de mes devoirs. Soyez donc assurés que j'attacherai à la relation privilégiée qui nous unit un soin tout particulier pendant mon mandat.*

*L'enquête que nous vous présentons aujourd'hui, réalisée sur la saisine de votre commission, m'offre d'ailleurs l'occasion d'incarner pour notre première rencontre officielle l'importance de cette mission d'assistance et des liens étroits qui unissent notre institution à la Représentation nationale. La crise sanitaire nous a conduits à différer légèrement la transmission de cette communication, que nous vous avons fait parvenir dès cette rentrée.*

*Notre rapport fait suite à plusieurs productions de la Cour relatives aux fraudes sociales. D'abord, dans le cadre de notre mission de certification des comptes du régime général de la sécurité sociale, nous examinons chaque année la portée des dispositifs mis en œuvre par les branches pour réduire les risques de fraude. En 2019, nous avons aussi établi des rapports sur les fraudes aux prestations de retraite, de l'Assurance maladie et de la branche famille. La Cour a par ailleurs remis l'an dernier au Premier ministre, à sa demande, une communication consacrée à la fraude aux prélèvements obligatoires, qui couvrirait bien entendu les prélèvements sociaux, sous la conduite de mon prédécesseur.*

*L'enquête que je vous présente aujourd'hui vise à fournir une vision d'ensemble des actions engagées pour lutter contre les différents types de fraudes aux prestations sociales et les résultats obtenus à ce titre.*

*Le champ de cette enquête couvre l'ensemble des prestations versées par les branches de prestations du régime général – maladie, accidents du travail-maladies professionnelles, famille et vieillesse – et, sur plusieurs points déterminants d'appréciation, Pôle emploi et Agirc-Arrco. Il représente, au total, plus du cinquième du produit intérieur brut de 2019.*

*Je tiens à rappeler en préambule que la Cour a pour mission d'apporter des informations et des analyses objectives ; c'est ce à quoi nous nous sommes attachés dans le cadre de cette enquête. Notre approche est ici, comme toujours, celle de magistrats financiers : examen des moyens engagés et des résultats obtenus, analyse de la gestion, investigation sur pièces et sur place. Ce qu'il n'est pas possible de chiffrer de manière suffisamment fiable n'est pas chiffré dans notre rapport. Notre priorité est l'examen des faits, la robustesse des conclusions et la formulation de recommandations opérationnelles et utiles, en toute objectivité et indépendance, loin de l'esprit polémique qui caractérise souvent la manière dont le sujet des fraudes aux prestations sociales est abordé. Vous avez-vous-même rappelé, monsieur le président, le caractère piégé du débat. Il est parfois caricatural, et la Cour tient à apporter sa contribution sur la base de faits dûment étayés – ni plus, ni moins.*

*Lorsqu'elle est avérée, la fraude aux prestations sociales crée deux dommages particulièrement préjudiciables à la collectivité nationale ; un dommage financier et un second plus grave encore, celui de l'atteinte au pacte républicain qui fonde depuis 1945 la Sécurité sociale, et de l'atteinte aux décisions du législateur et au degré de confiance qu'accordent nos concitoyens à notre système de protection sociale.*

*Nous nous sommes donc attachés, dans notre rapport, à dresser le bilan de l'ensemble des actions déployées pour prévenir, détecter, mesurer, réprimer et in fine réparer les conséquences financières des fraudes aux prestations sociales. Nous l'avons fait en resituant la lutte contre les fraudes dans un cadre d'analyse global : celui des irrégularités de tous ordres qui affectent l'attribution, le calcul ou le versement des prestations et qui se traduisent par un excès de versement, donc des indus. Lorsqu'elles ont un caractère volontaire, elles constituent des fraudes ; dans le cas contraire, ce sont de simples erreurs. Il est parfois difficile, j'en conviens de distinguer l'erreur de la fraude, d'autant qu'elles emportent des effets financiers en grande partie identiques pour les finances publiques. L'enjeu primordial est donc celui du paiement à bon droit des prestations, c'est-à-dire de leur attribution et de leur versement à la personne qui en remplit les conditions et pour un montant exact.*

*Le contenu du rapport peut être résumé en deux constats et deux séries de recommandations. Premier constat, les résultats obtenus dans la lutte contre les fraudes aux prestations s'améliorent année après année, notamment grâce à des ressources humaines globalement préservées et à des moyens d'investigation qui s'étendent tout en restant incomplets. Il n'y a pas que de mauvaises nouvelles... Mais, et c'est le second constat, ces progrès incontestables restent trop lents au regard des enjeux. Les actions engagées sont très en deçà des risques de fraude, sachant que le montant de la fraude n'est pas estimé par les organismes sociaux, sauf exception. C'est pourquoi un changement d'échelle nous apparaît indispensable.*

*Nos recommandations visent donc d'une part, c'est l'enjeu primordial, à tarir à la source les possibilités systémiques de fraude que permet un système déclaratif trop ouvert ; et d'autre part, pour lutter plus efficacement contre les fraudes que ce resserrement du système déclaratif ne permettra pas d'éviter, à renforcer à la fois les contrôles visant à les détecter et les conséquences financières de leur découverte pour leurs auteurs.*

*Le premier constat est la progression des résultats financiers de la lutte contre les fraudes aux prestations sociales, qui traduit sa professionnalisation croissante. En 2019, les organismes sociaux ont détecté un milliard d'euros de préjudices subis et évités dans le cadre de la lutte contre les fraudes. La même année, la branche famille a identifié 324 millions d'euros de préjudices subis au titre de fraudes, soit presque quatre fois plus qu'en 2010 ; pour l'Assurance maladie, 287 millions d'euros de préjudices ont été subis et évités au titre de fraudes et de fautes, soit presque deux fois plus qu'en 2010 ; au titre de la branche vieillesse, ce sont 160 millions d'euros de préjudices subis et évités au titre de fraudes et de fautes, soit deux fois plus qu'en 2013 ; enfin, Pôle emploi enregistre 212 millions d'euros de préjudices subis et évités, c'est-à-dire près de cinq fois plus qu'en 2010.*

*Vous aurez compris que les préjudices identifiés portent sur des périmètres non homogènes, ce qui renvoie à mon propos liminaire sur la « zone grise » entre fraude et erreur.*

*Les fraudes détectées se concentrent sur certains types de prestations, d'auteurs ou de situations. Pour la branche famille, ce sont principalement le revenu de solidarité active (RSA), la prime d'activité et les aides au logement qui font l'objet de fraudes. À lui seul, le RSA a représenté près d'une fraude qualifiée sur deux en 2019. L'omission et les fausses déclarations de ressources constituent le premier mode opératoire des fraudes détectées par les caisses d'allocations familiales (CAF), 69 % en 2019.*

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

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

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

*Les contrôles menés pour détecter les fraudes avérées ou présumées bénéficient de ressources notables, avec des structures spécialisées. Nous estimons ainsi que près de quatre mille agents en équivalent temps plein étaient directement affectés à la lutte contre les fraudes en 2019, principalement dans les CAF, les caisses primaires d'Assurance maladie (CPAM) et le service médical de l'Assurance maladie. Cet ordre de grandeur est relativement stable dans les dernières années, alors que le nombre global de collaborateurs des organismes sociaux diminue. Les effectifs affectés à la réalisation de contrôles pour détecter des fraudes ont donc été plutôt préservés dans un contexte défavorable.*

*La sélection des contrôles effectués a posteriori bénéficie aussi d'améliorations continues. Grâce aux signalements internes aux services, aux signalements de partenaires administratifs et au requêtage de leurs propres données, de plus en plus en fonction d'une analyse prédictive du risque d'anomalie appelée data mining, les organismes sociaux détectent fréquemment des irrégularités, dont certaines correspondent à des fraudes.*

*En 2019, les CPAM ont détecté des préjudices à leur détriment lors de trois contrôles sur quatre en moyenne. Dans près de deux cas sur trois, les contrôles sur place qu'effectuent les CAF, les plus poussés, les conduisent à modifier la situation des allocataires, en constatant des indus et, dans une moindre mesure, des rappels sur prestations.*

Outre un ciblage plus efficient des contrôles, les moyens d'investigation des organismes sociaux ont été étendus. Ils ont en effet été dotés de prérogatives similaires à celle de l'administration fiscale pour vérifier l'exactitude des informations déclarées par les bénéficiaires des prestations. Ils peuvent donc, pour réaliser leurs contrôles, consulter un grand nombre d'informations détenues par leurs homologues, des administrations de l'État ou d'autres tiers, comme les établissements bancaires.

Nous constatons pourtant que de nombreuses insuffisances demeurent dans la mutualisation des informations entre les organismes sociaux et avec les administrations de l'État, au détriment du contrôle de la composition et des ressources des foyers et de la résidence en France. Nous constatons aussi que, contrairement aux organismes de sécurité sociale, Pôle emploi n'est toujours pas doté du droit de communication auprès de tiers. Cette différence de traitement n'a à nos yeux aucune justification.

D'avantage détectées, les fraudes et fautes aux prestations sociales sont également davantage sanctionnées. Les caisses de sécurité sociale comme Pôle emploi bénéficient d'une large palette d'instruments pour réprimer les fraudes. Elles utilisent principalement les sanctions administratives, qui consistent en des avertissements et des pénalités financières décidées par les directeurs des organismes sociaux. Depuis que Pôle emploi s'est vu transférer ce pouvoir au 1<sup>er</sup> janvier 2019, le nombre de sanctions a augmenté de près de 70 % par rapport aux années précédentes.

Cependant, toutes les fraudes détectées et qualifiées comme telles par les caisses d'Assurance maladie, les caisses de retraite et les directions de Pôle emploi ne sont pas sanctionnées, même sous la forme d'un avertissement pour l'avenir.

Il faut donc relativiser, et c'est l'objet de la deuxième partie du rapport, les résultats obtenus dans la lutte contre les fraudes, qui sont moins favorables qu'il n'y paraît. L'impact des actions mises en œuvre pour lutter contre les fraudes sur l'évolution de ces dernières et des autres irrégularités n'est en effet pas démontré.

Depuis 2010, la branche famille effectue une enquête annuelle d'évaluation du paiement à bon droit et de la fraude. Pour 2018, cette enquête faisait ressortir un montant de fraudes estimé à 2,3 milliards d'euros, qui représentait 3,2 % des prestations versées. Les indus détectés et qualifiés de frauduleux par les CAF ne représentent donc qu'une faible part de la fraude estimée, soit 13 % en 2018.

Pour l'Assurance maladie et la branche vieillesse, il n'est pas possible d'apprécier dans quelle mesure les contrôles qui visent à détecter des fraudes permettent de les réduire. En effet, la CNAM se refuse à estimer la fraude aux prestations et la CNAV y a renoncé. Ces choix conduisent à occulter l'enjeu financier des fraudes, en soi et comparativement aux CAF.

De son côté, Pôle emploi avait estimé, dans un champ très étroit, le montant des fraudes à 1 % des prestations versées en 2012. Le montant des préjudices détectés par les contrôles représentait un peu plus de 20 % de ce montant. À l'issue de l'enquête de la Cour, Pôle emploi s'est cependant engagé à procéder à une estimation périodique de la fraude sur un champ plus étendu.

*En somme, qu'ils estiment ou non le montant des fraudes, les organismes sociaux perdent des sommes considérables au titre d'erreurs, pour certaines liées à des fraudes, qui acquièrent un caractère définitif faute d'avoir été détectées et corrigées.*

*En 2018, les CAF ont versé environ 3 milliards d'euros de prestations à tort, soit environ 4,5 % de leur montant total.*

*La CNAM estime pour 2019 à un milliard d'euros le montant des factures irrégulières des professionnels et des établissements de santé qui ont donné lieu à un règlement en tiers payant à ces derniers ; mais ce montant ne couvre pas les séjours dans les établissements de santé publics et privés non lucratifs et est sous-évalué à plusieurs titres. Bien que nous n'ayons pu chiffrer l'ensemble des irrégularités en question, il est certain que les règlements injustifiés aux établissements et aux professionnels de santé sont bien supérieurs à un milliard d'euros. Je m'en tiens ici aux facturations irrégulières, sans aborder à ce stade la question des prises en charge injustifiées de frais de santé en faveur d'assurés qui ne remplissent pas ou plus les conditions pour bénéficier de droits à l'Assurance maladie.*

*Si les organismes sociaux subissent des pertes élevées au titre de fraudes et d'autres irrégularités, c'est parce-que les contrôles ne sont pas assez nombreux au regard des risques.*

*En voici quelques exemples. Chaque année et dans le meilleur des cas, 4 % des quelques 86 000 infirmiers libéraux facturant des soins à l'Assurance maladie font l'objet de contrôles plus ou moins poussés, alors que des montants aberrants d'honoraires de plusieurs centaines de milliers d'euros sont fréquemment facturés à l'Assurance maladie, tout particulièrement dans certains départements. Il y a là une forte marge de progression.*

*En 2018, un infirmier a facturé pratiquement 1,3 millions d'euros ! Autre illustration de la faiblesse des contrôles : chaque année, l'Assurance maladie contrôle au plus la facturation de 0,7 % des séjours en établissement de santé public ou privé.*

*C'est pourquoi il est essentiel de renforcer l'efficacité de la lutte contre les fraudes aux prestations sociales : c'est l'objet de nos recommandations.*

*Cette lutte présente une faiblesse consubstantielle, puisqu'elle consiste à rechercher, par des contrôles a posteriori, des irrégularités qui auraient dû être empêchées a priori dans le cadre des processus mêmes de gestion des prestations. Dans ces conditions, le nombre de contrôles effectués est nécessairement très insuffisant au regard de l'ampleur des risques de fraudes et, plus largement, d'irrégularités aux prestations.*

*Il convient donc d'engager une action globale de sécurisation du versement des prestations sociales : réduire le périmètre aujourd'hui particulièrement étendu des modes opératoires possibles de fraude, en les tarissant à la source autant que possible. La Cour a identifié trois chantiers déterminants.*

*Premier chantier, circonscrire les usurpations d'identité. Ce sont les fraudes les plus manifestes, à défaut d'être les plus coûteuses. Une sécurisation élémentaire doit consister à rapprocher systématiquement, de manière automatisée, les coordonnées bancaires des bénéficiaires des prestations avec le fichier des comptes bancaires ouverts en France (Ficoba), qui est tenu par l'administration fiscale. Engagé voici cinq ans, ce chantier a été engagé et n'a toujours pas abouti. Il doit être rapidement mené à terme, pour tous les organismes concernés : CAF, CPAM, caisses d'assurance retraite et de la santé au travail (Carsat), Pôle emploi, Agirc-Arrco, mutualité sociale agricole (MSA).*

*Un autre croisement automatisé d'informations a aussi vocation à être mis en œuvre, spécifiquement entre la Caisse nationale d'allocations familiales (CNAF) et la direction générale des finances publiques (DGFIP), afin d'apporter deux garanties élémentaires : d'une part, sur l'existence de logements supports des aides au logement et leur occupation effective par les bénéficiaires de ces aides ; d'autre part, sur la déclaration au fisc par les bailleurs privés de revenus fonciers au moins égaux aux aides versées.*

*Il importe aussi de réduire les possibilités et la durée des détournements de l'utilisation des cartes Vitale. L'enjeu essentiel est de dématérialiser la carte d'assurance maladie et d'en faire un moyen de consultation des droits dans le système d'information de l'Assurance maladie et non plus le support des droits eux-mêmes. Cela permettrait de donner un effet immédiat aux clôtures de droits et d'empêcher ainsi des prises en charge injustifiées de dépenses par l'Assurance maladie même après leur clôture. Une expérimentation de cette future e-carte est en cours. Dans l'attente du remplacement de la carte Vitale, il convient que les régimes d'Assurance maladie achèvent de mettre fin aux situations de détention de plusieurs cartes actives par un même assuré, évaluées à 152 000 fin juin 2020.*

*Deuxième chantier : la fiabilisation des salaires, des ressources et des situations professionnelles. Jusqu'à présent, les Urssaf ne rapprochent pas, sauf exception, les données individuelles de salaires prises en compte pour ouvrir les droits des salariés aux retraites de base, aux allocations chômage et aux indemnités journalières avec les données agrégées de salaires, non détaillées par salarié, qui constituent l'assiette des cotisations.*

*Pourtant, les employeurs déclarent à la fois ces données individuelles et ces données agrégées dans leurs déclarations sociales nominatives mensuelles. Cette déconnexion des prestations par rapport aux cotisations se traduit principalement par une insuffisance de cotisations pour certains employeurs. Il convient que le réseau des Urssaf y mette fin en rapprochant systématiquement les données individuelles et les données agrégées. L'enjeu financier est de taille.*

*Pour la branche famille, il s'agit de déployer un nouveau mode de production des prestations. Il ferait reposer l'attribution des prestations sur les données de revenus d'activité et de remplacement, déclarées par les employeurs et par les organismes sociaux et rassemblées dans le « dispositif ressources mutualisé » mis en place pour permettre le calcul des aides au logement en fonction des revenus contemporains. Ce chantier est engagé pour la prime d'activité. La CNAF prévoit de l'étendre ensuite au RSA et aux autres prestations, mais son calendrier est incertain.*

*Par ailleurs, la CNAM et Pôle emploi ont vocation à utiliser les données du « dispositif ressources mutualisé » afin de détecter plus rapidement et de façon plus complète les reprises d'activité qui font suite à un arrêt de travail ou à une période de chômage, et justifient d'interrompre le versement des indemnités journalières et des allocations chômage ou d'en réviser le montant.*

*Le troisième chantier n'est pas le moindre : gérer de manière plus rigoureuse les droits et les prestations d'Assurance maladie. L'enjeu est double. Il consiste d'abord à résorber le surnombre de droits ouverts à une prise en charge des frais de santé par l'Assurance maladie par rapport aux assurés qui remplissent les conditions d'activité ou de résidence stable en France pour en bénéficier.*

*Devant la commission d'enquête de l'Assemblée nationale sur la fraude aux prestations sociales, la direction de la sécurité sociale a finalement reconnu l'existence d'un surnombre de droits ouverts, qu'elle a estimé à 2,4 millions d'assurés. Selon nous, ce surnombre dépasse 3 millions d'assurés, la direction de la sécurité sociale ayant une acception trop large des catégories d'assurés qui ont des droits à l'Assurance maladie. Quoiqu'il en soit, les divers assurés ayant des droits ouverts à tort n'ont pas toujours conscience de l'irrégularité de leur situation. Une part indéterminée d'entre eux reçoit des soins pris en charge par l'Assurance maladie. L'enjeu financier pourrait être significatif.*

*Quelles sont les causes de ce surnombre ? Le débat sur ce point est particulièrement biaisé, et c'est une question sur laquelle nous avons beaucoup travaillé. La cause principale n'est certainement pas l'immatriculation en masse à la sécurité sociale de millions d'assurés fictifs qui seraient nés à l'étranger, comme on peut parfois l'entendre. Un tel procédé est matériellement impossible. Nous rejoignons à cet égard vos conclusions, monsieur le rapporteur général, quant au caractère circonscrit de la fraude à l'immatriculation à la sécurité sociale des assurés nés à l'étranger par rapport aux autres modes opératoires de fraude. De plus, les assurés en surnombre sont majoritairement nés en France, et non à l'étranger. Il est important de le préciser.*

*En revanche, nous observons un fait tout à fait objectif : les flux annuels de radiations de droits à l'Assurance maladie sont nettement inférieurs à ceux des départs de France vers l'étranger estimés par l'INSEE. Des droits à une prise en charge des frais de santé par l'Assurance maladie française sont ainsi maintenus ouverts à tort au titre d'assurés qui ont quitté la France pour un autre pays ou qui ne vivent qu'épisodiquement en France. Le ministère des solidarités et de la santé et la CNAM doivent désormais tirer les conséquences de ce dérèglement et réviser en profondeur les modalités de gestion des droits des assurés.*

*Deuxième enjeu, tout aussi déterminant sinon davantage : assainir les règlements de l'Assurance maladie aux professionnels et aux établissements de santé en tiers payant. En effet, les contrôles a posteriori effectués par l'Assurance maladie sur des nombres réduits de factures ne lui permettent de récupérer qu'une faible partie des préjudices financiers qu'elle subit du fait de factures non conformes à la réglementation, aux prescriptions médicales, ou aux décisions de son service médical.*

*Pour remédier à ces irrégularités, nous recommandons que des contrôles automatisés de conformité des facturations aux nomenclatures tarifaires en vigueur et aux décisions du service médical soient intégrés à la chaîne informatisée de règlement des frais de santé, qui bloquerait a priori les règlements non conformes. Il importe aussi de développer la prescription électronique des actes, des prestations et des biens de santé. L'Assurance maladie ne propose actuellement une solution de e-prescription que pour les transports sanitaires et elle est peu utilisée.*

*Il nous semble possible, en menant à bien ces trois chantiers, d'assécher à la source une grande partie des risques de fraude.*

*Mais cette action préventive ne peut suffire : il convient également d'intensifier la recherche de fraudes, afin d'exposer leurs auteurs à des risques accrus de découverte et de leur faire réparer l'ensemble des préjudices financiers qu'ils commettent.*

*Tout d'abord, les caractéristiques mêmes des prestations continueront à rendre nécessaire un renforcement des contrôles sur place pour détecter les irrégularités les plus difficiles à appréhender, comme les ressources procurées par le travail dissimulé ou l'absence de stabilité de la résidence sur le territoire national ; ou encore la réalité des actes ou des biens de santé dont les facturations à l'Assurance maladie ne font pas apparaître de non-conformités par rapport à une règle de droit ou une prescription médicale.*

*Certes, des marges d'efficience subsistent dans l'emploi des ressources humaines affectées à la réalisation des contrôles. Nous en identifions plusieurs dans le rapport, mais elles ne doivent pas être surestimées. Les investigations requièrent un temps significatif et un changement d'échelle des masses financières d'irrégularités détectées ne nous paraît pas envisageable sans un renforcement des moyens humains consacrés à ces tâches. Je l'ai dit, ces contrôles font leurs preuves : ne négotons pas sur les moyens.*

*Les contrôles doivent aussi s'adapter à l'évolution des menaces. Les dispositifs existants de lutte contre les fraudes visent principalement des procédés individuels comportant des modes opératoires simples. Les fraudes sophistiquées ou en bande organisée restent peu recherchées, alors que les trafics dans ce domaine sur le dark web représentent un enjeu croissant. Les organismes sociaux sont insuffisamment coordonnés et innovants dans l'approche des risques de fraude. Nous pensons à cet égard que la création d'une unité spécialisée transversale, composée d'experts dans la répression des agissements criminels et la cybercriminalité – un défi national autant qu'international – permettrait de franchir un palier significatif.*

*Beaucoup de progrès restent également à faire sur le terrain de la réparation financière des préjudices détectés. Il s'agit d'abord de constater la totalité des préjudices financiers subis au titre de fraudes et de les recouvrer plus efficacement. Les systèmes d'information de l'Assurance maladie et de la branche famille permettent de récupérer les indus frauduleux non sur les cinq années applicables à ces indus d'après les textes, mais uniquement sur les deux années qui s'appliquent aux indus non frauduleux. Une partie des indus liés à des fraudes*



détectées ne sont donc ni chiffrés ni mis en recouvrement. L'obsolescence des systèmes d'information de l'Assurance maladie et de la branche vieillesse affecte aussi l'efficacité du recouvrement des indus. Ces systèmes d'information doivent absolument être mis à niveau.

Il faut aussi que les dispositions législatives du code de la sécurité sociale, qui donnent en principe depuis 2010 à l'Assurance maladie la possibilité d'extrapoler les indus détectés sur des échantillons de factures, fassent enfin faire l'objet de mesures réglementaires d'application. Ces extrapolations d'indus devraient également couvrir les actes médicaux et paramédicaux et les séjours en établissement de santé. Toutes ces évolutions sont essentielles pour permettre à l'Assurance maladie de rentrer dans ses fonds quand des fraudes et d'autres irrégularités sont commises en série, comme c'est souvent le cas.

Enfin, l'arsenal de sanctions à disposition des organismes sociaux doit être davantage mobilisé. L'Assurance maladie déconventionne rarement les professionnels de santé, même en cas de fraude répétée. Le code de la sécurité sociale prévoit depuis 2007 une procédure d'urgence pour interrompre les agissements les plus graves, mais les mesures réglementaires d'application n'ont, là aussi, pas été adoptées. Elles doivent être prises sans plus tarder.

Nous recommandons d'instaurer en sus un déconventionnement d'office, d'une durée variable en fonction de la gravité des faits, des professionnels de santé sanctionnés à deux reprises, par la voie pénale ou administrative, au titre de fraudes qualifiées et ayant épuisé leurs voies de recours. Il est essentiel de mettre un terme aux surfacturations répétées à l'Assurance maladie.

En conclusion, je rappelle brièvement les principaux messages que nous souhaitons faire passer à travers cette enquête. D'abord, lutter plus efficacement contre les fraudes aux prestations sociales comporte trois prérequis : estimer dans tous les cas le montant de la fraude ; sécuriser en amont le versement des prestations sociales, avec les trois chantiers que j'ai développés précédemment ; renforcer en aval les contrôles et permettre aux organismes sociaux de récupérer le plus possible les préjudices financiers subis du fait de fraudes.

Ensuite, un changement d'échelle en termes de moyens est indispensable à un double niveau : celui des moyens technologiques et celui des moyens humains.

Notre rapport fournit une liste de quinze recommandations systémiques et opérationnelles, qui dessinent un programme de réforme des modalités de gestion des droits et des prestations sociales. La mise en œuvre de ces recommandations permettrait de réduire très sensiblement la fraude et les autres irrégularités aux prestations sociales et d'économiser ainsi plusieurs milliards d'euros de dépenses non voulues par le législateur. Ces dépenses non voulues n'ont pas été estimées, mais on peut penser qu'elles sont parfois gonflées.

*Une volonté politique forte est indispensable pour engager et mener à bien ces chantiers, en affirmant une priorité claire en faveur du paiement à bon droit des prestations sociales. La Cour des comptes ne vise pas le spectaculaire dans ce rapport ; elle est pleinement dans son rôle, celui d'éclairer un débat souvent piégé. C'est pourquoi je suis particulièrement heureux de vous le présenter, en vous priant de m'excuser pour la longueur de mon intervention.*

**M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général.** – *Vous n'avez pas été trop long : c'est un sujet essentiel. Je remercie la Cour des comptes pour ses travaux qui donnent des bases solides sur un sujet qui prête à la polémique et aux fantasmes.*

*Votre rapport dresse un panorama très large et vous donnez des pistes intéressantes. Trois chantiers sont clairement identifiés. Notre commission pourra s'en inspirer, tant en matière législative – nous aurons l'occasion de le faire dans le prochain PLFSS – que dans le cadre de nos travaux de contrôle, notamment ceux de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (Mecss). Je regrette cependant que vous n'ayez pas chiffré les différents types de fraude ; de ce fait, la hiérarchisation des actions à mener n'apparaît qu'en creux.*

*Les travaux de notre commission sur l'immatriculation des personnes nées à l'étranger ont évalué la fraude à 140 millions d'euros, alors que l'on a évoqué le chiffre de 14 milliards ! C'est une illustration des polémiques politiques et abusives auxquelles ce sujet peut donner lieu. Notre méthode de sondage par quota auprès des organismes prestataires me semblait parfaitement utilisable pour votre rapport. C'est une méthode éprouvée.*

*Vous soulignez les carences des organismes, à l'exception de la CNAF, dans l'évaluation de la fraude. Je vous rejoins sur ce point : l'estimation du préjudice est la base de toute lutte contre la fraude. Avec les moyens techniques et humains existants, dans quel délai et à quel coût les organismes pourront-ils faire des estimations réalistes ?*

*Vous plaidez aussi pour le renforcement du croisement de fichiers entre les organismes et l'administration. Il y a eu des avancées, notamment dans le cadre de la loi du 23 octobre 2018. Pouvez-vous préciser ce qu'il faudrait développer, en distinguant les nouvelles dispositions législatives de la mise en œuvre du droit existant ?*

*Vous préconisez une dématérialisation renforcée, notamment pour les cartes Vitale et prestations associées. Ne craignez-vous pas qu'elle n'engendre de nouveaux types de fraude ? Comment éviter qu'elle ne renforce l'exclusion des personnes les plus précaires, sujet souvent évoqué par le Défenseur des droits ?*

*Enfin, vous plaidez fortement pour un renforcement du contrôle de régularité des actes médicaux. Les montants en jeu sont très importants. Comment concilier ce renforcement avec l'obligation de paiement dans un délai de sept jours de l'Assurance maladie aux professionnels ?*

**M. Pierre Moscovici.** – *La Cour comprend et partage votre frustration sur le chiffrage de la fraude. En tant que commissaire européen, j'avais éprouvé cette frustration lorsque la Cour s'était refusée à livrer une évaluation du montant de la fraude fiscale ; mais nous avons pour tradition de travailler sur des données étayées. La méthode des quotas ne nous semblait pas applicable aux professionnels et aux établissements de santé : il aurait fallu constituer des échantillons de plusieurs milliers d'opérations, en examinant les dossiers médicaux...*

**M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général.** – *C'est gérable !*

**M. Pierre Moscovici.** – *C'est peut-être gérable, mais c'est lourd, et ce n'était pas possible dans ce contexte sanitaire. Il nous aurait fallu un délai bien plus important. Je comprends néanmoins votre frustration, et la connaissance en la matière doit être renforcée.*

*J'en viens à votre première question. La CNAM, la CNAV et Pôle emploi ont vocation à estimer deux choses : le montant brut de la fraude et celui des prestations versées définitivement à tort, en distinguant autant que possible les fraudes et les erreurs. À l'issue de l'enquête de la Cour, Pôle emploi s'est engagé à une estimation périodique du montant brut de la fraude, en se basant sur la méthode utilisée dans une estimation portant sur les prestations versées en 2012.*

*L'Assurance maladie effectue chaque année plusieurs centaines de milliers de contrôles a posteriori, mais ce n'est pas assez au regard des risques. Les informations recueillies pourraient être directement utilisées ou extrapolées. Une exploitation plus systématique des résultats des contrôles pourrait permettre d'observer des tendances statistiques dans la fréquence et le montant moyen des irrégularités.*

*L'évaluation par la CNAM comporte quatre prérequis : la mise en place d'un outil informatique beaucoup plus performant de reporting des contrôles effectués, un élargissement du périmètre de l'échantillon des factures sélectionnées de manière aléatoire, une implication de la direction statistique de la CNAM, et une volonté de l'organisme de mesurer les pertes financières liées à des erreurs et des fraudes. Le respect de l'objectif national de dépenses d'Assurance maladie (Ondam) ne saurait être le seul objectif financier de l'Assurance maladie : le paiement à bon droit des prestations est tout aussi essentiel.*

*Devant la commission d'enquête de l'Assemblée nationale sur la fraude aux prestations, le directeur de la Sécurité sociale s'est engagé à ce que l'Assurance maladie procède à une estimation de la fraude. Cela impliquerait une charge supplémentaire équivalente à dix équivalents temps plein ETP, ce qui est modéré et pleinement justifié au vu des gains financiers à attendre.*

*Concernant les informations utiles auxquelles les organismes sociaux pourraient avoir accès, la loi du 23 octobre 2018 a marqué plusieurs avancées. Nous ne comprenons cependant pas pourquoi Pôle emploi, établissement public de l'État, n'est toujours pas doté du droit de communication auprès de tiers, alors que les caisses de sécurité sociale le sont depuis 2008. Cela prive Pôle emploi de la possibilité de contrôler la résidence en France et de détecter des activités non déclarées grâce à la consultation des relevés de compte bancaire.*

Plus généralement, les organismes sociaux ne peuvent pas encore consulter toutes les informations utiles pour vérifier la stabilité de la résidence en France des bénéficiaires ; nous préconisons de leur donner accès aux registres des Français de l'étranger tenus par le ministère des affaires étrangères et les bases « élèves » du ministère de l'Éducation nationale. Ayant moi-même résidé cinq ans à l'étranger, j'ai pu constater l'absence de contrôles.

Les organismes sociaux doivent aussi pouvoir appréhender, sur un portail de consultation mis à disposition par l'Assurance maladie, l'existence de séries de soins à l'étranger et, par leurs propres moyens, la composition du foyer des bénéficiaires de prestations connues par leurs homologues.

J'aborde maintenant les préalables juridiques. L'application à Pôle emploi du droit de communication nécessite des évolutions législatives. Voilà sans doute, monsieur le rapporteur général, un champ d'action utile. Les autres possibilités de communication que j'ai évoquées appellent des évolutions plus légères, de nature réglementaire.

Les enjeux calendaires et informatiques ne sont pas les moindres. Près de deux années après la loi du 23 octobre 2018, les possibilités de consultation du fichier des contrats d'assurance vie (Ficovie), de la base nationale des données patrimoniales et de la base des transactions immobilières qu'elle prévoit ne sont toujours pas entrées en vigueur.

La dématérialisation de la gestion des droits et prestations supprime ou réduit certains types de fraudes, comme la surcharge d'ordonnances médicales ou la falsification du bulletin de paie ; mais elle peut en susciter de nouveaux. Dès à présent, les organismes sociaux combattent des tentatives d'intrusion dans leurs systèmes d'information. Ils doivent aborder les risques émergents de fraude par internet dans le cadre d'une structure transversale, sans s'en tenir aux risques les plus visibles, c'est-à-dire les fraudes individuelles.

La dématérialisation des cartes Vitale ne devrait pas, aux yeux de la Cour, accentuer les difficultés d'accès aux soins des plus précaires. La carte dématérialisée que nous proposons serait accessible sur un smartphone. Selon un sondage effectué en juin 2019, le taux d'équipement des 18-24 ans est proche de 100 % ; il descend à 44 % chez les 70 ans et plus. Le smartphone est devenu un objet courant, sinon indispensable. Le risque d'exclusion est davantage lié à l'âge qu'au niveau d'éducation ou de revenu. Cela étant dit, il faudrait procéder à une mise en place par étapes pour minimiser la gêne induite par le changement. Il serait ainsi nécessaire de conserver, au moins provisoirement, la carte actuelle pour les 60 ans et plus.

Enfin, la Cour préconise un renforcement des contrôles automatisés de la conformité aux nomenclatures tarifaires des actes facturés à l'Assurance maladie par les professionnels de santé. L'obligation des paiements sous sept jours ne serait pas remise en cause mais elle ne s'accompagnerait plus de règlements manifestement irréguliers.

La Cour préconise également que les CPAM aient la faculté de suspendre la garantie de paiement pour les professionnels de santé ayant déjà fait l'objet d'une sanction pénale, administrative ou ordinaire pour fraude ou pour faute. Il est fréquent que les professionnels en question persistent dans leurs comportements ; c'est pourquoi il est utile que les CPAM, instruites par cet historique, puissent conduire des contrôles a priori avant de régler les professionnels concernés, quitte à dépasser le délai de sept jours ouvrés. Il faudrait mettre en place un cadre juridique pour cela.

**M. Raoul Briet, président de chambre maintenu, contre-rapporteur.** – Je voudrais ajouter un élément sur le chiffrage des fraudes. La Cour a été mandatée par le Premier ministre en 2019 pour travailler sur l'estimation de la fraude fiscale ; nous y avons consacré dix mois, en mettant en œuvre les meilleures méthodes, et nous avons pu chiffrer la fraude à la TVA dans des conditions techniquement solides. Ne sous-estimons ni le temps ni les moyens nécessaires : notre mission a mobilisé plusieurs data analysts de la Cour, ainsi que l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee) et la DGFIP, entrée dans la démarche à la demande du Gouvernement. Il a donc fallu beaucoup de temps et de moyens pour parvenir à une estimation concernant un seul impôt, la TVA. C'est faisable, mais c'est très lourd.

À mon sens, la réponse ne peut venir d'une entité externe qui enquêterait à intervalles réguliers ; les organismes doivent s'organiser, volontairement ou sous la contrainte, pour opérer eux-mêmes ces estimations, lesquelles, par ailleurs, sont utiles au pilotage de leur action et répondent au questionnement légitime des citoyens. Une telle démarche permet également de s'inscrire dans une trajectoire de progrès.

**M. René-Paul Savary, président.** – Cela permettrait, en outre, de veiller à ce que les usagers perçoivent effectivement les prestations auxquelles ils ont droit.

**M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général.** – Je partage l'idée qu'il revient aux organismes eux-mêmes d'opérer ces contrôles. C'est ce que nous avons fait en matière d'immatriculation des étrangers, avec le service administratif national d'immatriculation des assurés (Sandia), la CAF et les organismes eux-mêmes, en quelques mois. Un tel effort ne nécessite pas de mobilisations insupportables au vu des enjeux financiers concernés.

J'ai noté ce que vous avez dit : peut-être faut-il en effet contraindre les organismes concernés à effectuer cette évaluation annuellement et à en rendre compte officiellement en utilisant des méthodes éprouvées, ainsi que nous l'avions fait.

**Mme Catherine Deroche.** – S'agissant de la fraude à la carte Vitale, l'année dernière, M. Philippe Mouiller avait déposé une proposition de loi visant à instituer une carte Vitale biométrique, dont j'étais rapporteure. Parmi les avantages d'un tel dispositif qui sont ressortis de nos travaux, il y avait l'obligation d' enrôler tout le monde, qui permettait de revenir à un chiffre exact, mais les professionnels de santé étaient mitigés à l'idée de pratiquer le contrôle biométrique et le coût total paraissait très élevé au regard de l'estimation de la fraude qui nous était alors

fournie. La commission avait donc envisagé une expérimentation de la carte biométrique dans quelques caisses, en parallèle de l'expérimentation de la carte dématérialisée. Ce dernier processus se fait d'ailleurs sur la base du volontariat, ce qui ménage une option aux fraudeurs. Quel est votre regard sur ces deux systèmes ?

En outre, certains professionnels de santé opèrent des surfacturations, voire ferment les yeux quand le patient présent n'est visiblement pas le titulaire de la carte Vitale. Ces comportements ne sont pas faciles à chiffrer, mais les avez-vous néanmoins envisagés ?

**Mme Laurence Cohen.** – Depuis plusieurs années, la branche recouvrement de la sécurité sociale connaît une réduction de ses effectifs. Selon la convention d'objectifs et de gestion 2018-2022, son budget baisse de 5 % par an et 480 emplois en équivalent temps plein (ETP) doivent être supprimés. L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (Acoss) est donc privée des moyens suffisants pour lutter contre la fraude. Ne faut-il pas mettre un coup d'arrêt à ces politiques de réduction des effectifs ? Vous disiez vous-même qu'il fallait changer de logiciel à ce sujet.

La Cour des comptes a-t-elle évalué précisément la fraude des entreprises au chômage partiel ? Comment lutter contre ces comportements ?

S'agissant du travail dissimulé, les remontées de terrain laissent apparaître que le confinement aurait favorisé cette pratique. Avez-vous constaté ce phénomène et pouvez-vous, le cas échéant, le chiffrer ? De même, la Cour possède-t-elle des éléments chiffrés sur les manœuvres d'évitement des entreprises agricoles, qui provoquent chaque année 500 millions d'euros de pertes pour le régime agricole, selon la mutuelle sociale agricole (MSA) ?

Vous semblez déterminé à lutter contre la fraude et la Cour des comptes nous avait demandé, l'année dernière, de prévoir des outils de contrôle lors de la conception des lois sur la fiscalité. C'est ce que le groupe CRCE s'emploie à faire chaque année au moment de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale. Je ne doute donc pas que vous serez, cette année, particulièrement attentifs à nos amendements !

**M. Pierre Moscovici.** – La carte Vitale fait en effet l'objet d'une expérimentation en cours, qui comporte des éléments biométriques, et la Cour prépare des suggestions afin de lisser dans le temps les effets négatifs de la réforme, pour permettre au taux d'équipement de progresser, qui sont congruents avec les points que vous avez évoqués, madame Deroche. Vous m'interrogez, en outre, sur le prêt de cartes Vitale ; ce phénomène existe, mais nous ne l'avons pas chiffré.

Madame Cohen, j'ai parlé de changement de logiciel et je maintiens cette formule. Certes, les déficits sont élevés face à la crise et la Cour des comptes, tout en restant sérieuse et attentive à la gestion des deniers publics, doit désormais mettre l'accent sur la soutenabilité de la dette et sur la qualité de la dépense publique. Elle ne va, certes, pas pousser à la création d'emplois publics, ce serait un saut trop important, mais bien à la répartition des moyens. Or, en matière de lutte contre la fraude, les ressources attendues sont plus élevées que les coûts exposés. J'ai proposé

la création de dix équivalents temps plein, il s'agit peut-être d'une percée conceptuelle, mais nous l'assumons.

Pour le reste, la Cour n'a pas chiffré la fraude des entreprises, nous réaliserons ce travail a posteriori, car ses prochains rapports publics doivent être centrés sur la réalité des problèmes rencontrés par les Français, et sur les politiques publiques mises en œuvre. Dans un cas comme l'autre, l'épidémie de covid-19 et la réponse des pouvoirs publics seront au centre de nos travaux.

Enfin, en ce qui concerne l'inscription d'outils permettant le contrôle dans la loi, nous ne sommes pas législateurs, nous avons seulement fait des propositions. C'est une bonne idée, mais c'est à vous, législateurs, qu'il revient de déterminer quand et comment le faire.

**M. René-Paul Savary, président.** – Nous faisons confiance à Mme Cohen pour formuler des propositions...

**Mme Élisabeth Doineau.** – Je partage votre propos introductif, monsieur le Premier président, la fraude sociale est un coup de griffe dans le pacte républicain. Nous cherchons tous à mener des politiques comprises et acceptées par tous ; or les fraudes ouvrent la porte à tous les fantasmes. À ce titre, je comprends la frustration de mes collègues, mais je partage votre prudence, car il ne faut pas non plus faire courir des bruits sur les réseaux sociaux. Je forme le vœu que les Français intéressés par ce sujet prennent le temps de lire votre rapport.

Vous préconisez de passer au contrôle a priori, mais ne faut-il pas se garder d'alourdir la démarche des usagers et maintenir une certaine rapidité dans la délivrance des prestations ?

Vous indiquez que seule la branche famille procède à une évaluation de la fraude, et pas l'Assurance maladie, la branche vieillesse ou Pôle emploi. À combien estimez-vous le coût d'une évaluation rigoureuse couvrant l'ensemble des organismes sociaux ? Ne faudrait-il pas également enquêter sur les motivations des fraudeurs ?

Vous préconisez le recours aux outils informatiques, et je suis sensible à l'idée que la dématérialisation devrait s'appliquer aux assurés, mais comment accompagner la population la plus fragile, notamment la plus âgée, qui pourrait se trouver très à l'écart ?

Cela m'évoque le travail que notre rapporteur général avait mené sur le revenu universel. L'adoption de ce dispositif ne nous permettrait-elle pas d'éviter certaines fraudes ?

**Mme Victoire Jasmin.** – Je souhaite attirer votre attention sur les travailleurs indépendants qui ont été victimes d'une incompatibilité de logiciels fiscaux et sociaux, qui a emporté de graves conséquences : certains d'entre eux ont été contraints de cesser leur activité après avoir dû payer plusieurs fois les mêmes frais.

*Il me semble, en outre, que la situation que nous évoquons est parfois en relation avec l'état civil : en cas de décès, les services concernés doivent transmettre des mentions qui doivent figurer au registre du lieu de naissance de la personne décédée. Or cette transmission n'est pas systématique et, lorsqu'elle n'est pas effectuée, le versement des prestations peut ne pas cesser. C'est sans doute une des pistes à suivre.*

*Enfin, il existe plusieurs bases dont les données ne sont pas croisées, il faudrait permettre ce croisement à tout moment, notamment pour lutter contre l'usurpation d'identité. J'ai eu ainsi connaissance d'une personne à Marie-Galante qui ne parvient pas à récupérer son identité, non plus que ses prestations, qu'un usurpateur perçoit à sa place.*

*Enfin, qu'en est-il de l'utilisation de l'identifiant permanent du patient pour lutter contre les dérives ? Il pourrait être intéressant de mettre en lien les nomenclatures avec la sécurité sociale pour identifier très tôt les fraudeurs.*

*Je vous félicite de votre travail, qui est très utile.*

***M. Pierre Moscovici.** – Ces remerciements s'adressent d'abord aux équipes qui ont travaillé. Ce rapport mérite en effet d'être lu, il est voué à durer. Ses recommandations méritent l'attention dans ce débat où les outrances, voire les manipulations, sont nombreuses, car elles recoupent certaines propositions que vous faites.*

*S'agissant du coût d'une estimation de la fraude, madame Doineau, nous l'avons indiqué : cela nécessite quelques investissements informatiques et humains, j'ai évoqué la création de dix ETP en plus pour l'assurance maladie.*

*En ce qui concerne le revenu universel, l'assiette des ressources resterait complexe, en tout état de cause, il faudrait simplifier leur définition avant tout. Ensuite, l'association des professionnels et des usagers est évidemment toujours souhaitable.*

*Vous évoquez une contradiction entre la volonté de tarir la fraude à la source et celle d'accélérer la délivrance des prestations des usagers ; or il n'y en a pas, car les contrôles que nous visons sont automatisés, immédiats et transparents.*

*Madame Jasmin, les travailleurs indépendants ainsi que le dysfonctionnement de l'état civil municipal n'entraient pas dans le champ de notre enquête.*

*En revanche, l'usurpation d'identité que vous évoquez ne se serait pas produite si un rapprochement automatisé systématique avec le Ficoba était mis en place.*

***M. René-Paul Savary, président.** – je vous remercie, monsieur le Premier président.*

*Mes chers collègues, je vous demande de bien vouloir autoriser la publication de cette enquête sous la forme d'un rapport d'information assorti d'un préambule de notre rapporteur général.*

*La commission autorise la publication du rapport d'information.*



**RAPPORT DE LA COUR DES COMPTES**

---