

Rapport de mission confiée par
le Premier Ministre Édouard PHILIPPE,
la Ministre de la Santé Agnès BUZYN et le
Ministre de l'Action et des Comptes Publics, Gérald DARMANIN

**LUTTER CONTRE LES FRAUDES
AUX PRESTATIONS SOCIALES,
UN LEVIER DE JUSTICE SOCIALE
POUR UNE JUSTE PRESTATION**



Carole GRANDJEAN
Députée de Meurthe-et-Moselle
Membre de la Commission des Affaires Sociales



Nathalie GOULET
Sénateur de l'Orne
Secrétaire de la Commission des Finances

— Octobre 2019 —

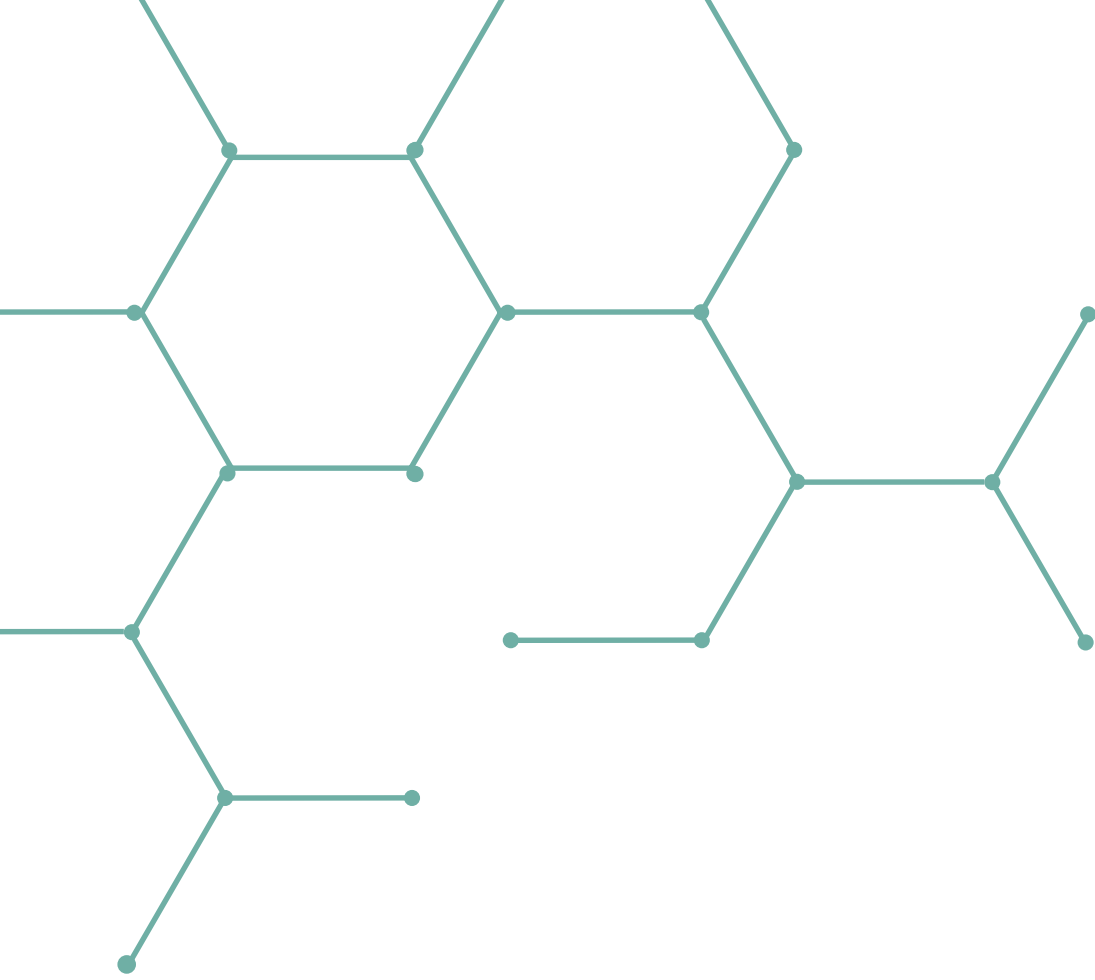


Table des matières

Introduction	8
Chapitre 1 : Des données concernant la population à consolider	11
1. Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés	12
2. INSEE	13
3. Répertoire National d'Identification des Personnes Physiques (RNIPP)	14
4. Répertoire National Commun de la Protection Sociale (RNCPS)	14
5. Système National de Gestion des Identités (SNGI)	15
6. Numéro d'Inscription au Répertoire (NIR)	15
Chapitre 2 : Typologie des fraudes facilitées par le manque d'échange de données	17
1. Fraudes à l'état civil	18
1.1. Fraude à l'identité	18
1.2. Fraude à la composition familiale	18
1.3. Fraude à l'isolement	18
1.4. Fraude au lien de parenté	18
1.5. Fraude à la non déclaration de décès	19
1.6. Fraude à la nationalité	19
2. Fraude à la résidence	19
2.1. En France	19
2.2. A l'étranger	20
3. Fraudes au logement	20
3.1. Fraudes de bailleurs	20
3.2. Fraudes des locataires	21
4. Fraudes aux documents et attestations	21
4.1. Falsification, détournement, ouverture et usage frauduleux d'un droit	21
4.2. Faux justificatifs d'ouverture ou de maintien de droit	22
5. Fraudes médicales	22
5.1. Utilisation frauduleuse d'une prescription ou certificat ou usage de faux	22
5.2. Fraude aux soins à l'étranger	22
5.3. Fraude par le biais du tourisme médical	22
5.4. Fraude aux prestations santé en espèce	23
6. Fraudes aux déclarations de ressources et de patrimoine	23
6.1. Fraude aux déclarations de ressources	23
6.2. Dissimulation de patrimoine	24
7. Fraudes à la dissimulation d'activité	24
7.1. Fraude par cumul de prestations	25

Table des matières

7.2. Fraude à l'Assurance Garantie des Salaires	25
7.3. L'abus de droit	26
8. Fraudes aux coordonnées bancaires	26
9. Fraudes au RSA	27
<i>L'exemple de la Savoie</i>	29
10. Fraudes transfrontalières	30
11. Entreprises et fraudes aux prestations sociales	31
11.2. Non-conformité du statut d'autoentrepreneur	32
11.3. Fraude aux conditions matérielles de création du statut d'autoentrepreneur	33
11.4. Fraude à la déclaration du chiffre d'affaires	33
11.5. Fraude de différences déclaratives aux organismes sociaux	33
11.6. La fraude liée à la sous-déclaration du chiffre d'affaire	34
Chapitre 3 : État des lieux de la lutte contre les fraudes	35
1. État des lieux par organisme de protection sociale	36
1) CNAMTS	36
1.1. État des lieux	36
1.2. Moyens de la lutte contre la fraude	37
1.3. Résultats	38
1.4. Difficultés et propositions	39
2) CNAF	42
2.1. Etat des lieux	42
2.2. Moyens de la lutte contre la fraude	42
2.3. Résultats	42
2.4. Difficultés et propositions	43
3) CNAV	45
3.1. État des lieux	45
3.2. Moyens de la lutte contre la fraude	45
3.3. Résultats	46
3.4. Difficultés et propositions	47
4) MSA	49
4.1. État des lieux	49
4.2. Moyens de la lutte contre la fraude	50
4.3. Résultats	50
4.4. Difficultés et propositions	52
5) PÔLE EMPLOI	53
5.1. État des lieux	53
5.2. Moyens de la lutte contre la fraude	53
5.3. Résultats	54
5.4. Difficultés et propositions	54

Table des matières

2. État des lieux par institutions publiques	56
1) Cour des Comptes	56
1.1. État des lieux	56
1.2. Moyens de la lutte contre la fraude	56
1.3. Résultats	57
1.4. Difficultés et propositions	58
2) DNLF	60
2.1. État des lieux	60
2.2. Moyens de la lutte contre la fraude	60
2.3. Résultats	61
2.4. Difficultés et propositions	61
3) TRACFIN	61
3.1. État des lieux	61
3.2. Moyens de la lutte contre la fraude	63
3.3. Résultats	63
3.4. Difficultés et propositions	64
4) CODAF	64
4.1. État des lieux	64
4.2. Moyens de la lutte contre la fraude	65
4.3. Résultats	66
4.4. Difficultés et propositions	66
3. Sécuriser les poursuites contre les fraudeurs et assurer l'application du droit y compris le « droit au droits »	68
3.1. Etat des lieux	68
3.2. Propositions	69
4. Situation de la coopération européenne et internationale	70
5. Exemples européens	71
5.1. Banque de données Carrefour de la sécurité sociale en Belgique (BCSS)	71
5.2. La e-identité et le numéro unique en Estonie	74
Chapitre 4 : Le non-recours et les difficultés d'application de la loi pour un État au service d'une société de confiance (ESSOC)	76
Chapitre 5 : Propositions pour la modernisation de notre système de délivrance des prestations sociales et de la lutte contre les fraudes sociales	78
1. Accentuer l'acculturation concernant la lutte contre les fraudes sociales, notamment aux prestations sociales.	79
2. Organiser l'interconnexion des données et sortir d'une approche uniquement déclarative	81

Table des matières

3. Améliorer l'approche a priori : la prévention est le meilleur levier de lutte contre les fraudes	83
4. Préciser des définitions	84
4.1. Définition de la notion de fraude et différenciation de la sanction entre fraude, omission et erreur	84
4.2. Définition de la notion de domicile social	84
4.3. Définition de la vie commune	84
5. Prévoir un guide de l'utilisateur	84
6. Assurer la réactivité de publication des mesures réglementaires	85
7. Renforcer les procédures de contrôles internes	85
8. Sécuriser les données sur lesquelles les organismes de protection sociale et Pôle emploi travaillent	85
9. Sécuriser les justificatifs de résidence	86
10. Renforcer la lutte contre les fraudes dans le système de santé	87
11. Lutter contre les entreprises éphémères	88
12. Faire évoluer la coopération transfrontalière et internationale	89
13. Propositions diverses	90
Conclusion	91
Bibliographie	92
Personnes auditionnées	98
Annexes	107

Introduction

Ce rapport répond à la lettre de mission du Premier Ministre, datée du 28 mai 2019, relative à la lutte contre les fraudes aux prestations sociales. Dans un contexte d'évolutions législatives telles que la loi relative à la lutte contre la fraude et la loi pour un État au service d'une société de confiance ayant ouvert sur le droit à l'erreur ; mais aussi d'enjeux majeurs concernant l'accès aux droits pour le citoyen, ou encore les fraudes aux cotisations sociales, le Premier Ministre a souhaité rappeler que la fraude « contrevient aux fondements du pacte républicain ».

Aussi, la volonté politique de verser la juste prestation, de limiter les indus et de simplifier la relation de nos organismes avec le citoyen pour plus de solidarité est sans conteste.

La présente mission s'inscrit dans une démarche de transparence, et prend en compte la nouvelle législation sur le droit à l'erreur. Le périmètre de la mission comprend également le non recours et tient compte de la situation dans les outre mers.

C'est donc une mission large, couvrant toutes les fraudes aux prestations sociales, qui a été confiée à Carole Grandjean et Nathalie Goulet par deux décrets de nomination parus au JO du 28 mai dernier (lettres de mission et JO en annexe).

Elle s'appuie sur des travaux antérieurs de l'Assemblée Nationale comme les rapports des parlementaires Cloarec¹ ou Tian² sur les fraudes et sur une exigence de méthodologie. Les parlementaires ont aussi tenu à apporter un éclairage de la vision européenne en matière de lutte contre les fraudes, sujet à enjeux concernant notamment les fraudes transfrontalières³.

La fraude se distingue de l'erreur par l'intention de son auteur. C'est l'intention et la matérialisation de celle-ci qui permettent de la distinguer juridiquement de l'erreur. Le présent rapport distingue ces notions de fraude et d'erreur.

La fraude sociale constitue une atteinte au principe de solidarité, et donc au pacte républicain, qui fonde depuis 1945 la sécurité sociale. Ainsi, la lutte contre toutes les formes de fraudes est un impératif d'efficacité économique et de justice sociale. Elle revêt depuis 2010 le caractère d'exigence constitutionnelle⁴.

Les enjeux financiers sont considérables, comme l'indique la Cour des Comptes, compte tenu de l'ampleur des montants des transferts :

- 180 milliards de prestations légales versées par la branche maladie et AT-MP du régime général
- 126 milliards pour la branche vieillesse
- 74,5 milliards pour la branche famille, dont 32 milliards pour le compte de l'État et 11 milliards pour le compte des départements.

De nombreuses études en particulier du CREDOC marquent à la fois l'attachement des Français pour leur système de protection sociale et le désir de le voir évoluer pour une plus juste prestation. La perception de la « France des invisibles »⁵ du rapport CREDOC de mars 2016 fait état des craintes des Français pour leur retraite, ainsi que leur sentiment de déclassement social et d'exclusion.

1 Rapport Cloarec, La juste prestation pour des prestations et un accompagnement ajustés, Septembre 2018

2 Rapport Tian, Rapport d'information déposé en application de l'article 145 du Règlement par la commission des affaires sociales en conclusion des travaux de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale sur la lutte contre la fraude sociale.

3 Rapport IGF-IGAS L'optimisation des échanges de données entre organismes de protection sociale, Février 2016

4 Décision n°2010-622 DC du 28 décembre 2010

5 CREDOC, La France des invisibles, Mars 2016

Introduction

Dans un contexte budgétaire et social difficile, le déficit des comptes publics, le déficit des comptes de la sécurité sociale, les crises sociales récentes et la crise de confiance générale à l'égard du monde politique et médiatique, ont montré que le niveau d'acceptation de la fraude est désormais très réduit, qu'elle soit sociale ou fiscale, comme le consacrait déjà l'étude du CREDOC à l'occasion du 70ème anniversaire de la Sécurité Sociale en 2015¹. « L'acceptation de la diminution de ces deux prestations (RSA et allocations familiales) doit être également reliée à de fortes critiques portant sur les fraudes : 84% des Français sont ainsi d'accord avec l'idée que « beaucoup de personnes abusent du système ».

En comparaison, moins de la moitié des Français sont conscients du phénomène de non recours au droit, qui touche pourtant 19% de la population ». Cette même étude montrait une « fatigue de la compassion » des Français à l'égard des plus précaires. Or, nul ne peut ignorer, en 2019, la très grande précarité dans laquelle vit une partie de la population en France. Cette constatation a conduit les rédacteurs à auditionner ou solliciter les acteurs du social et de la solidarité (Banque alimentaire, Restos du cœur et Comités Communaux d'Action Sociale, Conseils départementaux), ainsi que le Défenseur des Droits, et le présent rapport exclut de ses considérations la fraude de très grande précarité.

Ce rapport confié par le Premier Ministre et ayant pour orientation la lutte contre les fraudes sociales, vient s'inscrire dans un contexte que les rapporteuses souhaitent rappeler :

- Les évolutions législatives récentes n'ont pas encore trouvé toutes leurs applications concrètes et certaines directives internes sont en cours de rédaction.
- Une stratégie de lutte contre la pauvreté est en déclin, traduction de la volonté gouvernementale à répondre aux enjeux de précarité existants dans notre pays.
- Des démarches de lutte contre les fraudes sont initiées, voire développées, depuis quelques années dans nos organismes de protection sociale. Cette culture de lutte contre les fraudes est récente mais ne s'appuie pas suffisamment sur la volonté des agents de ces établissements, dont la volonté de verser la juste prestation est forte.
- La temporalité des prestations répond à une exigence sans cesse renforcée, la réactivité des organismes est attendue par le citoyen car la généralisation du numérique ouvre à l'instantanéité des données. Or, les moyens de nos organismes de protection sociale n'ont pas toujours le partage de données et la fiabilisation de celle-ci pour répondre à cette attente.
- La fracture numérique et l'organisation territoriale de nos institutions nécessitent non seulement un ajustement de nos réponses pour accéder aux droits, mais également pour accompagner la mise-à-jour de ces demandes. La volonté politique de renforcer un maillage territorial des maisons France Service viendra appuyer la démarche de lutte contre le non-recours aux droits, éviter l'erreur de bonne foi et les indus liés à ceux-ci, et permettre de mieux cibler les politiques de contrôle sur la lutte contre les fraudes.
- Une volonté de simplification de notre système est déployée afin de décloisonner les informations existantes et actualisées entre les organismes.

La multiplication des prestations, les conditions d'attribution, les différences de délais et autres modalités d'octroi de ces prestations, la dématérialisation de la relation ainsi que la complexité du système nuisent aux populations les plus précaires et facilitent les fraudes.

Notre système de protection sociale fait face aux évolutions sociologiques et technologiques. Les mesures prises pour alléger ou faciliter la relation avec l'utilisateur (dématérialisation, système déclaratif, création du statut d'auto-entrepreneur, etc.) peut entraîner dans son sillage des conséquences non visées : l'erreur réalisée de bonne foi, le non recours aux droits et la fraude par des individus ou réseaux.

1 CREDOC, Regards sur la protection sociale et sur les politiques de solidarité, Septembre 2015

Introduction

Le système français des prestations sociales se caractérise par sa diversité et son extrême complexité. Bâti à une époque de stabilité des populations dans le parcours de vie et pour une territorialité stricte, il peine à s'adapter aux nouvelles mobilités et modes de vie, à la gestion dématérialisée et massive des demandes, à la multiplication des données et des bases de données, à l'ajustement aux évolutions relatives au Droit à l'erreur, à l'organisation de nos systèmes d'information dont l'interconnexion n'est que démarrée, et dont le déclaratif est la meilleure réponse actuelle au besoin de contemporanéiser la prestation sociale.

Une communication de données existe entre les organismes, mais la profusion de ces bases de données aux contenus et aux modalités d'accès divers est dense, rapportée par des services de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) et de l'Inspection Générale des Finances (IGF) (cf. rapport L. Gratioux et O. Le Gall¹, 2016, et L. Caussat, A. Delattre (IGAS), M. Fuzeau, E. Walraet et I. Mendret (IGF) sur la modernisation de la délivrance des prestations sociales, 2017)².

La Cour des Comptes, en charge de la certification des comptes des organismes de sécurité sociale, signale dans ses rapports, que les enjeux de lutte contre les risques de fraudes ne sont que peu pris en considération. Cette répétition des réserves a d'ailleurs conduit la 6^{ème} Chambre à une enquête sur la fraude aux prestations sociales dont les travaux devraient être rendus prochainement. A ce titre, la Cour des Comptes a souhaité rappeler le poids très important de la fraude dans nos finances publiques, fraudes aux prestations estimées entre 3 et 10% par l'Université de Portsmouth chargée d'une étude au plan européen³ et présentée par les représentants de la Cour des Comptes lors de leur audition par les rapporteuses.

Si les organismes sociaux ont bien pris en considération depuis une dizaine d'années la lutte contre la fraude, des progrès demeurent possibles. Il existe clairement des différences d'implication sur ce sujet entre organismes, tant au niveau des engagements exprimés que des moyens consentis. Compte tenu de la situation, les rapporteuses proposent de poursuivre l'acculturation initiée à ce sujet. Compte-tenu des difficultés, la mission confiée aux rapporteuses constitue un pas très important dans la reconnaissance de la lutte contre les fraudes sociales, et notamment aux prestations sociales. La culture de la lutte contre les fraudes sociales doit être consolidée dans les pratiques comme elle l'est contre les fraudes fiscales.

La prévention des fraudes est et restera le meilleur axe de lutte contre les fraudes. Aussi, les rapporteuses s'emploieront à travailler des propositions qui iront dans le sens de la fraude évitée, limitant les démarches de contrôle, ainsi que de recouvrement des indus.

En termes méthodologiques, les retranscriptions des auditions sont annexées au rapport. Un panel large de représentants d'institutions et entités a été auditionné : les organismes de protection sociale, ainsi que Pôle Emploi, ont été auditionnés au niveau national et sur certains départements, ainsi que des experts (de la lutte contre les fraudes, des juristes, des conseillers d'État, des Inspecteurs des Affaires Sociales), les AGS, les Conseils départementaux, des ambassadeurs européens, des organisations syndicales et patronales, des ordres de professions médicales ou paramédicales, des universitaires, la CNIL, des associations de lutte contre les fraudes, des entreprises privées qui développent des outils pour lutter contre les fraudes, des professionnels bancaires et des associations de solidarité.

Les rapporteuses n'aborderont pas la question des mutuelles, bien que certaines d'entre-elles aient été auditionnées. Les préconisations générales qui sont faites leur sont applicables.

Les rapporteuses ont estimé qu'il ne leur était pas matériellement possible de procéder à un chiffrage du montant de la fraude aux prestations sociales.

Cette impossibilité matérielle se double d'une inopportunité politique. En effet, les rapporteuses ne souhaitent pas que des polémiques relatives aux montants de la fraude obèrent le fond de leur rapport et de leurs propositions.

Néanmoins, un audit indépendant et doté des pouvoirs nécessaires est nécessaire afin d'effectuer ce chiffrage au-delà des fraudes actuellement estimées ou détectées par les différents organismes.

1 L. Gratioux & O. Le Gall, L'optimisation des échanges de données entre organismes de protection, Rapport IGAS-IGF, Février 2016

2 M. Fuzeau, L. Caussat, E. Walraet, A. Delattre, La modernisation de la délivrance des prestations sociales, Rapport IGAS-IGF, Juin 2017

3 G. Brooks, M. Button, M. Tunley, et J. Gee. (2017) Healthcare Fraud, Corruption and Waste in Europe, Rapport du centre d'étude sur la lutte antifraude (Centre for Counter Fraud Studies) de l'université de Portsmouth, 2017



Chapitre 1 :

Des données concernant la population à consolider

La population qui « vit » en France, qu'elle soit française ou étrangère, figure dans différents fichiers. La France a une histoire douloureuse avec les fichiers et le fichage des populations depuis les années 1940 et les lois de Vichy, qui restent une tache indélébile dans notre histoire et conditionnent sans aucun doute la suspicion que nourrissent de nombreux Français à l'égard des fichiers.

Pour autant, le développement des mobilités, des technologies et des besoins de connaissance ne permettent pas de se priver de ce mode de gestion des populations.

La connaissance aussi précise que possible de la situation de la population sur un territoire est fondamentale pour ajuster les politiques publiques. Cette exigence est d'autant plus vraie que la France dispose, à l'inverse de nombreux pays (européens ou non), d'un système de santé très protecteur. La question dépasse le cadre de ce rapport, mais elle est utile pour le contextualiser.

Compte tenu de cette histoire, la Commission nationale de l'informatique et des libertés a été créée en 1978 avec le développement des nouvelles technologies et de l'informatique. Elle est la garante que des abus ne seront pas commis en matière de création de fichiers ou d'échanges de données (1-1-1). C'est dans ce cadre que travaille l'INSEE - Institut national de la statistique et des études économiques (1-1-2) et l'ensemble de répertoires créés depuis : RNIPP - Répertoire national d'identification des personnes (1-1-3), RNCPS Répertoire National Commun de la Protection Sociale (1-1-4), et le SNGI - Système national de gestion des identifiants (1-1-5). L'ensemble de ces fichiers et répertoires sont alimentés par des données au premier rang desquelles le numéro NIR - Numéro d'Inscription au Répertoire, plus communément appelé numéro de sécurité sociale (1-1-6), utilisé comme base d'identification.

1. Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

La Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) a été créée par la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978. Elle est chargée de veiller à la protection des données personnelles contenues dans les fichiers et traitements informatiques ou papiers, aussi bien publics que privés. Ainsi, elle est chargée de veiller à ce que l'informatique soit au service du citoyen et qu'il ne porte atteinte ni à l'identité humaine, ni aux droits de l'homme, ni à la vie privée, ni aux libertés individuelles ou publiques.

La CNIL est une autorité administrative indépendante (AAI), c'est-à-dire un organisme public qui agit au nom de l'Etat, sans être placé sous l'autorité du gouvernement ou d'un ministre. Elle est composée de 18 membres élus ou nommés et s'appuie sur des services. Elle a un rôle d'alerte, de conseil et d'information envers tous les publics mais dispose également d'un pouvoir de contrôle et de sanction.

La CNIL rappelle son rôle de conseil et de garant des données liées à la vie privée. Moins sollicitée depuis la mise en place du Règlement de Gestion de la Protection des Données (RGPD) européen, elle s'attache néanmoins à donner une finalité aux fichiers créés et permet des statuts adaptés.

Les représentants de la CNIL ont rappelé avoir délibéré plus d'une dizaine de fois sur des questions relatives aux traitements de données dans le domaine de la lutte contre la fraude sociale, soutenant ainsi pleinement la légitimité de ses démarches.

Depuis le 3 mai 2002, la CNIL a accompagné l'échange de données entre le fisc et les organismes de sécurité sociale. Cette démarche s'inscrit dans une volonté pour l'autorité d'accompagner les échanges de données justifiés par l'intérêt public, tout en s'assurant de la sécurisation des données, les outils de datamining étant des traitements qui nécessitent des précautions.

En France, le répertoire national RNCPS prévu à l'article L114-12¹ du code de la sécurité sociale regroupe tous les organismes sociaux, ainsi que Pôle Emploi, pour le partage de données relatives aux prestations versées.

¹ Article L114-11 du code de la sécurité sociale : « Dans l'exercice de leurs missions respectives, les organismes mentionnés à l'article L. 114-10-1, les services de l'Etat chargés des affaires consulaires ainsi que l'établissement mentionné à l'article L. 452-1 du code de l'éducation se communiquent toutes informations qui sont utiles :

1° A l'appréciation et au contrôle des conditions d'ouverture ou de service des prestations et des aides qu'ils versent

La CNIL participe au Comité européen de la protection des données européennes. Dans ce cadre, elle informe les rapporteuses qu'il n'y a pas de travaux en cours concernant un numéro européen d'identité, construit sur les mêmes modalités et permettant d'éviter les problématiques de numérotations locales.

La CNIL réaffirme lors de l'audition que le RGPD (règlement général sur la protection des données) n'interdit en rien les croisements et les échanges de données. Le RGPD a facilité la création de fichiers, réduisant les formalités. Il reste cependant une garantie : celle de l'information des personnes.

L'autre précaution soutenue par la CNIL reste que l'automatisation des outils, le croisement des données et les requêtes ne doivent pas prendre la place de l'intervention humaine dans le schéma de décision. De plus, le principe de minimisation des données vise à s'assurer que chaque donnée récupérée est réellement utile, dans un double objectif de sécurisation des données personnelles et de respect de la vie privée.

La CNIL rappelle être régulièrement sollicitée pour la création de nouveaux fichiers, qui font doublon avec des fichiers existants et dont les organismes n'ont parfois pas connaissance, ou dont les habilitations nécessiteraient uniquement l'extension à de tierces personnes ou institutions. Le rapport de L. Gratioux et O. Le Gall concernant l'échange de données dans les organismes de protection sociale (mentionné précédemment) peut être évoqué car il illustre l'entièreté des échanges existants et le feuilleté de ces croisements.

De plus, la mise à jour des fichiers existants est un premier axe de travail pour les organismes, précédant la création de nouveaux.

La CNIL encourage les analyses d'impacts et une méthodologie partagée afin de bien identifier l'utilisation de ce traitement des données, la place de la décision humaine, la part des algorithmes auto-apprenants et la sécurisation des processus.

La CNIL, dans le cadre de la sécurité des données - l'une de ses missions -, reçoit chaque jour sept notifications de violation de sécurité de données. Aussi, l'information des personnes et la sécurisation des données doit rester un point de vigilance partagé par tous et la responsabilité des organismes en cette matière ne peut être remise en question. Des outils de sensibilisation à la sécurité des données doivent être multipliés, des Data Protection Officers (DPO) doivent être mis en place dans chaque ministère afin de limiter la violation des règles de protection et les incidents de sécurisation avec des politiques préventives de sécurité des données.

Le RNCPS est un exemple de sécurisation des données intéressant car il repose sur plusieurs serveurs - contrairement à la centralisation dans un seul lieu -, ce qui participe à la sécurisation mais n'empêche en rien l'interconnexion. Il convient de préciser toutefois que si cette remarque s'applique pour les interrogations unitaires, ce n'est pas forcément le cas pour une interrogation de masse.

Ainsi, la CNIL peut accompagner des projets, de développement de numérisation, de croisement de données, d'installation de logiciels, etc., tout en restant attentive à l'intervention humaine, à la minimisation des données, à leur pertinence, à l'information des personnes et à la sécurisation prévue.

2. INSEE

Créé au lendemain de la guerre, l'INSEE se voit fixer ses attributions par décret¹ n° 46-1432 du 14 juin 1946 portant règlement d'administration publique pour l'application des articles 32 et 33 de la loi de finances du 27 avril 1946 relatifs à l'institut national de la statistique et des études économiques pour la métropole et la France d'outre-mer.

Doté de près de 5300 salariés et collaborateurs, enquêteurs ou non, l'INSEE a été créé par la [loi de finances du 27 avril 1946](#). Il s'agit d'une direction générale du ministère de l'Économie et des Finances implantée dans l'ensemble du territoire français. Son indépendance professionnelle est inscrite dans le droit : la loi de modernisation de l'économie du 4 août 2008 a créé l'Autorité de la Statistique publique, qui doit veiller au respect du principe d'indépendance professionnelle dans la conception, la production et la diffusion des statistiques publiques.

¹ Décret n° 2009-1577 du 16 décembre 2010 relatif au Répertoire National Commun de la Protection Sociale

L'INSEE est donc le comptable du nombre de personnes françaises et étrangères en situation régulière qui sont sur le territoire national. Au 1er janvier 2019, ce chiffre s'élevait à 66 992 699 habitants.

L'INSEE tient à jour le répertoire national d'identification des personnes physiques (RNIPP) et le fichier général des électeurs (FE), tous deux gérés au sein d'un même système d'information : la base des répertoires des personnes physiques (BRPP).

Ces missions, encadrées par de nombreux textes réglementaires, mettent l'INSEE au centre de la gestion, pour l'administration des répertoires des personnes : certifier les états civils des individus, attribuer le numéro d'inscription au répertoire (NIR) -communément appelé « numéro de sécurité sociale » -, assurer qu'un électeur n'est inscrit que sur une seule liste électorale et qu'il n'est pas privé de son droit de vote, etc.

3. Répertoire National d'Identification des Personnes Physiques (RNIPP)

Le RNIPP est un instrument de vérification de l'état civil des personnes nées en France. Sa consultation permet de préciser si une personne est en vie ou décédée et de connaître son numéro d'inscription au répertoire (NIR). Le RNIPP permet la certification de l'état civil pour les organismes de sécurité sociale, l'administration fiscale, la Banque de France et le répertoire des entreprises SIRENE. Il permet la gestion du fichier électoral. Ce fichier ne peut être utilisé à des fins de recherche des personnes.

Le RNCPS (Répertoire National Commun de la Protection Sociale) a été mis en place dans le cadre du PLFSS 2007. Cependant son déploiement s'est révélé excessivement long ; près de six ans en effet se sont écoulés entre la publication des décrets d'application, les arrêtés et la mise en place effective du dispositif en 2012, couvrant désormais près de 137 organismes et pas moins de 292 risques, droits et prestations. Désormais, il devrait permettre une communication automatique entre organismes participants d'une prestation versée au bénéficiaire, sans en préciser le montant. Cette fonctionnalité récente s'est révélée progressivement mise en place.

4. Répertoire National Commun de la Protection Sociale (RNCPS)

Créé par l'article 138 de la loi 2006-1640 du 21 décembre 2006 créant l'article L. 114-12-1 du Code de la sécurité sociale, le Répertoire National Commun de la Protection Sociale (RNCPS) a vocation à regrouper, sur la base du NIR, des données concernant l'identification des bénéficiaires, l'affiliation (rattachement administratif aux organismes), la nature des risques couverts, des avantages servis et des adresses déclarées pour les percevoir.

Ce répertoire est commun aux organismes chargés d'un régime obligatoire de base, aux caisses assurant le service des congés payés, aux organismes chargés de la gestion d'un régime de retraite complémentaire ou additionnel obligatoire et aux organismes servant des prestations chômage.

Il est ouvert aux organismes de la branche recouvrement dans le cadre de l'exercice de leurs missions, particulièrement celles touchant à la lutte contre le travail illégal, ainsi qu'au Centre de liaisons européennes et internationales de sécurité sociale. Il est également ouvert aux collectivités territoriales ainsi qu'aux centres communaux d'action sociale dans le cadre de l'exercice de leurs compétences relatives à l'aide sociale.

Le décret n° 2009-1577 du 16 décembre 2009¹, qui encadre la mise en place du RNCPS, prévoit la publication d'une liste d'informations concernant les « risques, droits, prestations et organismes qui les gèrent » contenus dans ce dispositif. Ce même décret prévoit que cette liste est fixée par arrêté interministériel.

Cet arrêté prévoit une publication sous la forme d'une mise en ligne sur le site internet www.securite-sociale.fr des deux listes suivantes :

- Liste des prestations pouvant figurer au RNCPS
- Liste des organismes qui ont accès aux données du RNCPS

1 *ibid.*

La mise en place du RNCPS permet aujourd'hui une couverture large des prestations :

Le répertoire national commun de la protection sociale (RNCPS) a pour vocation de simplifier les procédures administratives des assurés en fluidifiant la recherche de renseignements par les administrations concernées (back office). Il devrait permettre également une lutte plus efficace contre la fraude, mais cette dernière fonctionnalité est en réalité très récente et non encore totalement déployée.

La lourdeur du système est souvent évoquée pour retarder la mise en commun des informations, et la coopération avec les services du Ministère de l'Intérieur pourrait être renforcée.

Le dispositif informatique nécessaire du RNCPS est important : 96 organismes nationaux (dont 80 organismes principaux de la protection sociale) ont été mobilisés, représentant près de 1.000 organismes de base gestionnaires. Il faut alors distinguer les organismes nationaux dits « contributeurs » des organismes « non contributeurs » (organismes de la branche recouvrement du régime général, les collectivités territoriales et les CCAS/CIAS pour leur propre attribution d'aides sociales, le centre de liaisons européennes et internationales de la Sécurité sociale - s'agissant de la coordination sur le plan européen des systèmes nationaux de Sécurité sociale).

Ainsi, les informations contenues dans le RNCPS sont très larges: identification du bénéficiaire, droits maladie, retraites (base et complémentaires), prestations chômage, droits aux congés payés, etc, soit plus de 270 informations.

Le dispositif s'articule autour de l'identification liée au NIR (le numéro d'inscription au répertoire des personnes physiques), autrement dit le numéro de Sécurité sociale.

5. Système National de Gestion des Identités (SNGI)

Créé par le décret n° 2018-390 du 24 mai 2018 relatif à un traitement de données à caractère personnel dénommé le « système national de gestion des identifiants » concerne assurés sociaux et agents des organismes de sécurité sociale.

Le décret autorise la CNAV à mettre en œuvre un traitement de données à caractère personnel destiné à assurer la bonne identification des personnes nées à l'étranger afin de leur attribuer un numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques.

6. Numéro d'Inscription au Répertoire (NIR)

L'INSEE enregistre les immatriculations de la population par le biais d'un numéro : le NIR. Il constitue la clef d'entrée dans l'ensemble de nos systèmes de santé. En soi, le NIR n'entraîne pas de versement de prestations sociales, les rapporteuses souhaitent souligner ce point. Il permet d'identifier une personne, de manière transverse aux organismes sociaux, pour un référencement unique de chaque individu. En cela, la qualité des informations et documents produits pour son attribution est importante.

Le NIR des personnes nées en France est attribué par l'INSEE qui a délégué cette mission, pour les personnes françaises ou étrangères nées à l'étranger, au SANDIA (Service national d'identification des assurés).

Pour les personnes nées à l'étranger, l'immatriculation a lieu à l'occasion d'une démarche effectuée par la personne elle-même ou par son employeur, ou en s'adressant à un organisme de protection sociale :

- Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) ou caisse d'allocations familiales (CAF) pour les salariés, hors secteur agricole, ou les personnes sans emploi ni activité ;
- Caisse locale de la mutualité sociale agricole (MSA) du département dans lequel la personne exercera une activité pour les salariés agricoles.

Les caisses transmettent alors la demande au SANDIA pour immatriculation.

.

Si le NIR n'est pas suffisant pour bénéficier de prestations sociales, car il appartient aux caisses de les attribuer après avoir procédé à des contrôles sur les dossiers de demandeurs assurés désormais dotés d'un NIR, il n'en constitue pas moins la première clef d'entrée, la condition nécessaire à toute perception de prestation

Dans un communiqué commun, en date du 5 septembre 2019, l'INSEE, la CNAV, la CNAM, la DSS ont indiqué un chiffre de 59,4 millions de cartes vitales, et donc au moins autant de NIR sont actifs en France. Un processus de vérification de la cohérence de ce nombre de cartes vitales actives au regard de la population française (66,992 millions de personnes) conduit à quelques interrogations. En effet, la carte vitale est attribuée aux demandeurs de 16 ans et plus. A titre exceptionnel, et sur demande des parents, elle peut être attribuée à partir de 12 ans. Si l'on considère que tous les enfants de plus de 12 ans ont une carte vitale, le calcul du nombre de cartes vitales actives au regard de la population s'effectue comme suit : 66,992 699 personnes en France (dont Mayotte) auquel on retire les 0 à 12 ans a minima.

Rapportés au chiffre de la CNAV et des autres instituts, il y a un delta de 5,251,380 millions de cartes vitales. Pour l'exercice, et si tous les enfants de 12 à 16 ans disposaient d'une carte vitale, soit 3 329 009, un écart demeurerait de 1 922 371 qu'il conviendrait d'explicitier. La méthodologie de calcul est exactement la même que celui du rapport IGAS/IGF de 2013. Un différentiel existe, pouvant s'expliquer notamment par des doublons et des non-résidents ayant conservé leur carte, mais pas seulement. Ce constat rejoint celui réalisé par l'IGAS en 2013, et conforte la proposition d'un audit extérieur des outils de gestion des fichiers de données utilisés par les organismes de protection sociale.

La mise à jour de l'ensemble des fichiers est indispensable. Légitimement, l'INSEE conserve dans ses données les personnes recensées depuis son origine. Néanmoins, les écarts doivent être explicités, sans être sur-interprétés. Un certain nombre de personnes n'ont manifestement pas été signalées comme décédées (3,1 millions de centenaires « présumés vivants »). Bien qu'être inscrit sur le registre ne signifie pas que l'on soit bénéficiaire de prestations, il est nécessaire de fiabiliser ces données afin d'éviter le risque de fraudes.



Chapitre 2 :

Typologie des fraudes facilitées par le manque d'échange de données

Le présent rapport reprend la typologie des fraudes proposée par la Délégation Nationale de Lutte contre les Fraudes, en élargissant cette liste. La typologie de fraudes est très variée et évolue avec les réglementations successives. Il convient de préciser que, dans l'ensemble de ces cas, l'intention frauduleuse est caractérisée.

L'ensemble de ces fraudes fera l'objet de propositions des rapporteuses.

1. Fraudes à l'état civil

1.1. Fraude à l'identité

Le fraudeur présente une identité fictive, usurpée, contrefaite (faux intégral, ou imitation de qualité), falsifiée (une ou plusieurs modifications) ou échangée.

On distingue la fraude matérielle (falsification, contrefaçon) de la fraude intellectuelle (obtention induue et usurpation d'identité).

La fraude consiste à pouvoir justifier d'une identité (la sienne ou une autre) pour bénéficier d'un droit ou d'un avantage.

L'identité est l'une des conditions au versement des prestations sociales. En ce sens, elle doit être particulièrement contrôlée.

1.2. Fraude à la composition familiale

La fraude à la composition familiale consiste à faire une fausse déclaration concernant le nombre de personnes réellement à la charge du foyer (descendants, ascendants ou personnes à charge), dans le but de diminuer le poids des prélèvements (Impôt sur le revenu, Taxe d'Habitation) et/ou d'augmenter les prestations reçues (Allocations familiales et autres prestations des CAF, RSA, ARS, API...).

1.3. Fraude à l'isolement

Le fraudeur dissimule son statut de vie maritale ou de vie en couple dans le but de toucher des prestations particulières liées à une situation de personne isolée. La déclaration d'un couple au RSA avec un enfant permettra une perception mensuelle moindre (environ un tiers) qu'une déclaration individuelle de chaque parent, qui permettra ainsi, de considérer l'un des parents comme parent isolé, induisant des majorations de prestations.

1.4. Fraude au lien de parenté

La fraude au lien de parenté est réalisée au travers de deux moyens distincts selon l'objectif poursuivi :

- Dissimulation du lien de parenté : c'est souvent le mode opératoire entre le propriétaire et le locataire d'un bien immobilier lorsqu'ils sont parents, la parenté directe faisant obstacle au versement d'une aide au logement. Le procédé de la fraude consiste à dissimuler ce lien de parenté. Depuis la LFSS 2014, il y a également un obstacle au versement de l'allocation si le bien immobilier est détenu par une SCI (Société civile immobilière) et qu'il existe un lien de parenté entre le propriétaire (détenteur de parts de SCI) et le locataire. La dissimulation du lien de parenté permet de percevoir pour le locataire, une aide au logement.
- Reconnaissance frauduleuse de paternité : contrairement au cas précédent, on ne dissimule pas un lien de parenté mais on au contraire on crée un lien de parenté qui aura des conséquences juridiques mais qui correspond à une « fiction sociale ». Souvent, le père de nationalité française reconnaît auprès d'une mairie un enfant qui n'est pas le sien, né d'une mère de nationalité étrangère, en situation irrégulière sur le territoire français ou vivant avec l'enfant à l'étranger. L'article 62 du code civil ne précise pas les justificatifs nécessaires pour établir une reconnaissance si bien qu'il est possible de reconnaître un enfant sans présenter un acte de naissance ni un livret de famille.

La mère de l'enfant reconnu obtient un titre de séjour, sauf si sa présence constitue une menace pour l'ordre public, la carte de séjour temporaire portant la mention « vie privée et familiale » est délivrée de plein droit (article L313-11 du CESEDA, code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile).

1.5. Fraude à la non déclaration de décès

Cette fraude vise à permettre à un tiers de continuer à percevoir la pension d'une personne décédée, et ce pendant des années, en dissimulant le décès du bénéficiaire de la prestation.

Le fraudeur perçoit alors la pension d'une personne décédée et le décès n'est pas signalé à la caisse prestataire. Pour les pensionnés résidant à l'étranger, le fraudeur produit de faux certificats d'existence demandés par la caisse (avec une attestation qui, selon les cas, peut être validée par une autorité administrative locale).

La fraude peut aussi concerner la dissimulation d'un décès en France d'un résident français. Avec une procuration, un tiers peut toucher la pension d'une personne décédée si le compte bancaire de cette dernière n'est pas clôturé.

La proposition est d'insérer dans le code de la sécurité sociale et de la Mutualité sociale agricole les mêmes dispositifs que ceux prévus par la dite loi ECKERT, et de renforcer la fiabilisation de ces informations, les accords avec les réseaux bancaires internationaux et les contrôles par les différents partenaires.

1.6. Fraude à la nationalité

Le fraudeur s'octroie une identité qui n'est pas la sienne (utilisation de papiers falsifiés ou contrefaits).

Depuis 2007 (décret 2007/801 du 11 mai 2007), l'embauche d'un salarié étranger ne peut intervenir qu'après une déclaration effectuée par l'employeur auprès de la préfecture, laquelle contrôle la situation administrative du salarié étranger. Ayant connaissance de cette obligation, nombre de salariés étrangers en situation irrégulière présentent à leur employeur une pièce d'identité falsifiée d'un Etat membre de l'Union Européenne (UE), ou se déclarent de nationalité française et présentent une fausse carte nationale d'identité.

Un travailleur déclaré par son employeur obtient des droits. La déclaration unique d'embauche (DUE) permet en effet à l'employeur d'effectuer une seule déclaration pour 7 formalités, dont la Déclaration Préalable A l'Embauche (DPAE) et la demande d'immatriculation du salarié au régime général de la Sécurité sociale. Le salarié obtient un Numéro d'Inscription au Registre (NIR) de la sécurité sociale et peut ainsi prétendre, avec sa fausse carte de séjour ou d'identité d'un pays de l'UE, à des prestations sans éveiller les soupçons des organismes de protection sociale.

L'appartenance à un pays de l'UE peut faciliter certaines fraudes.

2. Fraude à la résidence

2.1. En France

Le fraudeur prétend résider en France, alors qu'il n'y réside pas, ou pas dans les conditions prévues par les textes. Le fraudeur fait une fausse déclaration aux administrations publiques et Organismes de Protection Sociale (OPS), selon laquelle il habite (ou continue à habiter) en France de façon stable et régulière, du moins suffisante au regard des obligations prévues pour l'obtention de la prestation. Il peut assortir cette déclaration de faux documents (loyers, factures, attestations d'hébergement).

Le fraudeur peut également déclarer que toute sa famille habite avec lui en France, alors qu'une partie de ses membres résident à l'étranger.

Il peut également invoquer la perte de son passeport afin de ne pas avoir de traçabilité des entrées et sorties du territoire, ou encore utiliser un passeport pour les entrées et sorties, et un autre pour les démarches de protection sociale en cas de double nationalité.

Le but de la fraude est de bénéficier des prestations sous conditions de résidence, notamment l'assurance maladie, et la CMU complémentaire, le minimum vieillesse, des prestations familiales et des aides au logement.

On rencontre notamment cette problématique dans les zones frontalières.

2.2 A l'étranger

Le fraudeur prétend résider hors de France, fait une fausse déclaration aux administrations publiques, selon laquelle il a quitté définitivement le territoire national. Il peut assortir cette déclaration de faux documents (factures à l'étranger, déclaration d'hébergement).

Le but de cette déclaration frauduleuse est d'échapper à l'imposition et aux cotisations sociales en France, notamment pour l'impôt sur le revenu (IR), la taxe d'habitation, la Contribution Sociale Généralisée (CSG) et l'Impôt sur la Fortune (ISF). Cependant, le fraudeur peut omettre parallèlement d'effectuer la même déclaration aux organismes sociaux, de façon à continuer à bénéficier des prestations sociales sous condition de résidence.

Pour échapper à la fiscalité sociale ou fiscale, et notamment à l'ancien impôt sur la fortune et désormais IFI, un fraudeur fait aux administrations publiques une déclaration selon laquelle il a quitté définitivement le territoire national, départ fictif, sur la base de faux documents (factures à l'étranger, déclaration d'hébergement).

Cependant, il peut omettre parallèlement de faire la même déclaration aux organismes sociaux, de façon à continuer à bénéficier des prestations sociales sous conditions de résidence.

Cette situation concerne l'ensemble des prestations sous conditions de résidence, conditions difficiles à contrôler.

3. Fraudes au logement

3.1. Fraudes de bailleurs

Le bailleur ne déclare pas les loyers qu'il perçoit à l'administration fiscale, notamment pour les locations saisonnières.

Le bailleur peut se rendre complice d'un fraudeur qui sollicite auprès d'un organisme social une aide au logement en fournissant des faux baux ou quittances de loyer.

Comme la loi le prévoit, le propriétaire du logement (personne physique ou morale) peut obtenir des organismes sociaux les allocations logement de ses locataires en tiers payant, percevant ainsi l'allocation logement directement de la CAF ou de la MSA.

La fraude consiste à obtenir l'allocation logement en tiers payant sans remplir les conditions légales :

- Logement insalubre
- Logement inexistant ou fictif,
- Absence de locataire,
- Déménagement du locataire sans avertir la caisse,
- Locataire décédé,
- Faux contrat de bail et fausses quittances de loyer notamment pour percevoir une allocation logement d'un concubin ou parent...

Par la fourniture de baux et/ou de quittances de loyers, un bailleur peut permettre à un couple de dissimuler une vie commune en créant fictivement deux foyers distincts, ce qui permet de toucher des prestations sociales ayant un critère d'isolement ou de ressources (RSA, APL...).

Cette dissimulation peut également majorer le nombre de parts de chaque foyer et concourir à de la fraude aux prélèvements fiscaux.

3.2. Fraudes des locataires

Le locataire sollicite une aide au logement auprès de la CAF ou de la MSA et fournit, à cet effet, des renseignements ou des documents ne correspondant pas à la réalité, dans le but de percevoir des allocations indues.

Le fraudeur déclare aux organismes sociaux ou aux services fiscaux un logement à une adresse qui n'est pas ou plus la sienne. Plusieurs procédés peuvent conduire à ce type de fraude :

- Logement inexistant ou de complaisance : une personne produit, à l'appui de sa déclaration, des documents falsifiés (comme par exemple une déclaration sur l'honneur du bailleur ou de l'hébergeant complice ou une déclaration sur l'honneur d'un faux bailleur ou hébergeant). Le logement peut même dans certains cas ne pas exister. Une simple boîte aux lettres, au nom de la personne, dont le courrier lui est retransmis, peut se trouver à l'adresse indiquée ;
- Non-déclaration du changement d'adresse : une personne a réellement occupé un logement et omet de déclarer un changement d'adresse tout en percevant l'allocation en produisant des faux documents. Parallèlement, le fraudeur peut dissimuler une vie commune en créant fictivement deux foyers distincts, ce qui permet de toucher des prestations sociales ayant un critère d'isolement ou de ressources (RSA, APL...). Concernant les prélèvements fiscaux, cette dissimulation peut également majorer le nombre de parts de chaque foyer. L'objectif est ici de toucher des aides sociales (RSA, CMU complémentaire...) en dissimulant son train de vie réel, ou de bénéficier d'aides sociales départementales dans un département réputé plus généreux (Carte Paris famille) que celui où l'on habite, ou s'acquitter d'impôts réduits (outre-mer, zones franches...).

Cette fraude peut se faire sur des comptes de tiers, des comptes étrangers, réduisant les moyens de TRACFIN pour suivre ces mouvements de fonds.

4. Fraudes aux documents et attestations

4.1. Falsification, détournement, ouverture et usage frauduleux d'un droit

Il s'agit ici d'obtentions indues ou de fausses attestations de droits à l'assurance maladie (carte vitale, aide médicale d'Etat) et d'usage frauduleux (cf. rapport DLNF typologie des fraudes).

Le fraudeur obtient une carte vitale ou une carte AME sur la base de faux documents ou de fausses déclarations : 10 % des numéros de sécurité sociale des personnes nées à l'étranger sont obtenus par ce biais.

L'exemple de l'AME, et des 3 conditions requises, montre la difficulté de contrôle et de lutte contre les fraudes. L'identité doit être prouvée par tout moyen, mais, en ultime recours, la circulaire ministérielle prévoit que lorsque que le demandeur de l'AME « n'est en mesure de produire aucun document, une attestation d'une association reconnue ou d'un professionnel de santé pourra être acceptée par la CPAM ». Il en est de même pour la justification de la résidence en France depuis au-moins 3 mois. Enfin, les conditions de ressources se font sur une base déclarative.

Le fraudeur présente une attestation de carte Vitale ou d'AME (aide médicale d'Etat, réservée aux étrangers en situation irrégulière) qui ne lui appartient pas ou qui est falsifiée (souvent une attestation papier).

Ce procédé va permettre à un individu :

- De bénéficier de soins auxquels il n'a pas droit pour lui et ses ayants droits ;
 - De bénéficier d'une meilleure prise en charge, s'il utilise une attestation frauduleuse à 100% ;
- En tiers payant, de se faire délivrer gratuitement des médicaments avec une ordonnance réelle ou falsifiée.

4.2. Faux justificatifs d'ouverture ou de maintien de droit

Le fraudeur utilise de faux documents (faux bulletins de paye, fausses attestations d'emploi ou fin de contrat, etc.) pour se faire ouvrir des droits par de Pôle emploi, la CNAV (pensions de retraite) ou l'assurance maladie (faux accidents de travail, indemnités journalières basées sur des bases erronées).

En ce qui concerne les prestations familiales, il peut fournir un faux certificat de scolarité dont la facilité à la falsification est importante.

Pour l'aide au logement, la fraude peut impliquer le bailleur.

Ces faux documents vont permettre au fraudeur de toucher des prestations chômage indues, des prestations familiales et d'autres prestations en espèce (indemnités journalières de maladie ou de maternité) ou de faire gonfler ses droits à pension.

5. Fraudes médicales

5.1. Utilisation frauduleuse d'une prescription ou certificat ou usage de faux

Le fraudeur se fait délivrer des médicaments, en tiers payant, en utilisant un document emprunté, volé ou falsifié, ou utilise une prescription médicale rédigée au profit d'un autre assuré.

Dans certains cas le fraudeur peut élaborer également lui-même des ordonnances (soit suite au vol d'un ordonnancier, soit en créant un masque d'ordonnance via les technologies numériques) afin d'établir de fausses prescriptions ou de faux certificats médicaux ouvrant des droits aux prestations de l'assurance maladie ou aux prestations familiales (par exemple, le bénéfice du RSA pour une femme enceinte isolée est subordonné au fait d'avoir subi les examens prénataux).

Enfin, le fraudeur atteint d'une pathologie peut également consulter en peu de temps plusieurs médecins et se faire délivrer plusieurs prescriptions et cela, malgré la notion de médecin traitant. Il se fait délivrer ensuite une quantité de médicaments incompatible avec un usage thérapeutique personnel, aux frais du système de santé.

Cette fraude permet, notamment dans le cadre de réseaux organisés, en utilisant de fausses identités, de récupérer en un temps très court, un volume considérable de médicaments et ensuite de les écouler sur des marchés parallèles, notamment à l'exportation. Ainsi, les faux certificats médicaux permettent de percevoir indument une prestation en espèces.

5.2. Fraude aux soins à l'étranger

La fraude consiste pour un assuré social à produire des documents, factures et autres prescriptions médicales (faux ou obtenus indument) avec ou sans la complicité de professionnels de santé à l'étranger. En effet, les soins inopinés à l'étranger peuvent être pris en charge par la caisse d'affiliation, dans la double limite des sommes effectivement payées et du remboursement au tarif français.

Il peut également s'agir d'une usurpation d'identité.

Les objectifs peuvent être multiples et l'intention frauduleuse non équivoque :

- Faire soigner à l'étranger une personne qui n'a pas de couverture sociale en France et qui sera remboursée en usurpant l'identité d'un assuré social (avec ou sans son consentement)
- Encaisser un remboursement indu d'une prestation soi-disant réalisée à l'étranger ;
- Se faire rembourser des soins qui ne sont pas pris en charge en France.

5.3. Fraude par le biais du tourisme médical

L'immigration médicale est une fraude encore constatée en France malgré des dispositifs de lutte efficaces mis en place.

Par ailleurs, le tourisme médical consiste pour un patient étranger à se faire soigner en France sans qu'il assure le paiement des soins qu'il a reçus. Même si la France souhaite développer l'accueil de patients étrangers à qui elle facture ses soins (afin de contribuer au financement de certains dispositifs médicaux onéreux), elle doit pouvoir renforcer ses moyens de prévention et de lutte contre les abus afin d'éviter les indus.

Tout n'est pas fraude et le fait que des ressortissants britanniques viennent se faire soigner en France est le fruit d'une convention de partenariat avec la caisse de Sécurité sociale du Royaume-Uni, établissement intégré au National Health Service, l'assurance-maladie universelle et étatique outre-Manche. Cette démarche répond à des objectifs français d'optimisation d'investissements et peut être une réponse de certains établissements aux déficits budgétaires suite, notamment, au développement de l'ambulatoire. L'exemple de l'établissement de Calais est intéressant car inscrit dans le parcours de soins britannique et il est relié au système d'information britannique pour la télétransmission des feuilles de soins et les remboursements. L'établissement étant remboursé directement par le système de protection sociale britannique, le patient britannique n'avance pas le montant des soins. Il ne paie ni tarif journalier de prestation, ni ticket modérateur. Il doit juste prendre en charge lui-même un éventuel lit d'accompagnant et les frais de transport. La coopération franco-britannique doit être renforcée, car l'établissement français doit faire viser son ordonnance de sortie par un médecin traitant britannique.

Dans le cas où le pays tiers n'a pas signé ce type de convention, c'est au patient de financer lui-même les frais de soin et d'hospitalisation. Malheureusement, de nombreuses factures ne sont pas payées par ces patients. En 2015, l'Assistance Publique de Paris comptait «118 millions d'euros d'impayés de la part de clients solvables», révèle le quotidien La Croix¹.

5.4. Fraude aux prestations santé en espèce

Depuis le 01/01/2019 les assurés indépendants peuvent bénéficier d'indemnités journalières (IJ) même s'ils ne sont pas à jour de leurs cotisations. Ils doivent être affiliés depuis 12 mois à la sécurité sociale pour les IJ et 10 mois pour l'allocation maternité. Cette réforme s'est accompagnée d'un calcul des IJ fondé sur les revenus effectivement cotisés. Donc l'absence de paiement des cotisations conduit à une absence de prise en compte du revenu dans le calcul des IJ.

6. Fraudes aux déclarations de ressources et de patrimoine

6.1. Fraude aux déclarations de ressources

Le fraudeur minore ses revenus déclarés pour pouvoir percevoir davantage de prestations sociales ou pour éviter ou limiter un prélèvement fiscal ou social.

À l'occasion d'une déclaration de ses ressources, le fraudeur omettra de déclarer tout ou partie de ses revenus, issus de son travail ou de ses placements, pour que ceux-ci soient ignorés ou sous-estimés. Il peut notamment s'agir des revenus fonciers non-déclarés ou sous-déclarés.

Pour un salarié, dont les revenus sont déclarés par l'employeur via les DADS, il est difficile de frauder sur ses salaires. Il n'y a que par le biais d'un travail dissimulé que ses rémunérations ne seront pas connues. Même s'il n'est pas juridiquement auteur du délit de travail dissimulé, le salarié fraude cependant en ne déclarant pas ce revenu aux impôts ou aux organismes sociaux.

1 Pierre Bienvault, « La France s'ouvre au tourisme médical », La Croix, 11 août 2015

Pour les professions indépendantes, la dissimulation des revenus peut exister en ayant une activité complémentaire dissimulée (caisse de produits supplémentaires payée de la main à la main...).

La dissimulation peut aussi facilement concerner des revenus (placements, activités) originaires d'un pays étranger, ce dernier n'en informant pas systématiquement les autorités françaises.

La fausse déclaration est réalisée dans le but de fournir un avantage au fraudeur, que ce soit en conservant ou en augmentant le montant d'une prestation, ou en minorant le prélèvement payé.

Ce type de fraude concerne potentiellement toutes les prestations sous conditions de ressources ainsi que les prélèvements sociaux et fiscaux sur les particuliers ou les sociétés. En effet, même au niveau fiscal, les faibles revenus bénéficient de dégrèvement, en particulier sur la taxe d'habitation et la redevance audiovisuelle.

La démarche engagée par les organismes sociaux visant à sortir du système déclaratif pour cet aspect est particulièrement intéressante. Elle permettra en effet de répondre à l'enjeu de lutte contre les fraudes, mais également d'éviter les erreurs réalisées de bonne foi, et qui constituent la majeure partie des indus constatés. Enfin, elle sera une base efficace pour lutter contre le non-recours aux droits.

Le fraudeur, pour bénéficier d'une prestation sociale plus importante, réalise une déclaration fautive en surévaluant le montant de ses revenus (avec ou sans faux justificatifs, le plus souvent des bulletins de salaire). Le caractère intentionnel de la fraude est ici non discutable, lorsqu'il y a usage d'un faux document. Parfois, le salarié et l'employeur peuvent être complices pour fournir un avantage indu au salarié (indemnité de chômage surévaluée en compensation d'une absence d'indemnité de licenciement...).

La fraude est réalisée dans le but d'augmenter le montant d'une prestation sociale versée en fonction du montant des rémunérations.

Les prestations pouvant être fraudées par ce biais sont les revenus de remplacement, soit :

- Indemnités journalières pour maladie, maternité ou accident du travail ;
- Pensions d'invalidité et rente Accident du Travail ;
- Indemnités de chômage ;
- Pensions de retraite.

6.2. Dissimulation de patrimoine

Le fraudeur ne déclare pas ou minore la valeur de son patrimoine déclaré, ou les biens gracieusement mis à sa disposition, pour pouvoir percevoir davantage de prestations sociales, pour éviter ou limiter un prélèvement fiscal ou social.

A l'occasion d'une déclaration de patrimoine le fraudeur sous-estimera la valeur réelle du patrimoine dont il dispose, soit en omettant de déclarer certains biens, soit en sous-évaluant leur valeur.

Il convient de noter la difficulté d'appréciation de la valeur des biens qui ne sont pas de consommation courante et dont la valeur d'usage peut varier fortement selon les évaluations et les conditions d'une vente hypothétique.

Une fraude aux déclarations est réalisée dans le but de fournir un avantage au fraudeur, que ce soit en conservant ou en augmentant le montant d'une prestation, ou en évitant de payer un prélèvement plus important.

Concernant les prestations sociales, cette fraude peut concerner l'ASPA, et les prestations sociales soumises à conditions de ressources (RSA, PAJE, CF, ARS, CMU-C et ACS).

7. Fraudes à la dissimulation d'activité

Dissimulation d'une activité économique : fraude consistant à ce que l'entreprise ne déclare pas, volontairement, une partie de ses activités pour les soustraire à ses cotisations obligatoires (sociales et fiscales) ou pour garder tout ou partie de son activité occulte.

Les activités économiques sont normalement soumises à un certain nombre de règles fiscales et sociales. La dissimulation totale ou partielle d'une activité économique (activité « au noir ») permet d'éviter les obligations fiscales et sociales afférentes.

La dissimulation d'activité peut être le fait d'une entreprise existante (société ou indépendant) qui masque alors une partie de son activité (vente au noir d'une partie de la production, caisse de produits supplémentaires payée de la main à la main, majoration des produits volés et perdus ...). Les activités dissimulées peuvent correspondre à sa raison sociale ou au contraire y être étrangère.

Une entreprise doit tenir un certain nombre de registres obligatoires (Grand livre, registre du personnel ...), formaliser ses actes de vente par des factures et procéder aux déclarations sociales et fiscales obligatoires. L'absence de tenue de ces registres et de production des factures est un moyen qui permet de procéder, après coup, à toutes les écritures possibles de la réalité d'activités dissimulées. Le recours à une comptabilité parallèle génère le plus souvent des transactions en liquide.

La dissimulation d'activité peut aussi être organisée par une société de fait qui n'a pas de statut légal et fonctionne uniquement sous la forme de travail dissimulé. En particulier elle n'aura pas effectué les formalités de déclarations obligatoires. Il peut s'agir également d'activités d'organisations criminelles (recel et revente de biens volés...). Avec l'évolution de la technologie, se développe de plus en plus la dissimulation d'une activité économique sur Internet.

L'objectif est d'éviter ou limiter un prélèvement fiscal (TVA, impôt sur les sociétés...) ou social (cotisations). Ce type de fraude permet parfois de dissimuler des activités illégales qui n'échappent pas pour autant aux prélèvements fiscaux et sociaux.

7.1. Fraude par cumul de prestations

Certaines prestations sociales sont versées à un bénéficiaire pour lui permettre de continuer à subvenir à ses besoins alors qu'il est empêché d'exercer une activité rémunérée (du fait d'une maladie, d'un état pathologique, de la recherche d'emploi, d'une retraite...). Une personne percevant ce type de prestations peut frauder en exerçant une activité rémunérée (avec un employeur ou à son propre compte) sans la signaler, le cumul de la prestation et d'une activité rémunérée étant interdit.

En cas d'arrêt maladie, l'employeur peut pratiquer la subrogation des indemnités journalières (IJ), c'est-à-dire qu'il touche les IJ à la place du salarié tout en continuant à lui verser son salaire pendant l'arrêt de travail pour maladie.

L'employeur fraude s'il ne déclare pas la reprise d'activité du salarié. En effet, il continue alors à percevoir les IJ et diminue, de facto, le coût du salarié.

Il faut préciser que dans certains cas, un employeur qui n'a pas connaissance de la prestation perçue par son salarié, peut très bien être de bonne foi en l'employant.

L'absence de déclaration, une fois détectée, peut être présentée comme involontaire par le bénéficiaire. Le caractère intentionnel de cette pratique est cependant difficile à prouver.

Par suite d'une dissimulation sur sa situation, le fraudeur obtient le versement de prestations indues, en cumulant une activité et une prestation non cumulable avec elle. Les prestations concernées peuvent être, par exemple, des indemnités journalières pour maladie ou accident du travail, des pensions d'invalidité, une indemnité chômage, une prestation vieillesse.

7.2. Fraude à l'Assurance Garantie des Salaires

Lorsqu'une entreprise est placée en redressement judiciaire ou en liquidation judiciaire, il existe une « Assurance Garantie des Salaires » (AGS) qui assure les paiements des salaires et indemnités aux salariés non versés par l'employeur.

Le procédé de fraude consiste à monter un faux dossier au nom d'une société fictive ou non, avec des contrats de travail (faux ou non) - ou faux accords individuels - pour obtenir des versements indus.

Il s'agit d'obtenir de l'AGS le paiement de sommes indues, puisque l'activité supposée, les salaires et accords sont fictifs. De plus, ces salaires peuvent ouvrir des droits aux autres organismes de protection sociale et Pôle Emploi.

Le changement de département et la non communication des fichiers entre départements sont régulièrement utilisés à des fins de fraude.

En soi, l'entreprise éphémère n'est pas frauduleuse. Elle l'est lorsque le dirigeant crée ou reprend une entreprise, embauche des complices, démarre des chantiers sans engager de frais d'investissements significatifs (souvent dans les secteurs du BTP, du gardiennage, du bûcheronnage, de l'entretien), déclare par fiche de paie des salaires qu'il ne rémunère pas et, lorsqu'il commence à être contacté pour ses manquements aux cotisations, il quitte le territoire. Il permet ainsi à ses salariés de bénéficier de prestations sociales suite à la liquidation judiciaire.

Les salariés éventuellement complices de l'escroquerie perçoivent alors des allocations chômage de Pôle emploi ainsi que des arriérés de salaires et des indemnités de licenciement versés par l'AGS (assurance garantie de salaires). Ils auront également pu percevoir d'autres prestations sociales.

Enfin, le gérant peut recevoir de la part des salariés complices une partie des sommes indûment perçues. Le gérant ayant disparu, les poursuites sont rendues difficiles.

7.3. L'abus de droit

L'abandon de poste est un cas particulier d'abus de droit qui pourrait constituer une fraude.

Il se caractérise par une sortie non autorisée par l'employeur ou par des absences injustifiées et répétées pendant les heures de travail. Les conséquences de ce comportement dépendent des circonstances.

Lorsque le salarié ne se présente plus à son poste de travail, sans justification et de manière répétée, l'employeur peut adresser au salarié une mise en demeure de reprendre le travail. À défaut de retour du salarié au travail (ou de justification de l'absence), l'employeur peut déclencher une procédure disciplinaire. Ces absences peuvent entraîner : soit un licenciement pour faute réelle et sérieuse (qui ouvre droit aux indemnités de licenciement) ; soit un licenciement pour faute grave (qui prive le salarié de ses droits à indemnités de licenciement). Il s'agit d'un abus de droit plutôt que d'une fraude dans la mesure où le dispositif de licenciement pour absence injustifiée ouvre des droits à indemnisation chômage (sous conditions de durée de cotisation). Ce phénomène est néanmoins très répandu et pose des questions liées à l'accès à l'indemnisation chômage alors que la personne décide de quitter son entreprise en ne démissionnant pas.

8. Fraudes aux coordonnées bancaires

La DNLF et TRACFIN relèvent des fraudes aux coordonnées bancaires. C'est pourquoi le présent rapport y consacre un paragraphe.

Sans que cela ne constitue une fraude manifeste, les auditions ont montré des biais qui peuvent être liés au versement de prestations sur des comptes épargne. En effet, les prestations sociales sont supposées être des aides pour la vie quotidienne et non pas destinées à constituer une épargne.

Les rapporteuses proposent donc d'interdire le versement des prestations sociales sur des comptes épargne.

De la même façon, sans que cela soit en l'état constitutif d'une fraude, le versement sur le compte d'un tiers peut constituer un acte frauduleux. Le contrôle est d'autant plus complexe si le compte est à l'étranger. Par ailleurs, le versement sur compte tiers peut être source de fraude ou d'abus ou si la prestation destinée à l'intéressé est détournée (cas des personnes vulnérables).

Les rapporteuses souhaitent donc attirer l'attention des caisses de sécurité sociale de façon à ce que la vigilance soit accrue en cas de demande de délégation au profit de tiers.

La sécurisation des comptes en ligne est un chantier à accélérer. En effet, un travail avec la Commission Européenne pour sécuriser ces comptes en ligne a été engagé et s'avère indispensable. L'exemple de la banque allemande N26 qui délivre des IBAN français, induit une localisation française de compte alors qu'il est à l'étranger.

Le Code général des impôts prévoit la déclaration des « comptes de toute nature » à FICOBA, sans distinction¹. Pour sa part, le site « servicepublic.fr » précise que sont concernés par la déclaration FICOBA « les comptes bancaires » ouverts en France, ce qui est plus restrictif que la disposition légale, les comptes de paiement ayant une nature différente du compte bancaire².

Dans de nombreux pays de l'Union Européenne, la prise en compte des nouvelles technologies de vérification d'identité à distance lors de la transposition de la 4ème directive LCB-FT semble avoir ouvert aux banques un éventail de moyens d'identification plus large qu'en France.

Le Code monétaire et financier ne reconnaît, comme équivalent au face-à-face lors de l'entrée en relation, que le recours à l'identité électronique de niveau élevé, au sens du règlement européen eIDAS.

À défaut, il exige l'utilisation de deux mesures de vigilance complémentaires parmi six disponibles depuis octobre 2018. Or, il apparaît que les solutions d'identité électronique de niveau élevé - aujourd'hui seulement atteignables par des institutions publiques - ne sont pas disponibles et ne sont pas susceptibles d'être utilisées à grande échelle par les acteurs financiers à court ou moyen terme.

Quant aux mesures de vigilances complémentaires, de nature et de niveau de sécurité inégaux, celles les plus susceptibles de promouvoir des techniques d'entrée en relation sécurisées et à l'état de l'art se voient en pratique handicapées par une durée de certification trop longue et une articulation avec les autres mesures complémentaires qui réduit leur intérêt en termes de parcours client.

On constate le développement rapide, y compris en France, d'acteurs immatriculés dans d'autres pays européens aux règles plus souples.

La fraude sociale fait bien partie des préoccupations du SGACPR et à la suite de signalements en 2014/2015, le SGACPR avait effectué une série de démarches vis-à-vis de plusieurs banques.

Afin de porter à la connaissance de l'ensemble de la place financière ces enseignements, l'ACPR et TRACFIN ont intégré dans leurs lignes directrices communes sur les déclarations de soupçon, qui indiquent aux établissements financiers les attentes de ces deux autorités sur le contenu des déclarations et les filtrages en amont, un paragraphe sur ces questions.

9. Fraudes au RSA

À l'heure où le gouvernement est en réflexion sur la mise en place d'un revenu universel d'activité³ unissant les prestations de minima sociaux afin de lutter contre le non-recours et la complexité des aides - les rapporteuses proposent ces réflexions sur le Revenu de solidarité active (RSA).

Le revenu de solidarité active (RSA), à la charge des départements, assure aux personnes sans ressources un niveau minimum de revenu qui varie selon la composition du foyer. Le RSA est ouvert, sous certaines conditions, aux personnes d'au moins 25 ans et aux jeunes actifs de 18 à 24 ans s'ils sont parents isolés ou justifient d'une certaine durée d'activité professionnelle. Ce dossier ne détaille pas les règles spécifiques prévues pour Mayotte.

Le RSA concerne :

- Les demandeurs de 25 ans ou plus
- Les jeunes actifs
- Les jeunes parents
- Les parents isolés

Depuis juin 2019 une consultation citoyenne a été lancée par le Ministre de la santé et des solidarités pour faire évoluer le RSA. Sous condition de résidence stable en France, le montant mensuel du RSA pour une personne seule est de 559,74 €.

1 Article 1649 A du Code général des impôts précisé par les articles 164 FB à 164 FF de l'annexe IV du CGI et par l'arrêté du 14 juin 1982 relatif à l'extension d'un système automatisé de gestion du fichier des comptes bancaires

2 servicepublic.fr, fiche pratique « Fichier des comptes bancaires (FICOBA) »

3 « Revenu universel d'activité : lancement de la concertation » dossier de presse disponible sur solidarites-sante.gouv.fr

La demande se fait auprès de la CAF de rattachement, des services du département, du CCAS de votre domicile (dans certains cas) ou d'une association habilitée par le département.

Le versement du RSA s'effectue dès le dépôt du dossier, à partir du 1er jour du mois en cours. Il est versé mensuellement (par exemple, le RSA du mois de mars est versé en avril). Le RSA n'est pas imposable. Lorsque toutes les allocations de RSA n'ont pas été versées, une réclamation peut être faite dans les deux ans. Lorsqu'un trop de RSA est perçu, la CAF peut demander le remboursement pendant 2 ans. Le trop perçu est récupéré par retenues sur le RSA à venir.

Si le RSA n'est plus perçu, la CAF peut récupérer les sommes perçues à tort par :

Retenue sur les mensualités d'autres prestations à venir (prestations familiales, allocation aux adultes handicapés, allocations de logement)

Virement sur le compte de la CAF,

Chèque à l'ordre de M. l'agent comptable de la CAD,

Mandat à la Banque postale sur le n° de compte de votre Caf ou en espèces.

Le coût brut total du dispositif RSA est donc évalué à 11 milliards d'euros en année pleine, une fois le dispositif étendu aux départements d'outre-mer. Les départements prennent en charge le RSA « de base » tandis que l'Etat assume le financement du RSA « chapeau ».

La fraude au RSA est un enjeu très important compte tenu du peu de contrôles préalables au versement. Destiné à être une aide d'urgence, le contrôle a posteriori de la fraude prend une dimension forte. C'est la raison pour laquelle les départements ont majoritairement constitué des équipes dédiées à lutter contre les fraudes au RSA, versé à 1,9 millions de bénéficiaires en 2018.

Grâce à la consultation organisée par l'ADF nous pouvons, au 1er septembre, établir le décompte suivant, en fonction des départements dotés d'une équipe « fraude » et de ceux qui n'en ont pas. 22 départements ont répondu à l'enquête. Les réponses sont annexées au présent rapport.

6 départements ne possèdent pas d'équipe anti-fraude. Ces derniers ont déclaré :

- Tous travaillent avec la CAF (transmission d'informations, demandes de contrôle, réunions, signalements)
- 5 travaillent avec pôle emploi (croisement de fichiers, protocoles, cellules techniques Emploi)
- 2 seulement participent aux CODAF
- 3 d'entre eux sont en collaboration avec un autre organisme (protocole tripartite Parquet/CA/CD04, MSA, URSSAF, mairies)
- 4 signalent une coopération avec des départements limitrophes mais 3 coopérations restent informelles.

Les départements présentent les préconisations suivantes en matière de lutte contre les fraudes sociales :

- Renforcer et universaliser les échanges d'information : CAF, MSA, référents insertion, URSSAF, impôts, pôle emploi (suspensions de droits, radiations) : Hautes-Pyrénées, Pyrénées-Atlantiques, Alpes-de-Haute-Provence, Charente, Mayenne, Deux-Sèvres.
- Mettre en place une coopération officielle systématique entre les départements
- Mettre en place une collaboration avec l'inspection du travail pour lutter contre le travail dissimulé des allocataires sur le RSA.
- Mettre en place une alerte au niveau de la CAF pour les autoentrepreneurs
- Revoir et fluidifier les enquêtes de la CAF
- Veiller à une meilleure information des usagers sur le RSA pour prévenir des fraudes non intentionnelles.

La majorité des départements applique les sanctions pénales prévues par la loi.

Il est intéressant de noter que tous les départements mettent en place des pratiques d'incitation de retour à l'emploi, ce qui pourrait en faire un partenaire de la lutte contre le chômage.

Le degré de coopération avec les partenaires varie d'un département à l'autre. Globalement, les départements regrettent une collaboration difficile. Ainsi, cinq départements disposent d'une équipe de lutte anti-fraude. Tous coopèrent avec la CAF et tentent de mettre en place un échange avec Pôle emploi. A la suite du constat, les rapporteuses souhaitent que les relations soient accentuées entre ces partenaires.

La moitié des départements participent aux CODAF mais déplorent les difficultés à participer à ces comités, contestant leur présence uniquement consultative, les préfets refusant parfois leur présence.

4 d'entre eux sont en collaboration avec un autre organisme (URSSAF, CARSAT, MSA, DGFIP, RSI, préfecture, CPAM) et 4 départements collaborent avec des départements limitrophes (mais une collaboration irrégulière pour 3 d'entre eux).

Les départements font les préconisations suivantes :

- Prévenir les risques d'indus et de fraude dès la demande d'ouverture d'un dossier pour un droit ou une prestation.
- Missionner et expérimenter sur l'exemple de la mission « Amélioration Accès aux droits et Contrôle des Aides Sociales » mise en place en Savoie et redéfinie en 2018.
- Mettre en place une systématisation des échanges permettant de réunir toutes les données sociales
- Renforcer le partage d'information avec le RNCPS (notamment en matière de listes de bénéficiaires du RSA. L'accès au fichier est ouvert depuis 2012, mais les consultations stagnent à 1500 par mois.)
- Autoriser les agents départementaux à être assermentés par le TGI à l'instar des agents de la sécurité sociale.

L'exemple de la Savoie :

La Savoie, par sa méthode de collaboration historique avec les différents prestataires sociaux qui facilitent une connaissance réelle de l'état des prestations délivrées est un exemple de lutte contre la fraude.

- 429 681 habitants
- 5327 bénéficiaires du RSA (1,2% de la population) pour 31, 57M€ en dépense brute (17% du budget Action sociale).
- 1676 bénéficiaires PCH à domicile (0,4% de la population) pour 12,74M€ (7% du budget Action Sociale)
- 5774 bénéficiaires APA à domicile (1,3% de la population) pour 21,42M€ (11% du budget Action sociale)

Une chargée de mission « Amélioration Accès aux droits et Contrôle des aides sociales » travaille en lien avec l'ensemble des délégations départementales, territoriales, le secrétaire général de la Vie sociale ainsi que les directions supports.

Une politique de lutte contre la fraude à deux facteurs :

1° La mise en place de mesures préventives exercées à l'ouverture des droits (vérification des informations déclarées et des justificatifs fournis, référentiels et réunions techniques des équipes)

2° La certification des comptes

- Visites à domicile pour les APA: 43% pour les premières demandes de et 50% pour les révisions
- Contrôle systématique des heures d'aide humaine, des factures et déploiement de la télégestion des heures d'intervention des SAAD
- Collaboration avec des partenaires (DGFIP, URSSAF, CPAM, CARSAT, CAF)
- Plainte et contentieux si besoin (peu de recours)
- 48% de visite à domicile pour les premières demandes pour les PCH
- Grande démarche d'information lors de la contractualisation du RSA, application du plan pauvreté conclu avec l'Etat
- Travail avec la CAF dans l'instruction des demandes d'allocations (convention de gestion de 3 ans) et veiller aux signalements émis par les services départementaux
- Contrôle par les services départementaux des travailleurs non salariés et des situations spécifiques (ex. étudiants)
- Mise en place de Benchmarking sur la fraude au RSA en 2017 et un groupe de travail RSA interne à la DGVAS afin de mettre en place une stratégie de lutte contre la fraude.

Le département de la Savoie siège aux CODAF à titre consultatif via la direction départementale Cohésion sociale et le service départemental « Allocations RSA » est directement dans la boucle des signalements CODAF.

Une réunion régionale technique est organisée par trimestre pour la gestion du RSA.

Les situations de fraudes détectées passent en équipe pluridisciplinaire (1803 cas en 2017, avec une préférence pour la réduction de droits face aux suspensions de droits). La collaboration avec la CAF s'avère particulièrement efficace : la CAF transmet chaque mois une demande d'acompte au titre du RSA qui fait état également des régularisations dans le versement qu'elle a effectué. Le solde et la régularisation de l'exercice sont effectués en fin d'exercice après consolidation des écritures corrélatives aux évolutions des parcours des bénéficiaires.

10. Fraudes transfrontalières

La fraude transfrontalière est essentiellement une fraude visant à bénéficier du cumul des dispositifs de prestations existantes dans les pays, illégalement, ou en bénéficiant de prestations indues au regard d'une situation dont le pays tiers n'a pas connaissance (revenus, résidence, situation personnelle ou remboursement médicaux déjà effectués).

Cette fraude consiste donc à abuser des conditions d'octroi d'une prestation telle que :

- Le Revenu de Solidarité Active (RSA) par la déclaration du domicile en France (chez un tiers, proche, famille ou complice) alors que la résidence effective se trouve dans un pays frontalier, avec des revenus liés à une activité professionnelle non déclarés en France
- Les indemnités chômage par la non déclaration des revenus générés à l'étranger
- Les soins de santé peuvent faire l'objet de fraudes par le remboursement multiple d'un même soin, de remboursements d'actes de soins programmés alors que la carte européenne ne rembourse pas ce type de soins,
- La lutte contre le travail non déclaré est devenue un enjeu prioritaire partagé de lutte contre les fraudes, qui ouvre à des prestations sociales qui ne devraient pas l'être sur la base de revenus non déclarés.
- Les pensions de retraite
- Les AT/MP ou arrêts maladie

Déjà en mai 2017, les pays du Benelux ont signé une déclaration d'intention prenant l'engagement de mieux articuler leur gestion de ces prestations avec les pays transfrontaliers. Le réseau européen de lutte contre les fraudes aux soins (European Healthcare Frais and Corruption Network) dénonce une fraude massive. En 2015, leur étude montre que cette démarche a permis de récupérer 11,5 millions d'euros en Belgique.

La Commission européenne, dès 2010, a demandé aux Etats membres de nommer des points de contact nationaux (National Contact Points) afin de faciliter l'échange d'informations dans la lutte contre la fraude sociale. Une des mesures pour simplifier l'échange d'informations entre Etats est d'assurer l'effectivité de la mise en place d'un point de contact unique par pays devant permettre à chaque pays de signaler facilement aux autorités étrangères les fraudes ou les risques de fraudes.

Une liste de Points de Contact Nationaux a été publiée par le Secrétariat de la Commission administrative en juillet 2011. Une première analyse a montré très vite que cette liste n'était pas complète et qu'elle comportait, en outre, un certain nombre d'incohérences. La communication entre les Etats n'était pas réellement efficace et les premiers essais d'échanges d'informations étaient peu fructueux. Une plateforme, hébergée par la Commission européenne, a été organisée pour l'échange d'informations entre les pays européens, pour les points de contacts et experts par pays.

11. Entreprises et fraudes aux prestations sociales

La fraude aux cotisations est estimée par l'ACOSS et le Haut Conseil du financement de la protection sociale (HCPS) entre 3,9 milliards d'euros et 4,9 milliards d'euros au titre du champ URSSAF hors assurance chômage ; entre 4,4 milliards d'euros et 5,5 milliards d'euros au titre du champ URSSAF y compris assurance chômage et entre 5,2 milliards d'euros et 6,5 milliards d'euros au titre du champ large y compris retraite complémentaire. La lutte contre la fraude aux cotisations n'est pas visée par la lettre de mission mais elle constitue l'autre versant d'une démarche frauduleuse. En effet, lors des auditions, il a été démontré que ces fraudes peuvent ouvrir à des abus de prestations, notamment liés au statut d'autoentrepreneur ou avec le phénomène d'entreprises éphémères.

11.1. Fraude par le biais d'«entreprises éphémères»

La fraude réalisée par les entreprises dites « éphémères » est un axe négligé des dispositifs de lutte contre la fraude sociale. Ces entreprises sont créées avec des capitaux sociaux et investissements faibles, principalement dans certains secteurs d'activité permettant (bâtiment, forestier, gardiennage, restauration, nettoyage, etc.).

Elles se multiplient sur le territoire depuis ces dernières années. Malheureusement, il est constaté une hausse des fraudes et des recours collectifs contre le phénomène des entreprises éphémères. En 2016, sur plus de 23 000 interventions dans le cadre de procédures collectives menées, 459 affaires ont fait l'objet d'une détection de fraude au régime de garantie des salaires (AGS) ce qui représente environ 15 millions d'euros de préjudices. En 2015, elles représentaient 314 affaires. Sur ces cas de fraudes présumées, près du tiers concerne 140 entreprises dites « éphémères », c'est à dire ayant une durée de vie inférieure à deux ans.

Le volet préventif ne semble pas encore assez armé pour protéger les institutions. Les URSSAF peinent à repérer dans des délais courts et à sanctionner les entreprises qui pratiquent ce type de fraudes.

En octobre 2017, un dossier a été découvert : plusieurs sociétés de bâtiment avaient été créées, embauchant massivement sans réaliser le versement des cotisations sociales. Une dizaine de sociétés étaient visées par l'enquête, connectées par les flux financiers, et concernant plus de 200 ouvriers. Le montant d'indus de 710 000 € est souvent difficile à recouvrer car le gérant ne se présente pas devant la justice et quitte le territoire.

Plusieurs aspects sont à soulever du fait de ces fraudes : l'enregistrement de la société se fait légalement, avec des capitaux sociaux faibles, sous une forme juridique validée par le greffe. Les Déclarations Préalables A l'Embauche (DPAE), déclarations effectuées par l'employeur pour déclarer l'embauche de tout salarié, quel que soit son type de contrat (CDI, CDD, ou intérim) sont effectuées. Les fiches de paie sont fournies aux salariés.

Ce type de fraudes ouvre à des abus aux Assurances Générales des Salariés (AGS) pour le versement des salaires indus et dommages et intérêts, ainsi qu'à l'indemnisation par l'assurance chômage et aux autres prestations (allocations familiales, etc.). La complicité avec les « salariés » est difficile à prouver, donc les indemnités sont versées même en cas de doute.

Le montant de chacun de ces dossiers chiffre très rapidement à plusieurs centaines de milliers d'euros et nécessite une intervention préventive, ou a minima rapide, afin d'éviter les indemnisations indues, une prise d'ampleur du nombre de salariés fictifs concernés et l'augmentation du montant de ces prestations.

L'AGS peut obtenir des renseignements sur la situation financière des entreprises dans le cadre de ses missions de versement des avances des sommes comprises dans le relevé des créances établi par le mandataire judiciaire et de leur récupération, ainsi que de toutes sommes mentionnées à l'article L.3253-15 du code du travail. Il convient de noter cependant que les entrepreneurs incriminés évitent parfois de passer par le mandataire judiciaire, afin d'éviter l'enquête réalisée par celui-ci.

Lorsque les entreprises dites « éphémères » se déclarent en liquidation judiciaire avant la date de clôture de leur premier exercice ou après avoir été mises en sommeil, elles se dédouanent de leurs obligations en laissant une dette sociale à notre système de protection sociale. Le constat d'abus par des entreprises indélicates qui abusent du système de protection sociale qui déconnecte le versement des cotisations sociales de la perception des prestations sociales est de plus en plus fréquent. Ainsi, ces entreprises mobilisent abusivement des allocations en augmentant frauduleusement le nombre des salariés et les rémunérations servies dans la période qui précède l'arrêt d'activité pour défaillance économique.

C. Cadic, dans le *Dictionnaire Permanent des Difficultés des entreprises*, souligne qu'« Afin de lutter contre ce phénomène, la loi Pacte permet à l'AGS de bénéficier d'une meilleure information sur les entreprises en leur donnant un droit d'accès auprès de la Banque de France qui peut communiquer tout ou partie des renseignements qu'elle détient sur la situation financière des entreprises (C. mon. fin., art 144-1). » En effet, dans ce cadre, la loi Pacte précise que les personnels de l'AGS peuvent obtenir ces renseignements dans le cadre de leur mission de versement des avances des sommes comprises dans le relevé des créances établi par le mandataire judiciaire et de leur récupération, ainsi que de toutes sommes mentionnées à l'article L. 3253-15 du code du travail (C. mon. fin., art. L. 144-1 mod. par L. n° 2019-486, 22 mai 2019, art. 70, II.).

Un accès au FNIG permettrait de prendre son fondement non pas sur la mission d'avance et de récupération des sommes dues aux salariés mais sur une mission de lutte contre les fraudes, dont l'AGS pourraient se prévaloir en vertu des articles L. 114-16-1 à L. 114-16-3 du code de la sécurité sociale. Un décret en Conseil d'État apparaît suffisant pour permettre l'accès, sous réserve de l'avis de la CNIL (Commission nationale informatiques et libertés) (PL Pacte, AN rapport, doc n° 1761, art. 19 septies).

Les rapporteuses proposent un meilleur contrôle des entreprises spécialisées dans la domiciliation commerciale, afin qu'elles participent à la détection des sociétés fictives.

11.2. Non-conformité du statut d'autoentrepreneur

Le travailleur indépendant ne fait l'objet d'aucune vérification de son identité, de l'autorisation que lui donne ou pas son titre de séjour à travailler, d'une éventuelle obligation de quitter le territoire français, de l'existence d'un compte bancaire professionnel, du statut étudiant qui peut être le sien, d'une immatriculation RCS/RM ou d'une qualification professionnelle.

L'arrêté du 10/05/2017, qui fixe la liste des titres de séjour qui prévoient les conditions d'exercice d'une activité non salariée, économiquement viable et dont il tire les moyens d'existence suffisants, dans le respect des lois en vigueur n'est pas contrôlé. La DNLF rappelle ce prérequis également. Le seul titre de séjour autorisé et régulièrement fraudé est celui d'« entrepreneur/profession libérale ».

Ainsi, la fraude peut être liée à l'identité, aux conditions non respectées de la création du statut d'autoentrepreneur (statut étudiant, situation non régulière, non existence de moyens d'existence suffisants, d'absence de compte bancaire français dédié à l'activité (avant loi PACTE ou pour les chiffres d'affaires supérieurs à 10 000€), d'absence de qualification professionnelle pour certains secteurs d'activité, ou de l'absence d'immatriculation RCS/RM.

Le statut d'autoentrepreneur ouvre à des prestations sociales comme la CMU-C, qui n'est elle-même pas conditionnée à la certification du NIR. Elle ouvre également à des prestations de la CAF, CPAM, retraites.

En Meurthe-et-Moselle, le RSI a réalisé une requête sur la base du croisement : déclaration de statut de travailleur indépendant et statut étudiant (rappelons qu'un étudiant étranger hors UE ne peut avoir ce statut d'indépendant conformément à l'article L313-10 du code d'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile). 39 situations ont été relevées, dont 23 sans aucun chiffre d'affaires. Cette fraude ouvre des droits à prestations en espèces et prestations CAF (RSA d'activité, allocations logement plus élevées). Les notifications de radiation en retraite et/ou santé ont été transmises à la CPAM, CAF et Préfecture. Cette démarche frauduleuse induit des indus conséquents pour notre système.

La personne étrangère titulaire d'une carte de séjour temporaire ou pluriannuelle portant la mention « étudiant », est autorisée à exercer, à titre accessoire une activité professionnelle salariée dans la limite de 60% de la durée de travail annuelle soit 964 heures par an, après autorisation de la préfecture (articles R5221-3 et R.5221-26 du code du travail).

L'article L.313-7 du CESEDA prévoit que l'étudiant doit en effet disposer de moyens d'existence suffisants, qu'il s'agisse de ressources propres, d'une aide familiale ou de bourses. Le titre de séjour mention « étudiant » autorise à exercer une activité salariée mais de façon limitée.

Aucune disposition n'est envisagée pour permettre à une personne titulaire d'un visa étudiant d'exercer une activité non salariée.

Le titre de séjour spécial délivré par le Ministère de l'Europe et des Affaires Etrangères (MEAE) ne permet pas d'exercer une activité professionnelle autre que la mission initiale.

De plus, certains indépendants ont un titre de séjour dont la date de validité est expirée.

L'Obligation de Quitter le Territoire Français (OQTF) peut être fraudée, plus particulièrement sur certains territoires dont le partenariat avec le CODAF est moins avancé. Cette fraude ouvre des droits à la santé des indépendants (conditions spécifiques) et à la retraite. En cas de détection de fraude, une notification de radiation est effectuée à la CAF et à la préfecture.

11.3. Fraude aux conditions matérielles de création du statut d'autoentrepreneur

La déclaration de statut d'autoentrepreneur est dématérialisée. Les déclarations sont ensuite traitées par les Centres de Formalités des Entreprises (CFE). Les fraudes peuvent porter sur la qualification professionnelle; le défaut ou l'absence d'ouverture d'un compte bancaire professionnel (Loi Sapin) dans un délai d'un an après l'immatriculation, et l'inscription au Registre des métiers (RM) ou du commerce (RCS). Ces fraudes sont récurrentes et peu contrôlées.

11.4. Fraude à la déclaration du chiffre d'affaires

La sous-déclaration du chiffre d'affaires par les autoentrepreneurs crée une concurrence déloyale sur leur marché, un abus des cotisations versées par leurs pairs qui financent la solidarité du système et l'ouverture de droits à des prestations sociales injustifiées au vu des revenus réellement perçus mais non déclarés.

Certains secteurs d'activité sont identifiés pour être plus souvent dans des situations de fraudes : vente de ferraille, commerce de véhicules, vente sur les marchés, bâtiment, etc.

En novembre 2017, le RSI de Meurthe-et-Moselle a effectué un contrôle sur la profession « récupérateur de métaux ». 391 des 409 assurés déclaraient un chiffre d'affaires inférieur à 5000 euros annuel, soit après abattement des 71 % (vente de marchandises), revenait à 1450 euros de bénéfice au plus, alors qu'il s'agit d'une activité principale pour un foyer souvent avec des enfants. Cette sous-déclaration de revenus a ouvert à de nombreuses prestations : CMU-C, Prime d'activité, allocation logement, allocations familiales.

En octobre 2016, un contrôle a été effectué à Lunéville (54). La démarche de contrôle a été nommée « Rue Lemire à Lunéville ». 22 foyers connus au RSI ont fait l'objet d'un contrôle. Ces personnes réalisaient une sous déclaration du chiffre d'affaires. Mais d'autres fraudes ont été également constatées : une différence entre le nombre de personnes déclarées dans le foyer entre la CAF et le RSI, ainsi que de fausses attestations professionnelles ont été constatées. 8 personnes n'étaient pas inscrites au Registre du Commerce et des Sociétés (RCS), 8 autres n'avaient pas de compte bancaire professionnel, la moyenne du chiffre d'affaires déclaré était de 5077 euros, soit 1472 euros de bénéfice ; la moyenne des cotisations versées mensuellement était de 19 euros, la moyenne du coût santé versé mensuellement était de 1583 euros, et la totalité des soins réglés sur 2 ans représentait 835 853 euros. A ces sommes s'ajoute l'ensemble des prestations versées par la CAF. Il convient de relever qu'une personne faisait l'objet d'une OQTF.

11.5. Fraude de différences déclaratives aux organismes sociaux

Souvent, les fraudes relèvent de la différence du nombre d'enfants à charge déclaré et sur la déclaration d'un chiffre d'affaires faible permettant d'ouvrir des droits à prestations familiales, RSA, logement, tout en étant éligible à la CMU-C.

11.6. La fraude liée à la sous-déclaration du chiffre d'affaire

Le statut d'indépendant ouvre à certaines voies de fraudes peu anticipées ou insuffisamment contrôlées. Afin de bien comprendre ces fraudes, il convient de rappeler que la sous déclaration, parfois de quelques dizaines d'euros de chiffre d'affaires annuel, permet de bénéficier de dispositifs de solidarité (RSA, APL, Aides à la famille, congé de maternité, assurance maladie des indépendants, etc.).

La DNLF, dans sa cartographie des risques de fraudes aux prestations sociales (cf. annexes), alerte sur le risque de non-déclaration partielle ou totale d'une activité professionnelle (notamment pour échapper au paiement des cotisations sociales, ou effectuer une activité rémunérée illégalement).

Les indépendants qui ne déclarent pas leur chiffre d'affaires pendant 24 mois font l'objet d'une radiation d'office. Néanmoins, l'information n'est pas transmise aux CFE de la CMA ou de la CCI, ni aux organismes sociaux tels que la CAF.

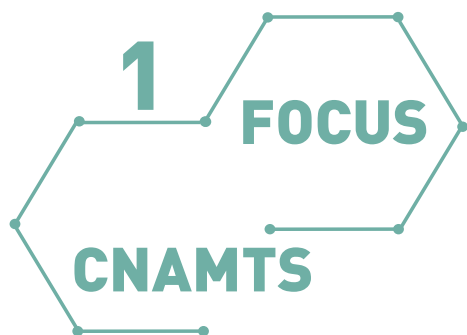
Enfin, le travail indépendant, via le travail dissimulé, est connu et évoqué plus haut dans notre rapport, mais les plateformes d'intermédiation entre client et prestataire, ouvrent une dimension nouvelle à des activités dont l'ampleur est très accentuée par le développement des outils numériques. L'absence de prélèvements sociaux, la déclaration d'un chiffre d'affaires faible ouvrent droit à des prestations sociales de solidarité.



Chapitre 3 :

État des lieux de la lutte contre les fraudes

1. État des lieux par organisme de protection sociale



La branche maladie et la branche AT-MP du régime général de sécurité sociale assurent la prise en charge de frais de santé et le service de prestations d'assurance maladie maternité, paternité, invalidité, décès et d'accidents du travail et de maladies professionnelles dont bénéficient 60 millions d'assurés, dont les non-salariés depuis le 1 janvier 2018, soit 228,9 milliards de prestations sociales pour la branche maladie et 12,9 milliards pour la branche AT-MP.

1.1. État des lieux

L'appréciation de la lutte contre les fraudes au sein de la branche maladie est assez variable selon que l'on se place du côté de la caisse, du côté de la Cour des Comptes ou des experts auditionnés. Dans son rapport de certification des comptes, dans le chapitre consacré à la branche maladie, la Cour des Comptes dresse un tableau sévère de la situation rappelant que l'assurance maladie n'évalue pas suffisamment la fraude, si bien que la portée des résultats affichés de la lutte contre les fraudes ne peut être appréciée.

La Cour des Comptes établit que la CNAM ne se donne pas les moyens d'une lutte systémique contre la fraude, notamment celle réalisée par les professionnels de santé. La notion de professionnels de santé, telle qu'elle est abordée dans le rapport de la Cour des comptes et dans le présent rapport, comprend toutes les professions qui exercent dans le champ remboursé par la CPAM. Ce constat est conforté par des auditions d'autres experts, professionnels, et ordres professionnels. La Cour des Comptes relève que les professionnels de santé représentent 30 % du nombre des fraudeurs mais plus de 80% des montants fraudés. Les rapporteuses souhaitent insister sur le fait que si les montants fraudés peuvent être importants et représentés une part significative des fraudes à l'Assurance Maladie, il n'en demeure pas moins que ces fraudes restent le fait d'une minorité de professionnels exerçant dans le domaine de la santé.

De plus, la Cour des Comptes relève la nécessité d'accentuer les contrôles internes, notamment en ce qui concerne les indemnités journalières et les tests de re-liquidation

Une partie des fraudes des assurés a été évoquée dans la première partie concernant la typologie des fraudes. Nous allons ici nous attacher à préciser les principales fraudes constatées, sans que ce référencement ne soit exhaustif :

Le professionnel de santé peut réaliser des actes fictifs facturés à l'Assurance Maladie en se faisant payer, le plus souvent en tiers payant, des actes qu'il n'a pas réalisés ou des produits qu'il n'a pas délivrés. Sauf à examiner attentivement son décompte d'assurance maladie, il est très difficile au patient de découvrir la fraude, puisqu'il n'a rien payé.

Le professionnel de santé peut présenter plusieurs fois une demande de remboursements à la caisse. Or, si le premier acte n'est pas fictif, les suivants peuvent l'être.

Le traçage numérique utilisé par la CNAM, permet de détecter les atypies, au moins pour la fraude d'ampleur.

Des actes effectués mais non-remboursables peuvent être facturés sous un numéro de nomenclature différent à l'Assurance Maladie. Dans ce cas, le professionnel de santé effectue (ou fait effectuer) des actes médicaux non remboursables qui lui permettent d'augmenter son activité (ou celle d'autres professionnels) sans utilité médicale ou hors cadre des règles de prise en charge : chirurgie esthétique, médicaments non remboursables, actes ne respectant pas les règles particulières de remboursement (prise en charge à 100% des ALD, délivrance de substituts aux opiacés).

Ces actes, qui sont souvent dissimulés sous un numéro de nomenclature différent, peuvent être soit payés par le patient qui se fait alors rembourser, soit être remboursés directement au professionnel par l'assurance maladie (titulaires de la CMU-C, AME, patients souffrant d'une affection de longue durée...).

Pour le professionnel, cela représente un gain de chiffre d'affaires correspondant à une activité réelle, mais ne rentrant pas dans le cadre réglementaire du remboursement. Cette technique permet notamment de solvabiliser des patients pour des actes qu'ils n'auraient pas fait faire s'ils avaient dû les payer eux-mêmes.

De plus, des actes peuvent être surcotés lors de la facturation à l'Assurance Maladie. Dans cette hypothèse, le professionnel de santé effectue des actes médicaux remboursables, mais les surcote, ce qui lui permet d'augmenter son chiffre d'affaires en dehors des règles de la nomenclature et de faire payer plus cher ses patients : facturation d'une prothèse de la hanche au lieu du genou réellement opéré, plusieurs dates de visite chez le dentiste alors qu'un seul soin a été effectué, cotation d'une visite à domicile alors que la consultation a eu lieu au cabinet... Ces actes, qui sont dissimulés sous un autre numéro de nomenclature, peuvent être soit payés par le patient qui se fait alors rembourser, soit être remboursés directement au professionnel par l'assurance maladie (titulaires de la CMU-C, AME, patients souffrant d'une affection de longue durée...). Ils sont difficiles à détecter dans la mesure où un acte a été réellement effectué et où le patient et le professionnel y ont un intérêt conjoint.

Des actes peuvent être facturés à l'Assurance Maladie alors qu'ils sont réalisés sans autorisation ou par des tiers, notamment sous le couvert d'un autre professionnel de santé dans un cabinet de groupe ou par des personnels non qualifiés. Ici, le professionnel de santé fait effectuer par une autre personne des actes qu'il est supposé avoir accomplis lui-même et les fait prendre en charge par l'assurance maladie. Ce détournement lui permet de cumuler les actes.

Un autre type de fraude peut se caractériser par une prescription de complaisance : un professionnel de santé, en contrepartie d'un avantage, qui peut être financier, rédige une prescription (arrêt maladie, prescription d'un substitut aux opiacés, attestation de handicap, etc.) alors qu'il sait que l'état du patient ne le nécessite pas.

L'arrêt de travail peut faire l'objet d'abus, voire de fraude lorsque l'assuré simule une pathologie auprès de son médecin. La fraude permet un arrêt de travail et un droit à indemnités journalières.

Enfin, le recours aux transports sanitaires peut ouvrir à différents types de fraudes : transports fictifs et/ou transports de plusieurs patients simultanément avec facturation individuelle, anomalie de prescription et anomalie de facturation.

1.2. Moyens de la lutte contre la fraude

La CNAM fixe et négocie ses objectifs dans le cadre de la Convention d'Objectifs de Gestion avec le Gouvernement. Son bilan pour l'année 2018 donne :

- 261 Millions d'euros préjudices détectés et stoppés
- 8411 actions contentieuses réalisées
- 577 saisines pénales, 180 ordinaires et 49 conventionnelles
- 17 plans régionaux GDR/LCR unifiés
- 9 séminaires régionaux dédiés
- 2 thèmes de formations supplémentaires en plus des formations offertes

Lors de l'audition des représentants de la CNAM, il a été précisé qu'environ 1100 personnes sont mobilisées dans le réseau CPAM, spécialisées dans la lutte contre la fraude. En 10 ans, le nombre de médecins conseils a diminué de 22%, sans que de véritables relais (datamining ou autres) puissent véritablement compenser cette diminution d'effectifs. De plus, l'organisation des effectifs de lutte contre la fraude est dé-corrélée de l'appréciation du risque (affectation des moyens en fonction de l'enjeu de fraudes, comme par exemple celui réalisé par les professionnels de santé).

La CNAM, avec la DACCRF (Direction de l'audit, du contrôle-contentieux et de la répression des fraudes), proposent, pour l'année 2019 un ensemble de formations afin d'améliorer les moyens de lutte contre la fraude et de professionnaliser les agents, sur des champs variés :

- Pilotage (maîtrise de logiciels)
- Détection (maîtrise d'outils, programme de médicalisation des systèmes d'information)
- Investigations (contrôles)
- Contentieux (plaintes, actions, saisines)
- Ces formations, organisées et pilotées par la DNLF permettent d'assurer une poursuite contentieuse aux plaintes déposées.

1.3. Résultats

En 2018, le préjudice total de fraudes concernant les Indemnités Journalières (IJ) s'élève à 16,0 M€ (13,0 M€ en 2017), et recouvre des fraudes par usages de faux certificats, faux bulletins de salaires ou par cumul d'indemnités journalières avec une activité rémunérée.

En matière de prestations en espèces hors IJ, 26,4 M€ de préjudices ont été détectés et stoppés en 2018 (18,3 M€ en 2017).

Le programme pérenne national « rentes accidents du travail et pensions d'invalidité versées à l'étranger », initié à partir de 2013 et reconduit en 2018 a permis d'éviter un préjudice de 9,8 M€ (5,9 M€ en 2017). Les autres fraudes sur les pensions d'invalidité et rentes Accident du Travail, relevant d'initiatives locorégionales, s'élèvent à 10,8 M€ (6,9 M€ en 2017).

Enfin, en ce qui concerne l'indicateur de risque financier résiduel sur le paiement à bon droit s'élevant à 3,9% des prestations, il est important de rappeler qu'il correspond à la fois à des indus frauduleux et non frauduleux, et peut aussi concerner des rappels.

Si l'augmentation de ces fraudes détectées est significative, elle peut être le reflet d'un comportement frauduleux renforcé, mais plus probablement d'une amélioration de l'efficacité de la lutte contre les fraudes réalisée par la CPAM.

Deux cartographies de lutte contre la fraude portant sur les établissements et la CMU-c ont d'ores et déjà été établies par la CNAM en 2018. Trois autres cartographies relatives aux transporteurs, aux infirmiers, et aux indemnités journalières sont en cours d'élaboration. Par ailleurs, un référentiel national de processus (RNP) relatif à la lutte contre la fraude a été élaboré par l'Assurance Maladie et doit être expérimenté localement durant le second semestre 2019 pour une mise en œuvre début 2020.

La COG et le plan d'appui à la transformation du système de santé pour la période 2018-2022 prévoient par ailleurs le renforcement du contrôle des indemnités journalières par la CNAM. Les actions possibles de fiabilisation des données par la mise en place de la Déclaration sociale nominative (DSN) sont en cours. Elles permettront de fiabiliser les données salariales : rattachement possible dans les bases entre l'employeur et le salarié, données plus récentes et précises permettant des détections plus précoces et des investigations plus rapides, contrôles de cohérence automatisés et moins nombreux simplifiant les vérifications d'activité, meilleure connaissance de la situation professionnelle des assurés ou détection automatique des faux bulletins de salaire. Par exemple, le « chaînage » par le NIR des assurés, qui sera effectif au 1er janvier 2020, permettra d'obtenir l'ensemble des salaires de l'assuré sur les trois ou sur les douze derniers mois quelles que soient l'employeur et le régime (salarié régime général ou salarié agricole). Cela permettra ainsi de fiabiliser le calcul du montant des IJ maladie.

Il convient de rappeler que les comptes de la branche maladie sont certifiés depuis 13 ans.

Concernant les pensions : la fraude détectée représente 5,8 millions d'euros pour le rapporteur général, soit 5,9 M€ de préjudice. Au regard du pourcentage de fraude détectée (soit moins de 0,1%), on peut raisonnablement supposer que tous les montants fraudés ne sont pas identifiés.

Les rentes accidents du travail représentent 4,2Md€ pour le rapporteur général, soit 5,2 M€ de préjudice. Sur ce sujet également, au regard du pourcentage de fraude détectée (moins de 0,1%), on peut supposer que tous les montants fraudés ne sont pas détectés.

S'agissant des fraudes dans ce domaine, aucune d'utilisation de la DSN n'est prévue pour fiabiliser les données. Afin de lutter contre la non information, un recouplement systématique est à prévoir avec la base des allocataires CAF.

1.4. Difficultés et propositions

La Cour des Comptes estime que ce bilan est « en trompe l'œil », non seulement en raison de la manière dont les objectifs de lutte contre les fraudes sont fixés, mais aussi en raison de l'impact relativement limité des actions correctrices mises en place.

En parallèle de ces résultats qui démontrent que des procédures d'amélioration ont été mises en place, il convient toutefois de noter plusieurs points de vigilance. Tout d'abord, la réponse pénale, dissuasive et exemplaire, est peu utilisée (voir infra). De plus, les sanctions ordinales sont peu sollicitées et peu mises en place en cas de fraude avérée et significative. Par ailleurs, le taux de recouvrement des indus des fraudes est relativement faible. L'enjeu du recouvrement est important, tout comme la prévention des fraudes pour éviter l'indu. Enfin, les contrôles des établissements de santé gagneraient à être renforcés. Par exemple, la COG fixait à 0,7% le contrôle des séjours soit 100 000 séjours, objectif qui pourrait être relevé.

Afin d'améliorer des résultats, il conviendrait d'accentuer la fiabilisation des données grâce à la Déclaration Sociale Nominative (DSN).

Par ailleurs, il conviendrait également de développer le recours à un outil efficace mais trop peu utilisé : la mise sous accord préalable (MSAP). En effet, cet outil permet de diminuer de 20% les prescriptions des médecins ciblés. Cette procédure mérite d'être alléguée et étendue à tous les professionnels de santé lors du prochain PLFSS.

Les procédures ordinales et la dimension aléatoire donnée aux saisines dissuadent les équipes de lutte contre les fraudes d'agir en ce sens. Lors de l'audition des représentants de la CNAM, il a été souligné par eux qu'un dossier ordinal est complexe à monter et que le résultat de cet investissement doit pouvoir être à la hauteur si l'on veut encourager cette pratique.

Une étude sémantique du rapport de la Cour des Comptes portant sur la certification des compte de la branche maladie permet de relever, différents axes d'amélioration qui ne portent pas tous sur des fraudes.

La Cour des Comptes relève 13 mentions dites « Insuffisant ». Elles concernent : le contrôle interne qui « ne couvre toujours qu'imparfaitement les risques liés à l'activité de la branche et son adaptation à l'évolution de la réglementation » ; une identification du préjudice financier à mieux coordonner car des « activités comparables demeurent très hétérogènes, traduisant une coordination régionale encore insuffisante » ; des contrôles insuffisants concernant certaines demandes : « les contrôles réalisés lors de l'affiliation de personnes demandant à bénéficier de l'aide médicale d'État (AME) sont insuffisants pour garantir la fiabilité des données déclaratives conditionnant l'ouverture des droits, durée minimale de trois mois de présence sur le territoire et respect de la condition de ressources » ; un contrôle à renforcer concernant les demandes de créances des organismes étrangers ; un renfort des contrôles médicaux à chaque étape du contrôle pour renforcer la mesure des indus ; un renfort des contrôles et détections d'anomalies de facturation : « Les anomalies relevées concernent principalement des indus (96 %), liés le plus souvent à des paiements injustifiés au regard des pièces justificatives produites, et majoritairement, comme les exercices précédents, les pharmaciens, les infirmiers, les transporteurs sanitaires et taxis » ; la nécessité d'un renfort du « dispositif de contrôle et de sanction des irrégularités dans la tarification à l'activité des établissements de santé » ; les contrôles des arrêts de travail et avis médicaux sont dits insuffisants par la Cour des Comptes ; le « taux d'incidence financière des erreurs de liquidation s'établit à 3,9 % du montant des règlements (contre 3,1 % en 2017) » ; concernant les pensions d'invalidité : « La fiabilité des données prises en compte dans le calcul des pensions d'invalidité est limitée par le niveau d'assurance encore insuffisant procuré par les contrôles qu'effectue la CNAV sur les données de salaires reportées dans les comptes de carrière des assurés (cf. chapitre III, § 74 et suiv. infra) » ; enfin, « les déclarations ne sont pas comparées automatiquement aux données de salaires et de prestations servies par d'autres organismes de sécurité sociale, ce qui limite la fiabilité du processus de mise à jour des pensions ».

En ce qui concerne les données dites « peu fiables » par la Cour des Comptes, la notion d'efficacité des contrôles réalisés par les Caisses et le manque d'évaluation de l'efficacité de ceux-ci est relevé. L'organisation de la transmission d'information avec la CCMSA est un axe à renforcer.

La Cour des comptes indique que « le rapprochement opéré entre les montants valorisés au titre du préjudice financier subi, les indus notifiés à ce titre et les indus comptabilisés met en évidence des anomalies qui affectent l'exhaustivité et l'exactitude des créances enregistrées. » et propose de renforcer les contrôles a priori de certaines pratiques ou actes : « Limités aux paiements multiples et à la facturation de certaines catégories de professionnels de santé, ces contrôles a posteriori ne permettent d'identifier et de corriger qu'un nombre réduit d'anomalies ». De plus une coordination interrégionale renforcerait l'uniformisation des pratiques de contrôle et de sanctions. Les anomalies relèvent essentiellement d'un manque de contrôle des facturations, de données partagées entre organismes mal contrôlées, de déclarations des usagers anormales (cumul de pension et de revenus d'activités par exemple), de contrôles en faible volume sur certaines activités. Le renfort du contrôle interne est également pointé comme un axe de renfort à mettre en œuvre.

L'audit de certification conduit par la Cour a cependant confirmé les limites et fragilités des dispositifs de maîtrise des risques de portée financière et comptable auxquelles sont exposées ces deux branches du régime général, liées en particulier aux systèmes d'information, aux remboursements des soins de ville et aux versements aux hôpitaux.

La Cour des comptes relève la nécessité de mettre en place des nomenclatures des actes, prestations et répertoires qui ne font pas l'objet de contrôles intégrés dans l'application de la liquidation des frais de santé en facturation directe.

Enfin, les rapporteuses souhaitent insister sur la fragilité suivante, relative à l'interconnexion des données entre organismes de protection sociale : « Les fragilités des échanges de données entre les organismes du réseau et des risques mal maîtrisés continuent d'affecter la correcte détermination des taux de cotisations sociales ».

Au regard de ces différentes analyses, les préconisations proposées par les rapporteuses sont les suivantes :

Réunir les partenaires afin de rediscuter les indicateurs à prendre en compte dans la Convention d'Objectifs et de Gestion afin d'ajuster les objectifs pour les mettre en adéquation avec les progrès déjà réalisés et ceux attendus au regard des dispositifs mis en place ou à venir.

Etablir une cartographie détaillée des risques pour :

- Accentuer la prévention
- Mieux prioriser les actions de contrôle
- Proportionner les moyens de lutte au niveau de risque

Améliorer l'efficacité des contrôles sur les professionnels de santé en :

- Etendant les contrôles ciblés de facturation
- Retenant des critères moins sélectifs pour le contrôle de la méga-activité
- Accroissant l'utilisation du data mining
- Renforçant les effectifs de la lutte contre la fraude, notamment en régions

Exploiter la Base de données de Ressources Mensuelles pour :

- Sécuriser la reconnaissance des droits
- Sécuriser les versements de prestations

Sécuriser la liquidation des rentes AT-MP en automatisant les échanges de données avec les CARSAT, les CAF, les services fiscaux

Sécuriser la délivrance de substituts aux opiacés en :

- Appliquant le dispositif de l'art.162-4-2 du CSS
- Imposant la prescription électronique par un seul prescripteur pour un patient

Renforcer les contrôles automatisés a priori, concernant :

- La détection des codes, actes, prescriptions compatibles avec la nomenclature
- La détection de doubles paiements
- Le contrôle de la cohérence du kilométrage des transporteurs sanitaires

En cas de fraude avérée, prévoir à l'encontre des fraudeurs :

- La suppression de la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) pour les praticiens sanctionnés

Revoir la procédure de dé-conventionnement pour la rendre plus souple et plus rapide**Sécuriser les conditions de remplacement des professionnels de santé en renforçant l'information des CPAM sur les remplacements en cours.**

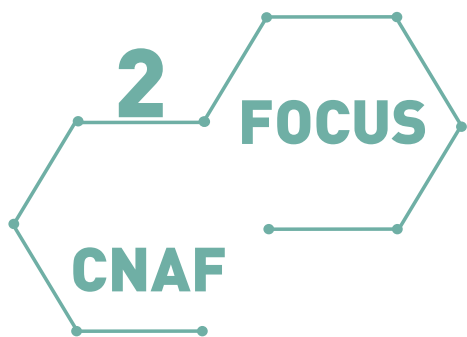
Les rapporteuses proposent la dématérialisation complète des prescriptions, ainsi que des arrêts de travail. De plus, l'amélioration des systèmes de renseignement, notamment dans la centralisation des informations (décès, etc.) passera nécessairement par un renfort de l'interconnexion des données entre organismes de protection sociale et une alimentation automatique des fichiers sur le format « dites-le nous une fois ». Un renforcement des contrôles dits « de ciblage » avec élargissement des champs des grandes atypies doit être mis en place.

La carte vitale n'est que le support matériel des informations qui figurent dans les bases de données de la CNAM. Les rapporteuses ont pu constater que la durée de vie de la carte vitale, voire d'utilisation, ne coïncidait pas systématiquement avec la durée des droits de son porteur. En conséquence, elles proposent des ajouts de données dans la base vérifiée par les professionnels de santé afin de désactiver en temps réel la carte en fin de droits. Cette mesure, si elle était appliquée, rendrait inutile la proposition d'une carte vitale de validité limitée dans le temps.

Par ailleurs, l'authentification par une carte vitale nouvelle génération pourrait comporter des données biométriques. La présence de la photographie, ajoutée lors de la deuxième génération de la carte vitale dans le but de renforcer l'identification, n'a pas atteint les objectifs escomptés. Le ré-enrôlement de la carte serait le meilleur moyen de fiabiliser les cartes surnuméraires, mais compte-tenu des coûts et contraintes techniques d'une telle démarche, les rapporteuses proposent les mesures ci-dessus développées.

Cette proposition vise à compléter l'efficacité de l'expérimentation de la e-carte vitale engagée il y a quelques semaines sur certains territoires français.

À ce stade, les rapporteuses insistent sur les difficultés liées à une généralisation de la dématérialisation. En effet, l'illettrisme numérique peut constituer un frein à la démarche d'accès au soin qu'il faut accompagner en amont d'une démarche de dématérialisation généralisée.



2.1. Etat des lieux

12,5 millions d'allocataires bénéficient des prestations sociales et familiales versées par la CAF. Il convient de noter que différentes politiques publiques ont marqué le champ de la fraude ces dernières années et ont renforcé les dispositifs de lutte (Articles L114.12, L114.16 et L114.19 du Code de la Sécurité Sociale), ainsi que le droit de communication. Les lois de financement de la sécurité sociale ont désormais un chapitre consacré à la lutte contre la fraude. Les CAF utilisent ces outils pour mettre en œuvre leurs dispositifs de lutte contre les fraudes. De plus, les CAF participent ac-

tivement aux CODAF mis en place dans les départements pour favoriser la coopération locale, instance qui a renforcé une approche transverse de lutte contre les fraudes sociales. Les Conventions d'Objectif et de Gestion ont donné une impulsion pour ces sujets.

Le système déclaratif introduit depuis les années 2000 rend plus complexe et moins réactive la lutte contre les fraudes par le cumul des causes d'indus ou de rappels, souvent le fait d'erreurs de bonne foi. En effet, la déclaration des ressources s'avère régulièrement erronée. Le système déclaratif, construit de façon à faire correspondre la réalité des déclarations avec les changements réels de situations induit une difficulté supplémentaire pour le déclarant.

Enfin, certaines définitions gagneraient à être précisées telle que la notion de vie commune. La définition actuelle rend parfois malaisés les contrôles pour les agents, dans la mesure où elle n'est pas harmonisée avec d'autres notions proches utilisées par d'autres organismes de protection sociale. De la même manière, les durées de résidence, non alignées entre prestations, génèrent de la confusion pour l'utilisateur, des erreurs de bonne foi, des contrôles et indus qui pourraient être évités au profit d'une lutte contre la fraude.

2.2 Moyens de la lutte contre la fraude

La politique de contrôle de la branche Famille vise principalement à fiabiliser les informations transmises par les allocataires de manière déclarative pour ouvrir ou modifier leurs droits. Ce mode déclaratif avait pour visée et avantage de mieux s'ajuster à la temporalité des événements, ainsi que d'éviter les délais de fiabilisation des données et les transferts d'informations entre administrations. Le mode déclaratif, susceptible de créer des erreurs de bonne foi ou des fraudes, nécessite des points de contrôles multiples, mis en œuvre de manière importante par les CAF. En 2017, ce sont 35,4 millions de points de contrôle qui ont été vérifiés par l'organisme, par le traitement statistique et la détection d'anomalies. 7,7 millions des 12,5 millions d'allocataires ont été contrôlés sur au moins un élément de leur dossier, soit plus de la moitié sur une année. Cette activité de contrôle est tout à fait importante.

Plusieurs types de contrôles sont effectués par l'organisme :

- Les contrôles automatisés sur la base du partage d'informations entre partenaires (DGFIP et Pôle Emploi, notamment, concernant les revenus et périodes d'activités, les allocations perçues). La régularisation est facilitée par ce travail partenarial.
- Les contrôles sur pièces s'effectuant sur la base des justificatifs demandés aux allocataires et par croisement des informations entre partenaires.

2.3. Résultats

La CAF a très largement développé une culture pour rectifier l'erreur de bonne foi et lutter contre les fraudes. La démarche de contrôles mise en place par la CAF donne lieu à des régularisations massives. 1,12 milliards de régularisations ont été effectuées en 2017. 802 millions d'euros, dont des fraudes, ont été remboursés par les allocataires. 316 millions d'euros sont des rectifications faites par la CAF au bénéfice des allocataires.

Il apparaît ainsi ici très nettement que la nécessité de fiabiliser les mécanismes d'ouverture de droits, d'automatisation de la récupération d'informations à ce jour déclaratives et de croisement de données est au bénéfice de chacun afin de lutter contre le non-recours aux droits, l'erreur de bonne foi liée à la complexité du système, et aussi contre les fraudes.

En 2017, ce sont 45 100 cas de fraudes qui ont été détectées, avec un montant moyen de la fraude de 6 455€, ce qui représente une hausse de 5% par rapport à 2016. Au total, 291 millions d'euros de fraudes ont été détectées, soit 0,4% des 70 milliards d'euros de prestations versées par les CAF aux 12,5 millions d'allocataires. La fraude estimée est de 2 milliards d'euros, soit environ 5% des allocataires.

- Les contrôles sur place, par les agents assermentés par le Tribunal d'Instance, permettent de vérifier certaines informations déclaratives et d'échanger avec l'allocataire.
- La CAF, dans son rapport de 2017, souligne l'importance du datamining dans ses nouvelles méthodes de lutte contre la fraude (mais aussi de non recours aux droits) : « Le datamining, ou littéralement « fouille de données », est une technique permettant de croiser un grand nombre de données statistiques par traitement informatique. Dans le cadre de la politique de contrôle, ce croisement des données a permis de calculer la probabilité des erreurs, en donnant un score prédictif des risques d'indus ou d'erreurs avec des conséquences financières. ».

Les contrôles ont couvert en 2018 plus d'un foyer d'allocataires sur 2 soit 6,7 millions d'allocataires contrôlés sur 12,7 millions, toutes modalités confondues. En 2018, ces contrôles ont débouché sur 824 millions d'euros d'indus et 301 millions d'euros de rappels.

L'évolution de la fraude est quasi stable par rapport à 2016. 171 000 visites sur place ont été réalisées par les 600 contrôleurs CAF. Ces déplacements ont débouché sur la régularisation de 154 000 dossiers. 48% des contrôles se sont déroulés au bénéfice de l'allocataire, 52% ont révélé des indus. Là encore, l'enjeu de la juste prestation est posé : permettre un juste accès aux droits, lutter contre les fraudes et éviter l'erreur réalisée de bonne foi.

La CAF a une politique de sanction des fraudes (nous parlons bien ici de fraudes et non d'erreurs) qui s'articule autour d'une échelle d'appréciation du niveau de sanctions : 27% des fraudes ont fait l'objet d'un avertissement, 69% de pénalités financières, et 5% de poursuites pénales en 2017.

En termes de typologie de fraudes, il apparaît très nettement que le système déclaratif et dématérialisé présente lui aussi des limites importantes : 73% des fraudes sont des omissions et fausses déclarations (données pourtant souvent fiables dans d'autres administrations) ; 18% des fraudes sont des fraudes à l'isolement (avec des difficultés relatives à la charge de la preuve) ; et 9% recouvrent la qualification pénale de faux et usage de faux, ainsi que d'escroquerie. Ce dernier point est un sujet d'alerte. L'enjeu est de taille et la relation dématérialisée avec des points de contrôle à l'identité, à la véracité des attestations fournies et aux abus du système sont insuffisants et difficiles à contrôler en l'état actuel de nos organisations.

En termes de caractéristiques, la fraude est essentiellement une fraude aux minimas sociaux, dans 72% des cas, alors que 20% des fraudes portent sur les aides au logement et 8% sur les prestations familiales et primes (chiffres 2017).

2.4. Difficultés et propositions

La CNAF a développé une politique de lutte contre la fraude efficace et un plan de communication sur les droits et devoirs des allocataires ambitieux.

Afin de favoriser sa démarche de lutte contre les fraudes, sortir de la démarche déclarative est un sujet central car elle complexifie la relation organisme-allocataire. A l'heure actuelle, la lutte est complexifiée par cette approche dématérialisée et déclarative, qui est aussi une des problématiques des questions d'accès au droit et d'erreur de bonne foi. En effet, le mode déclaratif ouvre à 4 types de problématiques : le non-recours aux droits car la démarche n'est pas effectuée ou finalisée par le demandeur qui est en difficulté par rapport aux démarches ou en méconnaissance (l'estimation de 20 % de personnes qui n'ont pas accès à leurs droits est soulignée par le Défenseur des Droits) ; le versement d'une prestation qui n'est pas dans la juste proportion par rapport à l'objectivité de la situation de l'allocataire (la CAF a reversé 28% des régularisations effectuées, ce qui est un enjeu de protection des personnes) ; l'erreur de bonne foi qui a pour conséquence la mise en place d'une procédure de recouvrement des indus qui peut fragiliser la situation socio-économique de l'allocataire et mobilise l'agent de la CAF pour ces contrôles en volume et qualité ; enfin, elle permet des fraudes qui pourraient être évitées et dont on sait que les poursuites sont longues, coûteuses et dont le recouvrement n'est pas aisé.

De plus, il apparaît nécessaire de renforcer les contrôles d'identité et de fiabiliser la création du dossier qui est adressé au SANDIA pour créer le NIR (avec notamment un contrôle des pièces justificatives originales ainsi que des numérisations de qualité et en couleur). L'enregistrement auprès de l'INSEE est exclu des propositions car il relève d'une procédure différente, dont la fiabilité est réelle.

Une spécificité, liée aux territoires transfrontaliers, est à souligner. La difficulté pour les pays voisins d'articuler leurs politiques de prestations sociales est réelle. La libre-circulation des travailleurs et l'accès aux droits aux prestations sociales, ouvertes sous certaines conditions sont souvent difficiles à vérifier et posent la question de la coopération européenne, entre les Etats membres, du partage de données et de la preuve pour l'ouverture des droits. Parfois, les prestations sociales sont versées par plusieurs pays pour un même intéressé, par manque de coordination et d'informations partagées entre les pays.

De plus, l'essor du statut d'autoentrepreneur, qui ouvre droit à des prestations familiales sous conditions de chiffre d'affaires, questionne sur les conditions d'accessibilité de ces droits malgré la faible cotisation (RSI), ou l'activité réelle, ou encore même le travail non déclaré. Peu de critères permettent aujourd'hui de vérifier la réalité du travail indépendant.

Le contrôle de la vie maritale, vie commune ou concubinage, est rendu difficile par le flou de la définition juridique, non définie par le Code Civil, et par le manque d'harmonisation des pratiques entre les différentes CAF.

Le changement de CAF par un fraudeur, dont le dossier de recouvrement n'est pas clos, rouvrira de nouveaux droits. La fraude, même non recouvrée et dont la sanction n'est pas totalement appliquée, n'est pas un motif de refus. Les droits sont réexaminés indépendamment de la situation, même si, en pratique, un plan de recouvrement sera très probablement mis en place.

La preuve de la résidence est un aspect à consolider, ainsi que la cohérence de sa durée entre prestations sociales et, surtout, sa fiabilisation par interconnexion des données avec l'administration fiscale.

En effet, la question du critère relatif à la durée de la résidence en France doit faire l'objet d'une harmonisation entre prestations et organismes. Pour l'heure, ce critère varie selon les prestations : 6 mois pour une allocation familiale, 4 mois pour une aide au logement, 3 mois pour le RSA, 6 mois pour la CARSAT, etc.

Parmi les évolutions à venir, il est intéressant de noter qu'une requête sur les adresses IP a été mise en place par la CNAF et va prochainement être adressée à toutes les CAF, afin qu'elles puissent diligenter des enquêtes sur ce critère. Les résultats seront disponibles début 2020. Les rapporteuses soutiennent cette démarche de lutte contre les fraudes, innovante et correspondante aux enjeux.

Le versement des prestations sur des comptes tiers doit également être régulé. En soi, le versement à un compte tiers peut s'expliquer et ne pas être générateur de fraude. Néanmoins, il convient de s'intéresser à l'identité de la personne à qui ces sommes sont versées car elles remplissent un objectif de solidarité et doivent être utilisées à cette fin : elles sont destinées à l'allocataire, et ne doivent pas faire l'objet de versements multiples vers des comptes centralisateurs, souvent ceux de fraudeurs. Des situations de versements sur des comptes d'épargne ont été à plusieurs reprises évoqués lors des auditions comme devant faire l'objet d'attention particulière, surtout lorsqu'ils présentent un cumul des prestations sur plusieurs mois sans mouvements, puis un transfert de ces fonds à l'étranger, et parfois vers un compte unique. Les prestations CAF, versées de cette manière, échappent totalement aux objectifs qu'elles poursuivent.

Parmi les difficultés identifiées, il convient également d'évoquer le fait que le non renouvellement d'un titre de séjour n'est pas connu des organismes sociaux de manière systématique, alors que ces décisions administratives ont un impact sur les conditions d'octroi des aides sociales.

Si le cadre législatif a impulsé de nouvelles stratégies de lutte contre la fraude, pour faire face à de nouvelles techniques de fraudes, la réactivité du législateur n'est pas toujours suffisante. Il peut être cité à titre d'exemples la réglementation européenne sur les moyens de subvenir à ses besoins sans être une charge, le droit relatif au séjour des étrangers avec le dispositif des autoentrepreneurs, ou encore la définition de la vie maritale pour le champ social.

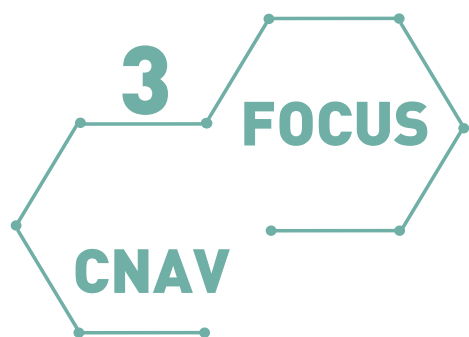
S'agissant des propositions que les rapporteuses formulent, au regard des constatations effectuées, des résultats obtenus par la CAF et des difficultés rencontrées, sortir du déclaratif est une impérieuse nécessité pour lutter plus efficacement contre les fraudes, pour diminuer le montant des indus récupérés suite à des erreurs de bonne foi ou de fraudes, et pour lutter contre le non recours aux droits. Sortir du déclaratif passera nécessairement par l'automatisation de la donnée entrante permettant de définir l'éligibilité aux droits et son calcul. La donnée entrante doit être fiable pour être traitée correctement. Aussi, plusieurs aspects doivent être envisagés pour cela. Dans un premier temps, fiabiliser l'identification par un entretien en face à face pour la première ouverture des droits d'une personne non connue des organismes sociaux et demandant à se voir attribuer un NIR certifié est une démarche à organiser. Accélérer la biométrie afin de s'assurer, dans la durée, de l'identité de l'interlocuteur qui effectue les demandes, dans l'objectif de l'authentifier et d'éviter les abus pourrait répondre à l'enjeu d'utilisation frauduleuse de l'identité. De plus, ouvrir le croisement des données concernant le revenu des allocataires avec la DGFIP et Pôle Emploi, mais également avec le RSI ou CPAM, et les URSSAF est un enjeu majeur pour nos systèmes d'information, sur le modèle d'autres pays européens. Les revenus, les allocations, et le montant du chiffre d'affaires doivent être communiqués sur la base des déclarations fiabilisées, afin de ne pas contraindre l'allocataire à des calculs sur le net qui intègrent certaines primes et non d'autres, etc. Dans cette même idée, le partage automatique des données sur les reprises d'activité est à prévoir dans le partage des données entre organismes et administrations. Il convient de remarquer que la démarche déclarative a diminué grâce à la mise en place de la Déclaration Sociale Nominative (DSN), et que cette orientation est à appuyer dans son déploiement.

Harmoniser le critère lié à la durée de la résidence pour les organismes sociaux afin de faciliter la lisibilité des exigences pour les bénéficiaires et la coopération entre les organismes est une des propositions portée par les rapporteuses.

De plus, définir la notion de vie commune pour tous les organismes afin d'harmoniser cette notion et faciliter la lisibilité de cette notion pour tous est un enjeu de simplification et de lisibilité.

Renforcer les accords de coopérations transfrontalières, afin d'éviter le recours aux prestations sociales dans plusieurs pays en simultané est une démarche attendue par les pays voisins et que certains organismes de protection sociale démarrent. Il est important d'étendre cet aspect. Accentuer les accords bilatéraux avec les pays frontaliers afin d'informer très rapidement des périodes d'activité dans chacun de nos pays permettrait d'éviter les indus.

Enfin, un mécanisme de suspension du versement de nouvelles prestations, le temps de la régularisation du dossier frauduleux, permettrait d'éviter l'augmentation des indus.



3.1. État des lieux

La combinaison de la branche vieillesse du régime général comprend les comptes de la CNAV et ceux des CARSAT et depuis le 1er Janvier 2018 ceux des caisses déléguées pour la sécurité sociale des travailleurs indépendants sur le champ des activités auxquelles elle apporte son concours aux caisses du régime général. La direction de la CNAV estime que les objectifs en matière de lutte contre la fraude sont exigeants et croissants, et que les moyens mis en oeuvre pour lutter contre la fraude sont suffisants (nombre de contrôleurs, sanctions).

3.2. Moyens de la lutte contre la fraude

La convention d'objectifs et de gestion de la CNAV 2018-2022 prévoit un renforcement de la maîtrise du risque financier afin de prévenir le risque de fraude, passant tout particulièrement par les échanges de données entre les différents régimes : « Le développement des échanges de données inter branches, inter régimes ou issus de la sphère sociale doit être une opportunité pleinement exploitée pour une maîtrise des risques rationalisée engageant chaque opérateur de données. »

Pour les actions de contrôle, cette même COG prévoit l'utilisation du data mining permettant le croisement d'informations dans la gestion des bases de données afin de mieux cibler les contrôles et donc de mieux prévenir les risques de fraude.

Pour prévenir les risques de fraude, les caisses d'assurance retraite ont mis en place des contrôles de prestations (sur justificatifs, sur place), conformément à l'article L224-14 du Code de la sécurité sociale¹.

3.3. Résultats

Comme l'indique la Cour des Comptes, « la branche vieillesse rencontre des difficultés à évaluer la fraude », si bien que la portée des résultats affichés concernant la lutte contre les fraudes est difficile à apprécier pour la Cour.

La Cour des comptes relève pour la branche vieillesse des mentions dites « Insuffisant » (au nombre de 8 dans le rapport) : « Le dispositif de lutte contre les fraudes est insuffisant pour couvrir de manière satisfaisante les risques auxquels est exposée la branche ».

La Cour des Comptes propose de renforcer le traitement des données automatisées, de renforcer les indicateurs permettant de mettre en lumière les dossiers à risques, afin de renforcer l'aide apportée aux contrôles.

De plus, elle souligne que « le contrôle de l'existence des assurés résidant à l'étranger et les vérifications opérées sur les certificats d'existence conservent des faiblesses. La couverture des risques inhérents aux paiements à l'étranger se renforce avec la conclusion d'accords internationaux, mais ceux-ci manquent, ou sont encore insuffisants pour les principaux pays à enjeux. »

En raison de leur périmètre incomplet et de leur caractère partiel, les contrôles compensatoires couvrant les risques de fraude spécifiques aux situations de cumul d'habilitations dans les applications de gestion des comptes des titulaires de prestations sont insuffisants (7 595 situations de cumul relevées au 31 décembre 2018).

Des enjeux liés à la qualité de la liquidation, à une hétérogénéité des résultats entre les caisses sont soulevés par la Cour des Comptes.

La qualité des données entrantes est un aspect important de la lutte contre les fraudes. A ce titre, la Cour des Comptes relève des données provenant de supports papier, de déclarations dématérialisées et d'anomalies détectées par les contrôles intégrés qui demeurent en attente de versement dans le SNGC. La Cour précise que « la sécurisation du traitement de ces données n'est, par ailleurs, pas suffisante ».

Un nombre de pensions et de mises en paiements significatif a comporté au moins une erreur avec incidence financière en 2018, parfois avec des incidences très faibles. La Cour des Comptes estime que les incidences financières sont à considérer avec attention : « le « taux d'incidence financière » (TIF) des erreurs en faveur ou au détriment des assurés sociaux s'est également fortement dégradé. Il est estimé, en valeur centrale, à 1,40 % en 2018 contre 1,16 % en 2017. Rapporté au montant des attributions de l'exercice (4 Md€), ce taux aboutit à un montant probable d'erreur de 56 M€ ». Il convient de préciser toutefois que ces chiffres dépassent la fraude et englobent les fraudes, erreurs, indus et rappels.

L'insuffisance des contrôles intégrés à l'outil retraite et l'absence d'automatisation de plusieurs étapes de calcul de la pension continuent de fragiliser les opérations de liquidation et entraînent des erreurs récurrentes. Il convient de relever que la CNAV a défini un « plan national qualité » pour agir sur les principales sources d'erreurs et réduire leur incidence financière.

De plus, les attributions et révisions des prestations légales (126 Md€) comportent encore de nombreuses erreurs ayant un impact financier.

1 Article L224-14 du code de la sécurité sociale « Les caisses nationales mentionnées aux articles L. 221-2, L. 222-4 et L. 223-2 mettent en oeuvre ou coordonnent des actions de contrôle sur le service des prestations afin de détecter les fraudes et les comportements abusifs. Elles peuvent à ce titre utiliser des traitements automatisés des données relatives au service des prestations. Elles peuvent requérir la participation de leurs organismes régionaux et locaux à ces actions. »

3.4. Difficultés et propositions

La qualité des données entrantes est un aspect important de la lutte contre les fraudes, dans la mesure où la plupart des données proviennent d'une base déclarative.

De plus, le contrôle interne doit être renforcé, mieux structuré et traçable, afin de limiter le risque interne.

Le dispositif de prévention et de détection de la fraude interne est fragilisé par l'insuffisance des moyens de maîtrise identifiés et par le manque de pilotage du réseau par la caisse nationale.

Une source d'erreur mal maîtrisée est relative au manque de fiabilité des données provenant des autres organismes de sécurité sociale. Il est tout à fait nécessaire de travailler à la fiabilisation des données entrantes, avec moins de sources issues du système déclaratif notamment, pour éviter des erreurs ou fraudes.

Il convient également d'optimiser l'accès de la CNAV aux informations contenues dans le logiciel AGEDREF afin qu'elle puisse contrôler les données relatives aux titres de séjour, comme c'est le cas pour la branche famille.

Par ailleurs, des discordances pouvant apparaître entre le SNGI et le RNIPP doivent être corrigées.

L'exploitation des dossiers à contrôler issue de la détection automatisée des situations à forte présomption de fraude et les échanges mis en œuvre avec les partenaires locaux et nationaux sont hétérogènes.

Compte tenu de ces observations, les rapporteuses émettent les propositions suivantes :

Le contrôle des ressources des retraités dans la zone euro est à organiser car il est pour l'heure difficile de vérifier si le retraité, bénéficiaire d'un avantage soumis à conditions de ressources (ASI, ASPA, FNS Majoration Article L814-2 du code de la sécurité sociale, pension de réversion par application de la réforme prévue par la loi du 21 août 2003) bénéficie d'autres sources de revenus en Europe. L'absence de visibilité sur l'existence d'autres comptes bancaires que celui déclaré pour le paiement de sa retraite freine les moyens utiles de lutte contre ces fraudes. Cette vérification doit pouvoir être réalisée par l'organisme payeur.

Afin de permettre cette vérification, l'organisme devrait pouvoir bénéficier d'un accès au fichier FICOBA. Les rapporteuses proposent la création d'un fichier FICOBA européen ou un mécanisme de mutualisation des informations bancaires. L'ensemble des dispositifs doit permettre d'éviter la dissimulation de ressources.

Il convient d'accentuer le contrôle de l'activité et/ou la retraite perçue par des retraités domiciliés, ou ayant eu une activité dans l'Union européenne, et bénéficiaires en France d'un avantage soumis à conditions de ressources (ASI, ASPA, FNS Majoration par application de l'Article L814-2 du code de la sécurité sociale, pension de réversion par application de la réforme prévue par la loi du 21 août 2003) est à négocier avec nos partenaires européens. Seule l'Allemagne permet à la CNAV de consulter la carrière (salaires) et le montant mensuel des retraites du régime allemand. Aussi, le processus de coopération et de transmission des données avec les pays européens, et notamment frontaliers, doit être encouragé et accéléré. Le Portugal, l'Italie, la Belgique, l'Espagne et le Luxembourg se sont déclarés favorables à cette coopération. Il convient d'encourager la CNAV à négocier de telles coopérations et à établir un rapport sur le nombre de bénéficiaires concernés par cette situation.

La condition de régularité du séjour est actuellement vérifiée par les organismes de sécurité sociale au moment de l'ouverture des droits à toute prestation non exportable, telle que l'ASI ou l'ASPA, via consultation de l'application AGDREF. Un traitement de masse en cours de développement et dont la mise en production est attendue d'ici la fin de l'année 2019 permettra par ailleurs aux agents des caisses de vérifier si des personnes sont en situation régulière au regard du droit au séjour et si des personnes dont le titre de séjour est arrivé à expiration ont réalisé des démarches auprès des préfetures en vue de son renouvellement.

Des travaux sont en cours pour automatiser la transmission d'informations en cas de non renouvellement.

Il paraît effectivement nécessaire que l'organisme payeur puisse contrôler la régularité de la situation du bénéficiaire, tout au long du versement de la prestation.

Il est indispensable que l'organisme soit notamment informé d'un refus de renouvellement de titre de séjour ou d'une décision valant Obligation de Quitter le Territoire Français (OQTF). Le versement de l'ASPA ou l'ASI doit être suspendu dès lors que l'autorité administrative a rendu une décision définitive de refus de titre de séjour (i.e. sans délai).

Afin de faciliter cette information, l'interconnexion des données entre organismes de protection sociale fiabiliserait les données, faciliterait le rapprochement avec l'application AGEDREF, et faciliterait l'automatisation du contrôle de la validité des droits, tel que c'est le cas pour la branche famille.

De plus, la fiabilité des données et le manque d'interconnexion de celles-ci entre organismes sociaux sont un facteur de fragilité selon la Cour des Comptes. L'insuffisance des contrôles intégrés à l'outil retraite et l'absence d'automatisation de plusieurs étapes de calcul de la pension continuent de fragiliser les opérations de liquidation et entraînent des erreurs récurrentes.

Il convient de relever que la CNAV a défini un « plan national qualité » pour agir sur les principales sources d'erreurs et réduire leur incidence financière.

Il convient de lutter contre la fraude à la résidence.

Les rapporteuses proposent de renforcer l'authentification des certificats de vie, celle-ci ne pouvant être garantie. En effet, le cachet et la signature de l'autorité réelle ou supposée qui a signé l'acte sont difficiles à authentifier pour les organismes. Le contrôle physique dans les consulats ou le recours à la biométrie paraissent être souhaitables et fiables. Aussi, la mise en place d'une collaboration entre la CNAV et les services diplomatiques par une interface d'échanges de données (état civil etc.) est à soutenir. Les échanges de données entre états civils dans les consulats – tout particulièrement sur la question du contrôle de vie des retraités à l'étranger – a fait l'objet d'une demande des Sénateurs des Français établis hors de France sur l'initiative de M. Olivier Cadic, adressée à M. Jean-Yves Le Drian en juillet 2019¹.

La question du rôle des banques à travers les marchés de la CNAV pour les paiements à l'étranger est également une piste étudiée qui peut représenter une solution complémentaire à la consolidation des fichiers INSEE.

Contrôler le versement de la majoration pour Tierce Personne (MTP) versée aux personnes retraitées domiciliées hors de l'Union Européenne et questionner le montant forfaitaire versé quel que soit le lieu de résidence et le niveau de revenus local (les rapporteuses posent la question relative à la constitutionnalité de cette mesure) apparaît indispensable.

Le renfort du contrôle du mécanisme des pensions de réversion à l'étranger doit également être organisé. Il convient d'harmoniser les différentes procédures de demande de pension de réversion pour les personnes résidant à l'étranger et notamment les questions relatives à la preuve de l'identité du bénéficiaire. La question de l'identification en cas d'élément d'extranéité est à rapprocher des autres développements précédents.

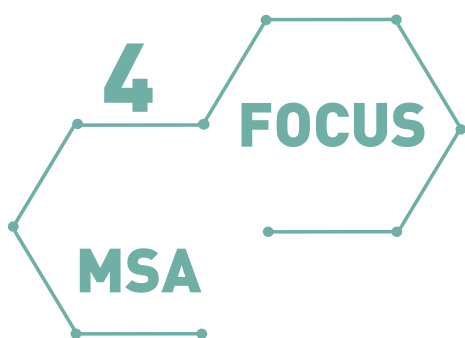
Il existe des formulaires avec tous les Etats signataires d'une convention de sécurité sociale avec la France, dont ceux relatifs aux demandes de pension. Les titulaires de ces demandes font l'objet d'une immatriculation par le SANDIA préalablement au versement de la pension de réversion. Pour les pensions de réversion, pour chaque convention bilatérale, sont prévus dans le corps de la convention ou en annexe les formulaires de demandes. En revanche, ils ne sont pas identiques d'une convention à l'autre. Le Sandia ne traite les formulaires que s'ils sont conformes à la convention et s'ils sont adressés par le régime de retraite du pays concerné. Si l'assuré n'a pas de NIR, il est procédé à son immatriculation selon la procédure classique (2 pièces d'état civil) et la CNAV ne paie la pension de réversion que si le NIR est certifié.

Enfin, le versement du minimum vieillesse doit faire l'objet d'un versement sur un compte en France.

1 Lettre des Sénateurs des Français établis hors de France du 4 juillet 2019 à Monsieur Jean-Yves Le Drian, Ministre de l'Europe et des Affaires Étrangères.

2 Les régimes des salariés et assimilés sont énumérés à l'article L. 722-20 du code rural et de la pêche maritime (CRPM)

3 Ils sont énumérés aux articles L.722-12, L.722-23 et L.722-34 du code rural et de la pêche maritime (CRPM)



4.1. État des lieux

La Mutualité Sociale Agricole (MSA) gère la sécurité sociale de deux régimes :

- Le régime des salariés agricoles : il s'agit essentiellement des salariés des exploitations et entreprises agricoles, des coopératives agricoles et d'organisations professionnelles agricoles dans le secteur bancaire et assurantiel.
- Le régime des non-salariés agricoles, auquel sont affiliées les personnes non salariées occupées aux activités ou dans les exploitations, entreprises ou établissements. Les deux régimes couvrent les risques maladie, accident du travail, maladie professionnelle et vieillesse. La MSA gère également la branche famille ainsi que

la retraite complémentaire obligatoire (RCO) des exploitants agricoles. La MSA compte 5,6 millions de ressortissants au régime agricole au 1er janvier 2018 (correspondant au nombre de personnes percevant au moins une prestation au régime agricole) :

- 3,2 millions de personnes protégées sont susceptibles de bénéficier d'un remboursement au titre d'une prestation maladie
- 3,8 millions d'avantages de retraite (droits propres et droits de réversion) sont versés au régime agricole à fin 2018 en métropole
- Plus de 400 000 familles bénéficient de prestations familiales, de logement, de solidarité et/ou liées au handicap à fin 2018
- 2,2 millions de personnes sont couvertes contre les accidents du travail et les maladies professionnelles
- 3,3 millions de personnes sont couvertes en action sanitaire et sociale au 1er janvier 2018

La MSA a versé plus de 26,8Mds € de prestations sociales au titre de 2018 :

- 13,1Mds € au titre de la retraite et du veuvage (-0,6%)
- 11,2Mds€ au titre de la maladie, de la maternité, de l'invalidité, des décès, des IJ paternité (-0,5%)
- 1,1Md€ au titre des prestations familiales et du logement (+0,1%)
- 0,7Md€ au titre des ATMP (+11,9%)
- 0,7Md€ au titre de la RCO (-1,4%)

En matière de fraudes, les caisses ont identifié 6 risques : Le risque de non-déclaration ou d'inexactitude dans la déclaration de ressources (via l'analyse des conséquences du repérage de situations de travail illégal sur les prestations sociales perçues) ; Le risque de fausse déclaration relative à la composition du foyer ; Le risque de fausse déclaration ou d'absence de déclaration sur la résidence stable et régulière en France, notamment dans le cadre de la PUMA (Protection Universelle MALadie) ; Le risque de fausse déclaration sur le respect des conditions administratives de prise en charge d'une dépense médicale (en matière d'arrêt de travail, de facturation d'actes fictifs ou non conformes à la prescription, sur-cotation d'actes ou non-respect de la Nomenclature Générale des Actes Professionnels) ; Le risque spécifique lié à la prise en compte et au traitement des signalements de fraude dans le cadre de la gestion pour compte ; Le risque de fraude à l'existence (notamment pour les retraités à l'étranger). La MSA accorde une importance particulière à la lutte contre la fraude interne, par des actions de prévention concernant le traitement des dossiers de collaborateurs (afin qu'aucun personnel salarié ne traite son propre dossier ; la sécurisation des habilitations informatiques ; la communication auprès des collaborateurs MSA sur les enjeux et dispositifs de lutte contre la fraude interne ; le partage des informations entre la CCMSA et les Directeurs/Agents comptables de caisses pour une vigilance collective face aux mécanismes de fraudes internes détectés, l'articulation des activités MSA avec les prescriptions de la loi n° 2016-1691 relative à la transparence, à la lutte contre la corruption et à la modernisation de la vie économique (dite loi « SAPIN II »).

La MSA participe aux travaux de la DNLF pour établir une cartographie des risques de fraudes visant à renforcer sa sensibilisation aux risques de fraudes et participer à l'identification des enjeux. Enfin, la MSA a effectué un renforcement du dispositif de sécurisation lié aux opérations de mise en paiement.

4.2. Moyens de la lutte contre la fraude

La « direction de l'audit et de la maîtrise des risques », rattachée au directeur général de la CCMSA, a été mise en place en 2012 avec pour objectif de renforcer le lien entre audit interne / contrôle externe / contrôle interne et lutte contre la fraude et développer les synergies entre ces différentes thématiques. Elle a également mis en place, en parallèle, un comité national de maîtrise des risques qui a pour objet de définir les grandes orientations stratégiques de maîtrise des risques pour l'ensemble du réseau, ainsi qu'un comité directeur certification qui organise un suivi et un dialogue réguliers entre la caisse centrale et les représentants des 5 grandes régions. Elle anime également un réseau organisé de « correspondants fraude » et « d'agents de direction en charge de la lutte contre la fraude ».

Au niveau local, chaque caisse doit élaborer un plan local de lutte contre la fraude formalisant ses priorités d'actions en matière de lutte contre la fraude, en lien avec les priorités institutionnelles (prévu par le plan national de contrôle interne 2017). En outre, une instruction¹ datée de 2017 préconisait la création, au sein de chaque MSA, d'un comité en charge de la lutte contre la fraude permettant une appréciation collégiale des cas de suspicions de fraude, ce qui a été mis en œuvre dans les 35 MSA.

En 2018, 28 caisses de MSA déclarent avoir déjà organisé et formalisé le processus de gestion de la lutte contre la fraude (interne et externe) pour l'année 2018, deuxième année de mise en œuvre effective des mutualisations de proximité (+50% par rapport à 2017). Pour les 7 autres MSA, les travaux sont engagés ou sont programmés une fois les travaux de mutualisation stabilisés.

Par ailleurs, les caisses participent au comité régional de lutte contre la fraude en santé organisé par les CPAM et s'appuient également sur les commissions des pénalités financières en santé (24 dossiers ayant fait l'objet d'une pénalité pour fraude, émanant de 11 caisses en 2017). S'agissant des cas de fraudes en matière de prestations familiales ou de prestations d'assurance vieillesse, les caisses s'appuient sur des commissions de pénalités famille / vieillesse.

En 2018, les MSA ont déclaré avoir consacré 162 postes en équivalent temps plein (ETP) aux activités contre la fraude aux prestations, la fraude aux cotisations et le travail illégal, effectif semblable à celui de l'an passé (161.02 ETP en 2017, contre 132.81ETP en 2016).

4.3. Résultats

Un outil HALF (« Halte à la Fraude »), outil institutionnel sur lequel doit s'appuyer la gestion des signalements de fraude au sein des caisses, permet d'assurer la transversalité, la traçabilité et la sécurisation du processus de détection et de gestion des fraudes au sein des MSA.

Parmi les leviers à la disposition de la MSA en matière de lutte contre la fraude, figurent :

- Le dépôt de plainte obligatoire si certains seuils de préjudice sont dépassés (seuils définis par décret) ou en cas de fraude identitaire : 112 dépôts de plainte ont été constitués courant 2017 dans le domaine des prestations et 13 dépôts de plainte en cotisations.
- L'utilisation du dispositif « fraude à enjeu » (fraudes importantes, sensibles, médiatisées ou risquant de l'être) notamment en cas de fraude interne, ce qui a représenté 3,2 millions d'euros en 2018, en augmentation par rapport à 2017 où le suivi assuré par la CCMSA a porté sur 1,98 millions d'euros.
- La participation au dispositif de Lutte Contre le Blanchiment d'argent et le Financement du Terrorisme (LCB-FT) attendue par l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution) par la sensibilisation des collaborateurs concernés au sein des caisses. Au 31 décembre 2018, 33 MSA déclarent avoir présenté ces dispositifs aux collaborateurs concernés.

1 Lutte contre la fraude et le travail dissimulé, bilan 2017 de mise en œuvre du plan institutionnel, MSA, 2017.

Les échanges d'informations entre différents partenaires revêtent une importance particulière dans la lutte contre la fraude. La MSA donne le bilan suivant en matière de lutte contre les fraudes et de mode de travail partenarial :

- Participation aux CODAF (les MSA ont déclaré avoir participé à 314 réunions en 2017 et avoir été à l'origine de 3802 signalements).
- Mise en oeuvre d'échanges avec les partenaires à travers 4029 signalements réalisés auprès des partenaires (organismes de sécurité sociale, services fiscaux, etc.).
- Mise en oeuvre de l'accès à l'AGDREF (Application de Gestion des Dossiers des Ressortissants Etrangers en France) qui permet de vérifier la validité des titres de séjours. A noter une réflexion en cours avec le Ministère de l'Intérieur sur les évolutions nécessaires de l'outil à la demande des organismes de sécurité sociale, pour la mise en oeuvre de la prestation universelle maladie (PUMA). Sur l'ensemble de l'année 2018, le nombre total de connexions à AGDREF est évalué à 63 000 en projection annuelle (contre 72 192 en 2017 et 91 596 en 2016)
- Lutte contre la fraude documentaire identitaire ou non identitaire qui se traduit par une professionnalisation des agents en lien avec la DNLF, l'accès aux outils tels que la base documentaire iFADO, la mise à disposition des alertes émises par le Bureau de la Fraude Documentaire. Si la détection de 407 faux documents non identitaires semble en baisse par rapport à l'an passé (643 en 2017), il ne faut pas oublier une dynamique récente nettement à la hausse due largement à quelques dossiers de fraudes de masse de professionnels de santé (seulement 28 en 2016 et 54 en 2015).
- Echanges automatisés d'informations avec la DGFIP. En 2018, l'ensemble des MSA a déclaré avoir mobilisé l'outil FICOBA.
- Echanges avec le SIRDAR (Système Informatisé de Recherche des Détachements Autorisés et Réguliers), permettant de vérifier le rattachement d'une personne à un régime de sécurité sociale d'un Etat membre lorsqu'elle se déplace en Europe dans le cadre de son activité professionnelle
- Réflexion sur la mutualisation des demandes d'attestation des certificats d'existence entre les différents régimes pour éviter que chaque régime versant des retraites fasse sa propre demande auprès d'un assuré
- Echanges avec TRACFIN (1 signalement porté à la connaissance de TRACFIN, 12 demandes de TRACFIN à la MSA afin de lui communiquer des informations utiles à son activité, réception à 3 reprises d'éléments d'information en provenance de TRACFIN).
- Exploitation des signalements de sortie du territoire dans le cadre de la lutte contre le terrorisme (23 signalements traités en 2018 contre 48 en 2017).
- Exploitation des informations en provenance de l'AGRASC (Agence de Gestion et de Recouvrement des Avoirs Saisis et Confisqués). 10 signalements devant être exploités ont été transmis aux caisses de MSA en 2018.
- Echanges d'information avec les autorités consulaires françaises à l'étranger (concernant notamment les risques de fraude au décès ou au remboursement de soins à l'étranger).
- Mise en oeuvre du droit de communication (art. L. 114-19 du code de la Sécurité Sociale) qui a permis de mettre en évidence des cas de fraude ou des tentatives de fraude pour 251 cas (241 en 2017). Toutes les caisses de MSA déclarent avoir mis en oeuvre le droit de communication.
- La MSA déclare avoir 260 contrôleurs agréés/assermentés qui opèrent sur le territoire, les textes jusqu'à maintenant circonscrivant la compétence territoriale des contrôleurs à la compétence territoriale de la caisse.

Plusieurs risques de fraudes co-existent pour la MSA concernant le risque de fraude aux cotisations / travail illégal, pour lequel différentes actions sont mises en oeuvre. Une démarche de prévention du recours au travail dissimulé ou de fraude aux cotisations est déployée par les employeurs et exploitants. En matière de détection, l'axe de travail est réalisé autour de 3 catégories de risques :

- Le détachement et les fraudes complexes : 19 contrôles ont été effectués par 5 CMSA donnant lieu au contrôle de 139 salariés intérimaires, sans anomalie détectée. (En 2017, 100 actions de contrôles avaient permis de déceler le recours à 711 travailleurs détachés en exploitations agricoles, pour lesquels 169 anomalies ont été décelées par la consultation de la base SIRDAR.)
- La dissimulation d'activité ou d'emploi salarié par défaut de déclaration : dans ce cadre, le recours massif au temps partiel a été particulièrement ciblé dans les requêtes effectuées par les caisses (plus particulièrement dans le secteur forestier). Ce travail a mis en évidence 5 situations de fraude pour un montant de 120 866 euros de redressement. (104k€ de redressements pour 9 situations en 2017).

- Les détournements d'un dispositif légal (production intentionnelle de fausses déclarations en vue d'assurer l'ouverture ou le maintien d'un droit à exonération notamment).

En 2017, 12 millions d'euros de redressements de cotisations ont été réalisés au titre de la fraude aux cotisations, et 11 millions d'euros en lien avec le travail dissimulé.

Concernant le risque de fraude aux prestations, la MSA met en œuvre différentes actions :

- La vigilance en matière d'immatriculation et d'affiliation qui s'appuie notamment sur les travaux inter-régimes de mise à jour du référentiel des consignes d'identification des adhérents, sur la mise en place du numéro d'identifiant d'attente (NIA), sur la vérification des titres de séjours via l'outil AGDREF (particulièrement pour la PUMA) et sur la formation à la détection de la fraude documentaire
- Les actions inter-régimes concernant le Répertoire National Commun de la Protection Sociale (RNCPS) notamment pour identifier les doublons entre la MSA et la CNAF
- Le déploiement d'actions de communication auprès des adhérents notamment sur l'importance de la déclaration des changements de situation des assurés

En 2018, le régime agricole a qualifié 3 990 cas de fraudes aux prestations sociales pour un préjudice total de 11,2 millions d'euros (chiffres stables par rapport à 2017, avec 3 884 cas pour 11 millions d'euros.).

4.4. Difficultés et propositions

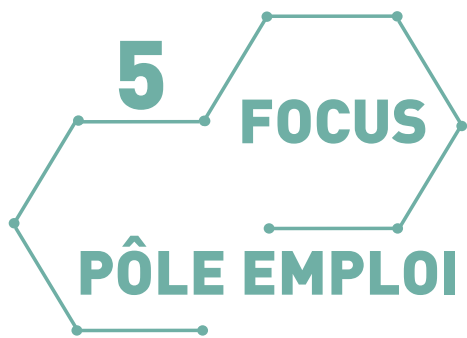
Il convient d'harmoniser le cadre juridique des différents organismes sociaux. Les inspecteurs des caisses de mutualité sociale agricole ne disposent pas des mêmes moyens que leurs homologues des URSSAF.

La MSA constate que sur l'ensemble de ses champs d'actions, la fraude organisée est la plus importante. L'individu fraudeur d'opportunité fraude moins. Le caractère organisé de cette fraude rend plus complexe sa matérialisation, élément essentiel à la qualification de la fraude.

Il y a une difficulté technique à révéler un comportement frauduleux qui se veut par nature être un comportement dissimulé.

Les rapporteuses proposent de :

- Développer la coopération de la lutte contre la fraude avec les autres régimes de protection sociale (partages de données dématérialisées, centralisation des informations par flux, signalements). Cela pourrait passer par le partage du logiciel HALF et de son utilisation.
- Préférer l'obligation individuelle pour chaque organisme de rendre une évaluation objective, quantifiée, annuelle sur les phénomènes de fraude plutôt qu'un durcissement d'une autorité centralisée comme la DNLF.



5.1. État des lieux

La fraude la plus fréquente concernant les prestations versées par Pôle Emploi est la fraude liée à la reprise d'activité (73% des cas et 64% des montants). Résidence ou travail à l'étranger, ou encore changement de situation sont des fraudes constatées toutes deux à 7% de fréquence. Alors que le changement de situation représente 5% du coût global des fraudes, l'activité ou la résidence à l'étranger en représentent 10%, ce qui démontre le poids économique de ce type de fraudes et l'importance d'une coopération entre pays sur ce sujet.

Le rapport d'activité 2018 estime à 206 350 K€ les préjudices subis et 81 000 K€ les préjudices évités. Ce phénomène est sans nul doute bien supérieur dans sa réalité et très percuté par l'erreur de bonne foi et le non accès aux droits. En effet, l'entrée en relation dématérialisée ouvre la porte à des fraudes à l'identité mal maîtrisées, puis l'approche déclarative à des erreurs ou fraudes qui engagent des indus.

Le versement à un compte tiers est possible. Un courrier interne à Pôle Emploi précise que « Si vous ne disposez pas d'un compte, vous pouvez exercer votre droit au compte. Les conditions et les modalités pour bénéficier de ce droit sont disponibles sur le site de la Banque de France. Vous avez également la possibilité de demander le versement de vos allocations sur le compte d'un tiers, sous réserve de fournir une procuration. »

Certaines informations sont demandées à l'assuré « sous réserve qu'il accepte de les communiquer ». Aussi, certaines données ne sont pas complétées (numéro de téléphone, etc.).

5.2. Moyens de la lutte contre la fraude

Une convention tripartite trisannuelle est conclue entre l'Etat, l'Unédic et Pôle Emploi. Le plan prévoit, pour une part, de renforcer la trajectoire numérique en faisant évoluer la détection et le pilotage de la lutte contre les fraudes. De plus, le plan prévoit de travailler sur la méthode d'approche (organiser une action transversale entre les métiers pour prévenir et identifier la fraude, cartographier les risques, intensifier les contrôles internes, organiser le travail partenarial). Par ailleurs, un renfort de sensibilisation, formation, et objectivation des acteurs doit être organisé dans ce plan. L'objectivation et le suivi des résultats permettront la mise en œuvre de ce plan. Enfin, des évolutions sont prévues avec la mise en place de tableaux de bord, de travail collaboratif avec la DLNF, et des « objectifs d'actions pénales ».

Une charte de prévention est mise en place et 2 correspondants fraudes sur 3 grandes régions sont mis en place. Dans les cas de fraude interne soupçonnée, c'est l'auditeur national qui sera mandaté.

Les signalements internes ou externes (dont ceux réalisés par les partenaires), ainsi que les réponses aux demandes de renseignements et réquisitions judiciaires (art. 60-2 du code de procédure pénale) sont une des sources d'investigation.

L'autre source principale est le requêtage au travers du datamining.

En cas de doute confirmé, si des manœuvres frauduleuses sont constatées, un dossier est ouvert et communiqué aux partenaires, les fraudes sont saisies dans un logiciel de suivi des fraudes, un recouvrement est organisé, voire une demande de sanction ou une action en justice.

L'échange de données est essentiel. Il se fait par les outils : DPAAE, EOPPS, FICOBA, INTUIZ, portail URSSAF, PRADO, RNA, SACAVIS (service de vérification et de l'avis d'impôt sur le revenu). Il convient de relever que ces échanges de données se font essentiellement sur la base de consultations, et non d'interconnexions automatisées.

Les directions régionales et le directeur de Pôle Emploi sont compétents pour entreprendre toutes actions en justice (avec effet de délégation en région). Les articles L.313-1 et L.313-3 du code pénal – escroquerie et tentative d'escroquerie – et l'article 441-1 et suivants – faux et usage de faux- également.

L'instruction n°2019-1 du 3 janvier 2019 issue de la loi Liberté de choisir son avenir professionnel, clarifie les droits et devoirs du demandeur d'emploi, en prévoyant les sanctions possibles.

La prescription est de 10 ans à compter du jour de versement des sommes si fraudes (L.5422-5 du code du travail). L'action publique a un délai de prescription de 6 ans (art. 8 de la procédure pénale).

La difficulté principale de Pôle Emploi est de prouver le caractère intentionnel de la fraude.

5.3. Résultats

La difficulté à prouver l'intention de fraude bénéficie à l'indemnisé. Néanmoins, dans le rapport d'activité 2018, il est fait mention de 10% d'augmentation des préjudices subis au global qui sont qualifiés de « présumées frauduleuses », et de 14% d'augmentation de demandeurs d'emploi mis en cause.

De nombreux cas détectés (47%), le sont par le réseau partenarial de détection de la fraude. Ces résultats démontrent l'importance d'améliorer le datamining et d'animer en réseau la fraude aux prestations sociales au niveau local et national. Au-delà du partenariat avec la police, la CAF est l'organisme qui organise le plus la coopération en matière de lutte contre les fraudes (20% des dossiers ouverts), alors que la CPAM et les URSSAF représentent respectivement 2% de ces signalements.

Sur 16 422 affaires présumées frauduleuses mentionnées par le rapport d'activité 2018 de Pôle Emploi, seules 246 ont fait l'objet de poursuites pénales (337 en 2017). Une démarche de sanctions et de poursuites pénales est à renforcer afin d'accentuer les possibilités de recouvrement, l'effet dissuasif et de responsabiliser un maximum d'acteurs dans les cas de fraudes en réseaux.

Sur les 2521 sanctions administratives demandées aux unités départementales des DIRECCTES, 2365 sanctions ont été prononcées.

Avec les récentes évolutions législatives renforçant le pouvoir de sanction de Pôle Emploi, la capacité du réseau à sanctionner devra être harmonisée et renforcée.

La fraude interne, par les agents eux-mêmes, est un levier de fraudes à intégrer dans les dispositifs de lutte contre les fraudes.

Le taux de recouvrement des indus des fraudes est de 10 à 15% sur une année glissante (il est bien plus important dans les cas d'erreurs de bonne foi). Plus globalement, les indus sont très importants, liés à la part déclarative réalisée par l'assuré. Le taux de recouvrement général (fraude et erreur) est de 60% sur un an, et de 80 % sur 5 ans.

5.4. Difficultés et propositions

Les propositions des rapporteuses consistent à fiabiliser l'entrée en relation du demandeur d'emploi par un entretien face à face visant à s'assurer de la fiabilité de l'identité.

La fiabilisation des données numériques en sortant du mode déclaratif a priori, le recouplement des données issues d'autres sources (DGFIP, AGDREF, Préfecture pour les non renouvellements de titres de séjour, etc.) sont un renfort du numérique indispensable à l'efficacité de la gestion ultérieure de l'accompagnement Pôle Emploi. De plus, la responsabilité déclarative donnée au demandeur d'emploi est source d'erreurs de bonne foi et de fraudes. Aussi, il est désormais nécessaire d'aller plus loin que la transmission d'information de la DPAE, et de permettre la collecte des données relatives à l'activité professionnelle via la DSN.

La correspondance entre le bénéficiaire de l'aide et le compte de versement doit être contrôlée et respectée.

L'accord réalisé entre les organismes sociaux, par conventions bilatérales, sur le modèle de celui signé avec le Luxembourg, doit étendre l'organisation de la communication de l'information sur la reprise d'une activité dans les pays transfrontaliers. Ainsi, le formulaire S072, conformément aux articles 17, 22, 24, 25, 26 de la convention 883/2004, et l'article 24 de la convention 987/2009 qui prévoient le partage d'informations hors du territoire. Plus globalement, il convient d'organiser le croisement de données afin d'éviter les doubles résidences ou non communication d'une activité professionnelle, ayant pour conséquence la double prestation sociale dans deux pays.

Le datamining doit être très largement renforcé pour accentuer les éléments d'alerte et éviter les faux-positifs. Un premier niveau de filtrage des risques de fraudes par l'étude statistique est une porte insuffisamment développée. Elle reste pourtant la voie la plus efficace pour déterminer les champs d'intervention à prioriser pour les contrôleurs.

Par ailleurs, la lutte contre la fraude interne via le datamining et les contrôles de second niveau doivent être très renforcés.

De plus, l'ensemble des informations demandées par le demandeur d'emploi devraient être obligatoirement renseignées par celui-ci : parcours professionnel, coordonnées, etc.

La possibilité de sanction ouverte par voie législative doit permettre de renforcer les sanctions de radiation en cas de fraude afin de limiter au plus vite les indus. Il est possible de prévoir la suppression du revenu de remplacement et l'application d'une pénalité selon le cas (article 40 alinéa 1).

Enfin, la fixation des objectifs doit renforcer l'exigence de lutte contre les fraudes, en intégrant plus fortement les fraudes telles que celles liées aux entreprises éphémères, et mieux s'impliquer dans la coopération entre organismes pour l'efficacité générale de l'ensemble des dispositifs de prestations sociales.

2. État des lieux par institutions publiques



1.1. État des lieux

La Cour des comptes a pour mission principale de s'assurer du bon emploi de l'argent public et d'en informer les citoyens. Juridiction indépendante, elle se situe à équidistance du Parlement et du Gouvernement, qu'elle assiste l'un et l'autre, conformément à l'article 47-2 de la Constitution. Les quatre missions de la Cour : Juger les comptes des comptables publics (environ 1000 comptes) ; Contrôler les domaines dans lesquels l'argent public est engagé, en vérifier la régularité, son efficacité et l'efficacité de la gestion ; Certifier les comptes de l'Etat et du régime général de la sécurité sociale ; et Évaluer les politiques publiques en fonction des objectifs fixés, la bonne utilisation des moyens budgétaires.

La Cour des Comptes (et ses antennes locales) rédige une cinquantaine de rapports par an sur le sujet des fraudes sociales, pour les cotisations sociales ou prestations sociales, pour certains territoires, départements, communes, pour certains organismes, ou encore pour certains établissements, ainsi que des rapports plus généralisés : 55 en 2016, 65 en 2017, 43 en 2018.

Au cours de l'audition des représentants de la Cour des Comptes organisée par les rapporteures le 17 juillet 2019 à l'Assemblée Nationale, ces derniers ont souhaité rappeler que la fraude sociale est une « atteinte au principe de solidarité et donc au pacte républicain qui fonde depuis 1945 la sécurité sociale ». Ils ont ajouté que la lutte contre les fraudes « revêt, depuis 2010, le caractère d'exigence constitutionnelle ».

Le droit de communication, issu de la LFSS 2017 a étendu à la sphère sociale le droit de communication d'informations concernant les personnes non identifiées, sur requêtes des inspecteurs de certaines informations au travers des plateformes. Cette avancée, soulignée par la Cour des Comptes, a régulièrement été saluée par les acteurs de la protection sociale lors des auditions organisées par les rapporteures. Cette avancée a été réalisée en alignement à des possibilités déjà ouvertes à l'administration fiscale.

Les moyens mis en place pour lutter contre les fraudes sont insuffisants. La MSA, bien organisée dans ses outils et croisements de données, n'a que 58,5 ETP répartis dans ses 38 caisses locales. Le réseau des Urssaf a procédé en 2018 à environ 50 749 actions de lutte contre le travail dissimulé (plus de 5 000 étaient ciblées essentiellement dans les secteurs de la construction, cafés, restaurants et commerce tandis que les autres étaient préventives). Plus de 88% des actions ciblées de lutte contre le travail dissimulé ont conduit à un redressement. Ces actions ont permis de réaliser 640,7 millions d'euros de redressements, soit une augmentation de 18,5% par rapport aux résultats de l'année 2017. Et c'est en particulier dans le domaine de la fraude au détachement que l'ACOSS a fortement progressé. Toutefois, les moyens de lutte contre la fraude doivent être davantage organisés, avec des outils de ciblage qui doivent gagner en efficacité. La CPAM compte 1000 agents affectés à la lutte contre les fraudes dans le régime général, et moins de 22% de médecins conseils. La CAF est l'organisme de protection sociale (OPS) qui a le plus spécialisé d'agents sur les contrôles avec ses 1600 collaborateurs, mais en axant leur travail sur l'accès aux droits, l'erreur de bonne foi et les fraudes.

De plus, les sanctions ne sont pas employées afin de déployer un effet dissuasif suffisant. Principalement des mesures financières, les réponses pénales sont peu usitées et souvent classées sans suite. Les sanctions ordinales rares et le dé-conventionnement peu usité.

1.2. Moyens de la lutte contre la fraude

Dans le rapport public annuel de 2018, la Cour des Comptes souligne « la nécessité d'une action de contrôle plus résolue, s'agissant en particulier des travailleurs indépendants et du secteur agricole » en matière de cotisations sociales.

Cette avancée a été réalisée en corollaire d'un schéma qui avait précédemment ouvert ces possibilités de communication à l'administration fiscale. La Cour des Comptes souligne, en 2019, un manque de contrôles systémiques concernant les professionnels de santé. Les contrôles ciblés sont à étendre à toutes les catégories de professionnels de santé.

De plus, les établissements de santé, dont les facturations répondent à des règles complexes et non pérennes, connaissent peu de contrôles et, plus largement, les ARS soutiennent peu la démarche de sanction lorsque les abus sont constatés.

La Cour souligne le manque de détermination de certains organismes à lutter contre les fraudes, et pointe une fraude sur laquelle la lutte n'est pas à la hauteur de l'enjeu : pour la CPAM, la fraude réalisée par certains professionnels de santé (typologie des fraudes décrite ci-dessus). Ces acteurs représentent 30% des fraudeurs de la sécurité sociale mais 80% des montants fraudés. Les fraudes réalisées par des professionnels de santé représenteraient, selon la Cour des Comptes, 13,4% des infirmiers-libéraux, 5,3% des masseurs-kinésithérapeutes, et 3,3% des médecins généralistes.

Lors de l'audition de la Cour des Comptes, les personnes auditionnées ont indiqué que les procédures de lutte contre les fraudes sont ancrées de manière variable selon les organismes de protection sociale.

La nature des prestations sociales, les conditions d'octroi, ainsi que la nature des fraudes sont tout à fait variables selon les organismes. Aussi, il est concevable que les organismes n'aient pas la même approche. En effet, il est par exemple plus difficile de frauder pour des prestations vieillesse dans la mesure où les calculs sont effectués par des relevés de carrière automatisés. Ainsi, déjà peu ancrées sur un mode déclaratif, les fraudes sont de nature différente à d'autres prestations, plus complexes à mettre en oeuvre et moins nombreuses.

1.3. Résultats

Dans le rapport public annuel de 2018, la Cour des Comptes souligne l'enjeu financier des cotisations sociales à hauteur de 400 milliards d'euros, représentant 61,4% du financement de la protection sociale en France, part du financement par les cotisations nettement supérieures à la moyenne de l'Union Européenne (54%).

Les principales fraudes sont variables selon les branches. Concernant la branche famille, les fraudes réalisées par les allocataires portent principalement sur le RSA, la prime d'activité, et les aides au logement. Concernant la branche vieillesse, les assurés fraudeurs abusent principalement du minimum vieillesse, des pensions de réversion, des pensions versées à l'étranger ; enfin, pour l'assurance maladie, les fraudes réalisées par les professionnels de santé représentent la plus grande part des sommes fraudées.

La COG 2018-2022 entre l'Etat et la CNAM a mis l'accent sur un renforcement de la prévention et de la détection de la fraude. Sur la période 2018-2022, l'objectif fixé à la branche maladie consiste à détecter un montant total de préjudice subi de 1 milliard d'euros (contre 810 M€ sur la période 2014-2017) et d'éviter un montant total de préjudice de 286 M€. Dans la précédente COG, le préjudice évité n'était pas distingué du préjudice subi. Plutôt qu'une augmentation plus significative des objectifs chiffrés inscrits dans la COG, il a été décidé de mieux insérer les actions de lutte contre la fraude dans un cadre unique de dispositif de contrôle interne plus efficient, permettant une identification plus pertinente des risques potentiels de fraude, impliquant l'ensemble des acteurs des branches (cohérence avec les plans de contrôle de l'agent comptable, de l'ordonnateur, ...), s'appuyant sur le développement d'outils de croisement de données (inter-branches, inter-régimes, ...), sur une amélioration des techniques de détection des fraudes (data mining, big data, ...), sur des contrôles davantage centrés sur les forts enjeux financiers et sur un développement des échanges avec les partenaires externes. De plus, il a été demandé à la branche de concentrer une partie de ses efforts sur une politique de prévention à vocation dissuasive et sur une politique de recouvrement des indus frauduleux plus efficace.

Les fraudes aux prestations en espèces pour les pensions et les rentes d'accident du travail sont également visées par la Cour des Comptes comme des fraudes peu détectées par rapport à la fraude estimée.

1.4. Difficultés et propositions

Les organismes sociaux ne bénéficient pas de la transmission automatique des données des partenaires, organisées de manière pertinente (habilitations, données concernées utiles, actualisations, alertes d'incohérences, etc.). Les transactions automatiquement observables seraient un gain en efficacité.

La Cour des Comptes, dans son rapport public de 2018, rappelle la difficulté des URSSAF à contrôler les particuliers-employeurs et à lutter contre la sous-déclaration. Ce phénomène a un impact indirect sur les prestations sociales versées indûment. La difficulté à convoquer, à inspecter au domicile et à obtenir une réponse dans le cadre des démarches de contrôles réalisées par courrier soulève de véritables questions.

En pratique, les branches ne poursuivent pas le recouvrement de la totalité des indus frauduleux mais cantonnent leurs poursuites à 2 ou 3 ans alors que le délai de prescription d'ordre public est fixé à 5 ans.

La difficulté du recouvrement des indus est partagée par les trois branches. Seule la branche vieillesse n'a pas engagé de véritable action pour améliorer ces difficultés. La branche famille a développé des leviers d'actions efficaces pour lutter contre le non recouvrement, et l'assurance maladie a engagé des actions.

Concernant le RSA, le titulaire de la prestation doit déclarer les aides qu'il reçoit de manière régulière de sa famille ou de ses proches. Cette exigence entraîne des questions légitimes : qu'est-ce qu'une aide ? Est-elle uniquement monétaire ou en nature également ? Que recouvre la notion de régularité en termes de périodicité ?

Dans le rapport public annuel de 2018, la Cour des Comptes propose « une révision de la directive européenne » afin de fiabiliser l'attestation d'affiliation, ainsi que le règlement européen sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (actuellement en négociation).

Les objectifs doivent être réévalués dans leurs ambitions en termes de moyens mis en œuvre pour lutter contre la fraude, ainsi qu'en matière de recouvrement.

La Cour des Comptes souligne « les lacunes en matière de circulation de l'information » et la nécessité d'accroître le croisement de données pour les agents habilités, la possibilité de dresser des procès-verbaux, etc.

Le recouvrement des sommes fraudées reste un enjeu et ne s'améliore pas au fil des années.

La Cour des comptes relève la faiblesse durable de contrôle des cotisations, et par effet induit de l'ouverture aux prestations sociales dont ils bénéficient.

Les URSSAF réalisent peu de contrôles pour lutter contre le travail illégal : pas plus de 500 par an pour 2,8 millions de cotisants. Aussi, nous pouvons partager avec la Cour des Comptes la nécessité de renforcer les contrôles de lutte contre les fraudes, dans la prochaine COG, et dans les plans de lutte annuels.

La Cour des comptes a rappelé l'importance d'améliorer la lutte contre les fraudes au travers de plusieurs orientations à engager pleinement :

- Un identifiant NIR unique à la sphère sociale et à la sphère fiscale
- L'abandon du système déclaratif au profit du croisement de données certifiées
- Des contrôles automatisés réalisés a priori
- La dématérialisation des prescriptions
- L'instauration en droit positif des règles jurisprudentielles d'évaluation du préjudice par extrapolation statistique

Par ailleurs, le renforcement des effectifs humains et de l'organisation de la coordination des équipes de lutte contre les fraudes entre organismes est un impératif.

S'agissant des fraudes réalisées par les professionnels de santé, les sanctions, quant à elles, doivent trouver des réponses ordinales et de dé-conventionnement plus régulier en cas de fraude importante.

Les délais d'enquête sont en pratique limités à 2 années, alors qu'un délai de 3 ans est prévu par les textes.

De plus, le recouvrement doit faire l'objet d'une détermination accrue par la voie de la fixation des objectifs, du développement des partenariats, et de l'évolution du cadre légal.

Il convient de soutenir une démarche de lutte contre les fraudes aussi active pour les assurés, les professionnels de santé de toutes catégories et les établissements de santé.

Concernant les fraudes aux couvertures maladie, la CNAM aurait un contrôle facilité si elle avait accès à l'application VISABIO du MAE et réalisait des contrôles renforcés a posteriori. De plus, l'accès aux ressources mensuelles via l'échange de données est nécessaire pour lutter contre les fausses déclarations de ressources et les fraudes à la CMU-C.

Concernant la fraude aux IJ, la prescription en ligne des arrêts de travail, des contrôles sur échantillons aléatoires en cours d'arrêts, l'amélioration de la gestion des convocations, et le contrôle obligatoire des accidents de travail pour les assurés invalides sont des orientations proposées par l'audit réalisé pour la CNAM.

De plus, la DSN devra faciliter la consolidation des informations.

Enfin, la Mise Sous Accord Préalable (MSAP) devrait permettre de mieux gérer les prescriptions médicales de certains médecins. La Cour des Comptes propose de l'étendre à tous les professionnels de santé.

Une définition plus précise de la notion d'« aide régulière » doit être apportée dans la prestation RSA.

La détection des atypies et incohérences doit être accentuée par le croisement de données afin de vérifier la régularité du séjour en France, la stabilité de la résidence, et l'affectation du logement pour les aides au logement.

Le recouplement avec les données figurant dans le fichier FICOBA doit être automatisé pour le stock et le flux des assurés ou allocataires.

En matière de pilotage de lutte contre les fraudes, la Cour des Comptes préconise d'augmenter les objectifs chiffrés lors de la COG et d'accentuer les évaluations externes ; de mieux cartographier les risques pour en dégager les actions de contrôle pertinentes et proportionnées au niveau de risque ; d'améliorer l'efficacité des contrôles sur les professionnels de santé ; de mieux exploiter la base de données ressources mensuelles ; de sécuriser la liquidation des rentes AP/MP en organisant la coordination avec les CARSAT, CAF et services fiscaux, de conditionner le paiement des professionnels de santé ; de renforcer les contrôles a priori ; de renforcer les sanctions et la communication de celles-ci ; de supprimer la rémunération sur objectifs de santé publique pour les praticiens sanctionnés ; de revoir la procédure de dé-conventionnement.

Le législateur a demandé à plusieurs reprises que les montants des prestations sociales figurent au RNCPS. Ils commencent seulement à y être intégrés, alors que la loi le prévoit depuis 2005.

Le passage d'une gestion sur la base déclarative à une gestion sur la base d'informations communiquées par une administration tierce, est une attente partagée par les organismes de prestations sociales, de la branche famille notamment.

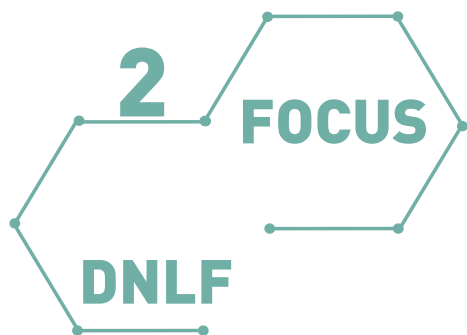
De plus, les consultations étendues sont attendues pour accéder aux données du patrimoine, aux références cadastrales, afin de sécuriser les aides (au logement notamment).

Enfin, l'automatisation de l'échange de données, plus qu'une consultation par requêtage serait une facilitation très concrète dans le quotidien des agents.

Une seule identification sur la base du NIR pour les administrations sociales et fiscales serait facilitante pour le croisement de données.

La lutte contre les fraudes internes doit être renforcée, notamment dans certains organismes où les habilitations des agents sont très larges telles qu'à la CARSAT.

Enfin, la Cour des Comptes insiste sur le fait que le croisement de données, le datamining, et autres outils développés sont à compléter avec une étendue des contrôles sur place et sur pièces.



2.1. État des lieux

La Délégation nationale de lutte contre la fraude (DNLF) est un organisme créé en 2008, constitué d'une douzaine de cadres issus de différentes administrations (budget, travail, affaires sociales, justice, intérieur, caisses de Sécurité sociale et de Pôle emploi), et relayé localement par des CODAF (comités départementaux de lutte contre la fraude). Placée auprès du Premier Ministre, mais pour coordination auprès du ministre de l'Action et des Comptes publics, la DNLF est au coeur du ministère qui organise l'économie générale de la lutte contre la fraude, qu'il s'agisse de la fraude aux cotisations sociales ou de la fraude aux prestations sociales. La DNLF est donc en position idéale pour jouer un rôle au niveau interministériel.

2.2. Moyens de la lutte contre la fraude

L'objectif de la DNLF, laquelle ne doit en aucun cas se substituer ou s'ajouter aux services opérationnels de lutte contre la fraude, est de professionnaliser les démarches d'échanges entre organismes, d'assurer l'absence de déperdition d'informations entre entités, de mettre en évidence les mesures à prendre pour combler les lacunes juridiques ou les failles opérationnelles des dispositifs antifraudes.

Pour exercer ces missions, le plus souvent à caractère transversal, la DNLF, structure resserrée d'impulsion et de coordination, est constituée d'une douzaine de cadres de haut niveau au profil antifraude diversifié. Elle pilote les Comités opérationnels départementaux de lutte contre la fraude CODAF. Ces missions sont réalisées en partenariat notamment avec les administrations des ministères chargés du budget, du travail, de la sécurité sociale, de la santé, de la justice, de l'intérieur, mais aussi des caisses de sécurité sociale et de Pôle emploi.

Parmi les actions conduites par la DNLF avec la DSS, on peut relever que la direction de projet Fraudes, directement rattachée au Directeur de la Sécurité Sociale, veille à la prise en compte de la problématique fraudes dans tous les dossiers portés par la Direction de la Sécurité Sociale et notamment lors de l'élaboration et du suivi des conventions d'objectifs et de gestion conclues avec les caisses nationales.

Outre la co-animation avec la DNLF du Comité de Pilotage de lutte contre la fraude sociale, la DSS assure par ailleurs l'animation de la réunion des référents fraudes des caisses nationales, instance réunissant très régulièrement les experts des caisses. Les thèmes privilégiés couvrent notamment les évolutions de la réglementation et les dispositifs transversaux à concevoir afin d'améliorer l'efficacité collective en matière de prévention et de lutte contre la fraude sociale.

La DNLF assure, dans ses missions, la promotion des échanges d'informations entre les partenaires de la lutte contre la fraude au moyen de projets informatiques structurants dans le respect des principes de la CNIL.

La DNLF reçoit annuellement les statistiques de consultation du Répertoire National Commun des assurés de la Protection Sociale (RNCPS).

La DNLF a également encouragé la réalisation d'un fichier recensant les mesures d'interdiction de gérer pouvant être prononcées par les juridictions civiles, commerciales et pénales (loi du 22 mars 2012).

La DNLF assure aussi le suivi des instruments juridiques de lutte contre la fraude. Au total, 68 mesures ont été prises en quatre ans dans le cadre des lois de finances, ou lois de financement de la sécurité sociale, notamment la procédure de flagrance fiscale, le relèvement des pénalités administratives ou la fermeture administrative pour travail illégal.

La DNLF a également contribué à l'insertion de dispositifs antifraudes dans les Conventions d'objectifs et de gestion (COG) des caisses de sécurité sociale, portant notamment sur l'organisation de la lutte contre la fraude, son évaluation, son suivi ou la délimitation de secteurs prioritaires.

La DNLF renforce son efficacité en assurant la professionnalisation de ses agents, grâce notamment au développement de l'expertise en matière de lutte contre la fraude aux finances publiques par des actions de formation transversales (1 990 agents et 16 635 heures de formation ont pu être effectuées, en 2015, en matière de lutte contre la fraude aux finances publiques) ainsi que par une meilleure connaissance des typologies de fraude.

Enfin, la DNLF assure la coordination et la valorisation de l'action opérationnelle des CODAF, en définissant des orientations locales dans le cadre du plan national de lutte contre la fraude mais aussi en réalisant des bilans réguliers d'activité.

2.3. Résultats

Chaque année, la DNLF remet un rapport d'activité et diffuse outre une cartographie de la fraude, un document reprenant la typologie des dites fraudes.

Dotée de 12 collaborateurs en équivalent temps plein, la DNLF ne dispose d'aucun moyen de contrainte. La pertinence des analyses et des constats se trouve dès lors limitée par ce manque de moyens humains.

Néanmoins la lecture des rapports annuels constitue une source fiable de pistes d'améliorations pour lutter contre les fraudes.

2.4 Difficultés et propositions

Les auditions menées par les rapporteuses ont montré un partenariat utile à l'action de lutte contre les fraudes et l'animation des CODAF, même si la portée pourrait en être renforcée.

Une contribution renforcée, par une mission confiée, relative à l'interconnexion des données entre organismes de protection sociale, la participation à la définition des objectifs et une activité d'audit accentuerait l'efficacité de la lutte contre les fraudes sociales.

L'animation des CODAF, dont l'efficacité est variable selon les territoires, doit pouvoir être renforcée également par des moyens (humains, organisationnels, et financiers) d'animation, de formation et d'accompagnement.

Chaque caisse estime avoir un « métier » spécifique et devoir rester en pilotage de la lutte contre les fraudes qui la concerne. Pourtant, l'idée d'un contrôle externe n'est pas à exclure.

Le renforcement des responsabilités et missions, en lien avec la DINSIC (la Direction Interministérielle du Numérique et du Système d'Information et de Communication) ou le CASD (le Centre d'Accès Sécurisé des Données) est à envisager.



3.1. État des lieux

Tracfin est l'acronyme de « traitement du renseignement financier et action contre les circuits financiers clandestins ». Cette structure est principalement connue pour son travail important dans le cadre de la délinquance financière, la lutte contre le blanchiment et contre le financement du terrorisme. Toutefois, Tracfin est également saisi de cas de fraudes sociales par l'intermédiaire des déclarations de soupçon que l'organisme reçoit, preuve s'il en était besoin de ce que la fraude aux prestations sociales peut rejoindre la criminalité organisée et l'infraction de blanchiment. Ainsi, le

rapport 2018¹ précise : qu' « un traitement spécifique visant les fraudes organisées en réseau conduisant au transfert massif de sommes issues d'allocations perçues en France au titre de multiples bénéficiaires de prestations sociales (essentiellement RSA ou allocation logement) qui les font verser sur des comptes bancaires d'autres personnes « centralisatrices », toutes domiciliées à la même adresse. Après le versement, lesdites sommes font l'objet soit de retrait en espèces en France ou à l'étranger, soit de virement sur des comptes bancaires hors de France (essentiellement en Roumanie) ouverts au nom de tiers »

1 Rapport annuel d'activité TRACFIN, 2018.

Tracfin est un service administratif de traitement du renseignement financier. Il dispose d'une autonomie opérationnelle pour mener à bien ses missions : lutter contre les circuits financiers clandestins, le blanchiment de l'argent et le financement du terrorisme. Pour ce faire, Tracfin recueille, analyse, enrichit et exploite tout renseignement propre à établir l'origine ou la destination délictueuse d'une opération financière à partir des déclarations de soupçon effectuées par les professionnels assujettis ou d'informations reçues par les administrations partenaires et les cellules de renseignements financiers étrangères. Une obligation de déclaration pèse sur les professionnels concernés par la lutte anti-blanchiment.

Tracfin est habilité à traiter des déclarations émanant des professionnels mentionnés à l'article L.561- 2 du code monétaire et financier (CMF). Ces professions, issues du secteur financier (banques, compagnies d'assurances, changeurs manuels...) et non financier (professions du chiffre et du droit, etc.), font parvenir à Tracfin des informations signalant des flux financiers atypiques.

Les déclarations reçues par Tracfin sont de deux types :

- Les déclarations de soupçon : les professions assujetties sont tenues de déclarer les sommes inscrites dans leurs livres, les opérations ou tentatives d'opérations portant sur des sommes dont elles savent, soupçonnent ou ont de bonnes raisons de soupçonner qu'elles proviennent d'une infraction passible d'une peine privative de liberté supérieure à un an ou participent au financement du terrorisme ou d'une fraude fiscale.
- Les communications systématiques d'informations (COSI), qui recouvrent deux types de flux financiers :
 - Les « transmissions de fonds » : pour les établissements de crédit, de paiement, et de monnaie électronique, sont concernées les opérations de transmission de fonds effectuées à partir d'un versement d'espèces ou au moyen de monnaie électronique. Les seuils à partir desquels les informations sont requises sont de 1 000 € par opération et 2 000 € cumulés par client sur un mois calendaire ;
 - Les « Retraits et dépôts d'espèces » : pour les établissements de crédit, de paiement et de monnaie électronique, sont concernés les versements et retraits en espèces, effectués sur un compte de dépôt ou de paiement, dont les montants cumulés sur un mois calendaire dépassent 10 000 € (en euros et/ou en devises).

La déclaration de soupçon doit être réalisée préalablement à l'exécution de la transaction afin, le cas échéant, de permettre à Tracfin d'exercer son droit d'opposition. Dès réception d'une information, elle est analysée et orientée par le département de l'analyse, du renseignement et de l'information. Après cette première phase, Tracfin peut être amené à conduire un travail d'enquête documentaire au moyen « d'actes d'investigations ».

L'enquête a pour objectif de mieux contextualiser le soupçon déclaré et de l'enrichir afin d'évaluer sa pertinence. Parmi ces actes d'investigation, le service peut être amené à envoyer des droits de communication à toute personne assujettie au dispositif de lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme et susceptible de détenir des informations intéressant un dossier en cours. Les informations obtenues dans le cadre de l'exercice d'un droit de communication bénéficient des mêmes règles de confidentialité que celles transmises dans les déclarations de soupçon.

L'internationalisation des flux financiers, et donc des circuits de blanchiment, ont rendu nécessaires le développement de la coopération internationale de Tracfin avec ses homologues étrangers. Dans ce cadre, Tracfin communique avec les cellules de renseignement étrangères (CRF) par le biais de réseaux de communication sécurisés. Ceux-ci permettent de communiquer des informations de manière chiffrée entre les 28 CRF de l'Union européenne, et au-delà de l'UE, avec 164 CRF du groupe Egmont.

Après finalisation de l'enquête, les informations sont externalisées sous forme de notes :

- à l'autorité judiciaire
- aux autres partenaires (administrations, services de renseignement, cellules de renseignement financier étrangères).

Tracfin a pour mission de recueillir, analyser et exploiter le renseignement financier. En 2018, Tracfin a reçu et analysé 79 376 informations (+12 % en 1 an, +75 % en 3 ans). Le service a réalisé 14 554 enquêtes, issues d'informations reçues en 2018 ou antérieurement.

Ces enquêtes ont débouché sur l'externalisation de 3 282 notes, soit 948 notes à l'autorité judiciaire (dont 469 notes portant sur une présomption d'une ou plusieurs infractions pénales permettant d'initier une enquête policière) et 2 334 notes aux administrations partenaires (administrations fiscales, sociales, douanières et services de renseignement) soit une hausse de 26 % de notes d'informations diffusées à ses partenaires.

3.2. Moyens de la lutte contre la fraude

Au 31 décembre 2018, le service était composé de 166 agents dont 8 agents de liaison mis à disposition de Tracfin par leur administration d'origine. Placé aux confins des différents services, Tracfin occupe une place particulière et précieuse au sein de la communauté du renseignement et fait profiter ses partenaires de ses compétences. Ce n'est pas un hasard si ce service a connu une augmentation importante, et légitime, d'effectifs compte tenu des résultats obtenus et de l'efficacité des procédures mises en place, y compris dans le domaine de la lutte contre la fraude sociale.

L'action opérationnelle du Service s'organise autour de trois départements et une division :

- Le département de l'analyse, du renseignement et de l'information est composé de trois divisions. Il est chargé, notamment, de l'orientation et des premières analyses des déclarations et des informations de soupçon, de l'analyse opérationnelle du renseignement financier et des relations avec les professionnels déclarants assujettis au dispositif de lutte anti-blanchiment et les administrations publiques. Trois policiers de liaison (DGFIP, ACPR et ACOSS) sont intégrés dans ce département ;
- Le département des enquêtes regroupe cinq divisions qui assurent les investigations approfondies nécessaires au traitement des affaires le justifiant, sur l'ensemble des typologies de blanchiment. Au sein de ce département, chaque division comprend une cellule spécialisée : secteur des jeux, circuits financiers non-bancarisés, prédation économique et financière, montages juridiques complexes et cybercriminalité financière ;
- Le département international s'articule autour de deux missions principales : le développement des relations opérationnelles bilatérales avec les cellules de renseignement financier étrangères, une division est dédiée à cette coopération ; une participation active aux travaux des différentes institutions internationales impliquées dans la lutte contre la criminalité financière, mission suivie par une cellule dédiée de deux chargés de mission.
- La division de lutte contre le financement du terrorisme

Le département juridique et judiciaire assure une mission d'expertise et d'appui juridique et judiciaire pour tous les dossiers relevant de la compétence des services. Le conseiller juridique est chargé de donner un avis consultatif indépendant du directeur sur la caractérisation des faits susceptibles de constituer l'infraction de blanchiment. Quatre policiers de liaison (Police nationale, Gendarmerie nationale, Office central de répression de la grande délinquance financière et Douane) y sont intégrés.

Le département des systèmes d'information est chargé du fonctionnement et des évolutions des systèmes d'information de Tracfin, conformément aux attentes des utilisateurs et à la réglementation en vigueur.

La cellule d'analyse stratégique (CAS) exploite les informations disponibles afin d'identifier des tendances en matière de blanchiment de capitaux et de financement du terrorisme.

Les fonctions supports sont assurées par le département des affaires administratives et financières (DAAF).

3.3. Résultats

Dans son dernier rapport TRACFIN relève la persistance de la fraude sociale (2018).

La progression de TRACFIN dans ce secteur est constante en raison d'une meilleure coopération entre TRACFIN, les déclarants et les organismes concernés.

Cette coopération a été favorisée par le recrutement en 2015 d'un officier de liaison dédié aux relations avec l'ACOSS, lui-même inspecteur du recouvrement URSSAF.

En 2017, TRACFIN a transmis 223 dossiers aux organismes de protection sociale, soit une augmentation de 35% par rapport à 2016. Le nombre de notes sociales transmises par TRACFIN a doublé depuis 2015.

Les typologies de fraudes se répartissent entre la fraude aux cotisations (travail dissimulé etc) et fraudes aux prestations, perceptions d'allocation chômage en parallèle d'un travail non déclaré, fraude à la résidence, schémas de comptes collecteurs aux prestations indues.

Il s'agit principalement des fraudes aux prestations suivantes : activité non déclarée effectuée de manière régulière parallèlement à la perception d'allocation-chômage, du RSA ou autres allocations soumises à condition de ressources, fraude à la résidence en France, soupçon de détournement de prestations de retraite dans un schéma de comptes collecteurs et concernant les professionnels de santé, fraude aux mutuelles complémentaires.

Le montant des droits notifiés après les contrôles réalisés par l'ACOSS, principal destinataire en matière de fraude sociale sur la base des notes de renseignements Tracfin, s'élève à : 187 748 570 € pour 341 dossiers depuis 2012.

3.4. Difficultés et propositions

Les rapporteuses proposent une meilleure formation des responsables des organismes de sécurité sociale à la détection de la fraude et à la culture du signalement.

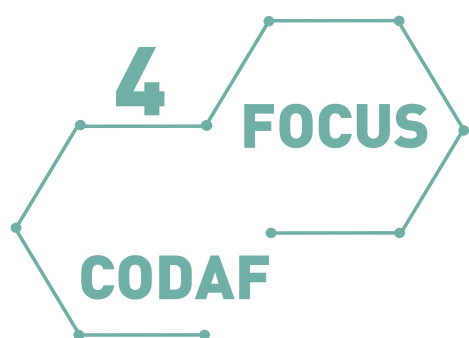
En effet, TRACFIN collecte des signalements qui doivent être précis pour permettre un traitement efficace.

De la même façon, les rapporteuses proposent la mise en place, dans le cadre de l'ACPR, d'une procédure interne aux banques pour qu'elles instaurent une alerte dans les cas suivants :

- en cas de comptes crédités par des prestations sociales et inactifs pendant plus de 3 mois ;
- en cas de virements réguliers sur un compte à l'étranger.

Les rapporteuses proposent aussi l'interdiction d'un règlement direct sur un compte étranger et le versement obligatoire préalable sur un compte ouvert dans une banque française.

Elles proposent aussi une vigilance accrue dans le cadre de la transposition de la 5ème directive lutte contre le blanchiment et financement du terrorisme.



4.1. État des lieux

Les comités opérationnels départementaux anti-fraude (CODAF) réunissent, sous la co-présidence du préfet de département et du procureur de la République du chef-lieu du département, les services de l'État (police, gendarmerie, administrations préfectorale, fiscale, douanière et du travail) et les organismes locaux de protection sociale (Pôle emploi, URSSAF, caisses d'allocations familiales, d'assurance maladie et de retraite, le régime social des indépendants (RSI), la MSA) afin d'apporter une réponse globale et concertée aux phénomènes de fraude, qu'ils concernent les pré-

lèvements obligatoires ou les prestations sociales. Leur mission est d'améliorer la connaissance réciproque entre les services, d'organiser des opérations conjointes et des échanges de renseignements, de proposer des formations et de partager les expériences afin d'améliorer l'efficacité de la lutte contre toutes les fraudes. Les comités locaux de lutte contre la fraude aux finances publiques ont été créés à titre expérimental par le décret du 18 avril 2008, modifié simultanément à la création de la DNLF. En mars 2010, à la fin de l'expérimentation, les CODAF sont créés. Ils sont compétents sur les fraudes sociales, les fraudes fiscales et douanières, ainsi que sur le travail illégal. Ils sont animés par la DNLF. L'action continue de la DNLF en matière de coordination des actions de lutte anti-fraude des administrations et des organismes sociaux a également permis de mobiliser ceux-ci, avec des résultats en très forte progression depuis la création de cette nouvelle délégation en 2008.

La DNLF pilote l'action des CODAF en assurant un support technique et juridique aux comités, leur suggérant également des pistes d'actions, avec des chargés de mission dédiés (un magistrat et un commissaire divisionnaire de police), qui se déplacent sur le terrain pour animer les CODAF et répondent quotidiennement aux sollicitations des agents du terrain.

4.2. Moyens de la lutte contre la fraude

La composition, dans chaque département, des comités de lutte contre la fraude est fixée par un arrêté daté du 25 mars 2010 (publication JORF n°0072 du 26 mars 2010 page 6015, texte n° 30).

Ainsi, siègent au sein des comités de lutte contre la fraude, dans chaque département :

- Les procureurs de la République du département ou leurs représentants ;
- les chefs de services préfectoraux compétents en matière de lutte contre la fraude ;
- Les autorités compétentes de la police nationale ;
- Les autorités compétentes de la gendarmerie nationale ;
- Les autorités compétentes de la direction générale des finances publiques ;
- Les autorités compétentes de la direction générale des douanes et droits indirects ;
- Le directeur régional des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi ou son représentant ;
- Les directeurs des organismes locaux de sécurité sociale du régime général, du régime social des indépendants et du régime agricole ou leurs représentants ;
- Un responsable coordonnateur désigné par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés
- Le directeur régional de Pôle emploi ou son représentant ;
- Dans les départements de la région Ile-de-France, le directeur de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés ou son représentant ;
- Dans les départements des Hauts-de-Seine, de la Seine-Saint-Denis et du Val-de-Marne, un représentant du préfet de police.

Les CODAF détectent principalement des fraudes grâce aux opérations concertées et accessoirement après un signalement des partenaires. Les opérations conjointes - s'effectuant dans la plupart des cas dans le cadre d'une procédure judiciaire - concernent essentiellement :

- Le travail illégal
- Les fraudes des professionnels de santé : actes fictifs, fraude des fournisseurs d'équipements médicaux, facturations multiples... ;
- Le contrôle des transporteurs sanitaires : ambulances, taxis, Véhicules sanitaires légers (VSL) ;
- Les fraudes des professionnels de la santé : actes fictifs, fraude des fournisseurs d'équipements médicaux, facturations multiples... ;
- La fraude à la résidence (minimum vieillesse, RSA, APL, CMU-C...) ;
- Le trafic de médicaments : fausses ordonnances et consultations multiples ;
- Les fraudes à l'identité : prêt d'une identité pour travailler et utilisation de faux.

La deuxième mission opérationnelle du CODAF consiste à détecter des fraudes à partir des signalements des partenaires et de l'organisation de la coopération :

- Indemnités journalières : bulletins de paie non déclarés à l'URSSAF, travail en percevant des indemnités journalières ;
- Signalements entre les administrations fiscales et douanières ;
- Signalements des services des impôts à l'URSSAF (redressements fiscaux et rehaussement de cotisations) et vice versa ;
- Signalements des services de police et de gendarmerie à l'administration des impôts ;
- Transmission par les services de police et de gendarmerie des procédures de travail dissimulé aux organismes de recouvrement (URSSAF et MSA) ;
- Transmission par l'URSSAF de la liste des salariés dissimulés aux organismes prestataires (Pôle emploi, CAF, CPAM, CARSAT, MSA) afin de vérifier les droits des salariés ;
- Fraude à la CMU-C détectée par les CPAM à la suite d'un signalement par la CAF (fraude au RSA).

4.3. Résultats

L'année 2017 se caractérise par une activité particulièrement soutenue des CODAF : 6 956 contrôles conjoints ont été organisés en matière de travail illégal mais aussi hors travail illégal. Il a par ailleurs été procédé à 15 385 échanges d'informations entre partenaires.

En 2017 l'impact financier des opérations CODAF pour l'administration fiscale est en forte hausse avec un total de 154,46 M€ (droits et taxes redressés et sanctions prononcées) contre 137,81 M€ en 2016. Dans un autre domaine, la poursuite de la mise en œuvre dans les départements du protocole du 6 février 2013 initié par la DNLF entre CNAF, DGPN et DGGN a conduit à une augmentation sensible des redressements (7.8 M€ en 2017 contre 6.46 M€ en 2016) opérés par les CAF suite à signalements de suspicion de fraude transmis par les services de police et de gendarmerie.

Le montant total des actions conjointes mises en œuvre ainsi que des signalements émis entre partenaires attestent du dynamisme des CODAF : 22 341 actions CODAF (6 956 actions conjointes et 15 385 signalements) en 2017. On note une forte progression des signalements entre partenaires en 2017 (15 385 en 2017 contre 13 443 en 2016).

Les dossiers partagés au sein des CODAF sont très largement apportés par les CAF. En Meurthe-et-Moselle par exemple, sur les 477 dossiers étudiés en 2018, 254 ont été apportés par la CAF et 91 par les partenaires (10 par Pôle Emploi, 1 par les URSSAF par exemple).

4.4. Difficultés et propositions

Les textes régissant la composition des CODAF ne prévoient pas d'y inclure l'Association pour la gestion du régime de Garantie des créances des Salariés (AGS). Aussi, il est à ce jour de la libre organisation des CODAF d'accepter leur implication et partage dans ce contexte.

Le Préfet n'est pas co-président du CODAF dit « restreint ». Désigné dans l'arrêté datant du 25 mars 2010, il n'est pas prévu comme tel dans le CODAF opérationnel. En effet, l'article 8 du décret n° 2010-333 du 25 mars 2010 modifiant le décret n° 2008-371 du 18 avril 2008 relatif à la coordination de la lutte contre les fraudes et créant une délégation nationale à la lutte contre la fraude, prévoit que « le comité est convoqué en formation restreinte par le procureur de la République territorialement compétent chaque fois que la mise en œuvre d'une action judiciaire l'exige ». Bien que ce texte prévoit également la présence d'un représentant du Préfet, on comprend difficilement pourquoi ce comité dit restreint ne serait pas co-présidé par le Préfet en sa qualité de coordinateur des différents services de l'Etat. Aussi, le pilotage du CODAF restreint doit être, comme pour le CODAF plénier, en double responsabilité : sa présidence doit être assurée conjointement par le Préfet et le procureur de la République.

L'animation des CODAF au niveau national est réalisée tous les ans.

Les CODAF rencontrent souvent des difficultés à coordonner leurs actions et leur coopération dans le cadre de l'application de l'article L.121-1,2° du Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile (CESADA) qui dispose que « sauf si sa présence constitue une menace pour l'ordre public, tout citoyen de l'Union européenne, tout ressortissant d'un autre Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen ou de la Confédération helvétique a le droit de séjourner en France pour une durée supérieure à trois mois (...) s'il dispose pour lui et pour les membres de sa famille (...) de ressources suffisantes afin de ne pas devenir une charge pour le système d'assistance sociale, ainsi que d'une assurance maladie ». En matière de lutte contre la fraude sociale, cet article doit pouvoir servir de base légale pour coordonner les actions des différents partenaires.

Le développement du statut d'autoentrepreneur pose un certain nombre de difficultés de contrôle aux CODAF notamment, les fausses déclarations de grossesse, des détournements de comptes bancaires, de faux actes de naissance/fausses filiations/fausses cartes d'identité, mais encore d'allocations basées sur des certificats scolaires frauduleux, ou des fausses déclarations en matière de résidence. Les rapporteurs proposent que les prestations ne soient pas versées sous condition de durée d'inscription mais de cotisations effectivement réalisées.

La poursuite des fraudes en matière de logement indigne s'articule autour d'une coopération organisée par le CODAF impliquant l'ARS, la DDTM, DDCS, les métropoles ou communautés de communes et les communes. Les contrôles coordonnés doivent également être supportés par une volonté politique afin que les collectivités soient parties prenantes dans ces démarches.

La sensibilisation des bailleurs sociaux et des collectivités dans la lutte contre le logement indigne, sur les pouvoirs du CODAF et la collaboration à instaurer entre les acteurs, est à renforcer afin d'organiser l'identification des propriétaires de ces logements indignes et les contrôles conjoints ARS/commune.

Des dispositions sont à prévoir afin d'élargir le champ de missions du logement indigne aux CODAF et d'ajouter les ARS aux partenaires permanents. En effet au-delà de l'enjeu de lutte contre l'habitat indigne, les ARS ont un rôle à jouer avec la CPAM concernant la lutte contre les fraudes réalisées par des professionnels de santé ou des établissements de santé.

Il convient de modifier les dispositions de l'article 1 de l'arrêté du 25 mars 2010 fixant la composition dans chaque département des comités de lutte contre la fraude, afin d'y inclure l'AGS dans la composition des CODAF. En effet, le régime de l'AGS n'est pas fixé par le code de la sécurité sociale mais par celui du code du travail et du code de commerce.

L'organisation d'un travail de coopération avec les établissements proposant des comptes Nickel, les hôpitaux, les vérifications internationales, mais également la formation à la détection de faux documents doit être accentuée.

Une animation nationale des CODAF doit être renforcée, par des informations régulières et des rendez-vous semestriels.

En effet, un séminaire annuel ne semble pas permettre d'animer efficacement le partage de pratiques, de difficultés et la construction d'évolutions partagées.

Les rapporteuses proposent qu'une rencontre nationale regroupant tous les CODAF se tienne dès fin 2019, en présence des membres du gouvernement compétents en matière de lutte contre les fraudes.

Il convient d'organiser des tables rondes thématiques desquelles seraient issues des propositions de groupe pour accompagner le renforcement des coordinations des CODAF sur les territoires.

Une souplesse dans l'organisation départementale reste nécessaire afin de s'ajuster aux fraudes plus fréquemment développées sur certains territoires (fraudes frontalières, entreprises éphémères, etc.). Les CODAF doivent organiser leurs ciblage et pilotages de requêtes qui, par croisements, permettront de mieux détecter en amont les incohérences et d'organiser au plus tôt les liens entre organismes.

Il convient de relever que les CODAF, organisés selon un rythme variable selon les territoires manquent d'un agenda coordonné de réunion et d'outils d'échanges afin de faciliter la réactivité face à la fraude. Certaines fraudes détectées, donnent lieu à une remontée d'informations au secrétaire du CODAF, qui le met à l'ordre du jour de la prochaine réunion. Organisée ainsi, la réactivité est relative et le temps de coordination s'ajoute au délai du calendrier du CODAF. Le montant fraudé augmente donc avant coordination des acteurs. Ainsi, il apparaît tout à fait nécessaire d'imposer une réunion trimestrielle des CODAF dans chaque département afin d'accentuer l'avancée des partenariats et des dossiers suivis.

Les CODAF doivent renforcer leur travail sur la lutte contre les fraudes sociales, et notamment aux prestations sociales. Les échanges sont souvent orientés davantage autour des problématiques de fraudes fiscales et de travail dissimulé.

3. Sécuriser les poursuites contre les fraudeurs et assurer l'application du droit y compris le « droit au droits »

3.1. Etat des lieux

Il n'y a pas de lutte contre la fraude sans poursuites et sans condamnations.

Les auditions ont montré les difficultés de poursuivre les fraudeurs, soit en raison de la découverte tardive de la fraude, soit en raison de la disparition ou de l'insolvabilité organisée ou non du fraudeur. L'absence de détection précoce, plusieurs fois signalée, ainsi que la surcharge des parquets et de tribunaux, contribuent au sentiment d'impunité.

Les poursuites en matière de fraude sociale sont évidemment contraintes par les moyens de la justice et victimes des mêmes failles : manque de budget, encombrement des parquets notamment. Cette lutte contre la fraude sociale, et particulièrement celle aux cotisations sociales, est également pénalisée par le manque de coordination entre les différents organismes et notamment les Tribunaux de Commerce et les mandataires judiciaires.

Depuis le 1er janvier 2019, des Cours d'Appel sont spécialement désignées pour les recours en matière de contentieux de la sécurité sociale et de l'aide sociale. Les juridictions ainsi désignées ont la possibilité de constituer en leur sein un pôle spécialisé dans le traitement de ces contentieux, dit «[pôle social](#)». Une désignation de l'ensemble des Cours d'Appel et des tribunaux de grande instance n'aurait pas été conforme à la lettre du texte qui impose des désignations spéciales, nécessairement distinctes de celles qui seraient du droit commun de l'organisation judiciaire. Publié au [Journal officiel](#) du 6 septembre 2018, [le décret n°2018-772](#) du 4 septembre 2018 procède à ces désignations. Il est entré en vigueur le 1er janvier 2019.

Tout en se conformant aux dispositions de l'article L.211-16 nouveau du code de l'organisation judiciaire qui prévoient que des tribunaux de grande instance seront «spécialement désignés», le choix a été fait de conserver, voire de renforcer le maillage actuel des tribunaux des affaires de sécurité sociale (TASS) de façon à continuer d'assurer un service de proximité. Au total, ce sont 116 TGI qui sont compétents depuis le 1er janvier 2019.

Par principe, chaque TGI dans le ressort duquel un TASS (régime général) avait jusqu'ici son siège, a été désigné, y compris dans les départements comportant plusieurs TGI et TASS dits «infra-départementaux». Les situations particulières sont :

- deux départements (la Manche et la Meurthe-et-Moselle) dans lesquels, le TASS et le TGI n'étant pas situés dans la même localité (respectivement Saint-Lô et Coutances, Longwy et Val-de-Briey), la mise en œuvre de la réforme emportera nécessairement une adaptation du maillage et le transfert à quelques kilomètres de l'activité contentieuse
- le département du Var, siège de deux TASS, l'un à Toulon, l'autre à Draguignan, lequel est compétent uniquement pour le régime agricole, de sorte que seul le TGI de Toulon sera désigné pour l'ensemble du département
- le département de la Marne dans lequel seront désignés non seulement le TGI de Reims, siège actuel du TASS, mais aussi le TGI de Châlons-en-Champagne, siège du TCI.

La mise en œuvre de la réforme devrait permettre une plus grande proximité de la justice en ce que le contentieux technique de la sécurité sociale sera traité par chacun des TGI désignés et non plus par seulement 26 tribunaux du contentieux de l'incapacité. De même, chaque TGI désigné aura désormais compétence pour connaître des recours en matière d'aide sociale dès lors qu'ils relèveront du juge judiciaire ainsi que de l'ensemble du contentieux de la sécurité sociale, y compris pour les professions agricoles.

Le transfert des contentieux aux TGI permettra également de mettre fin aux critiques dont souffraient les juridictions sociales par une plus grande professionnalisation et une amélioration du service rendu à des justiciables souvent en situation de grande fragilité.

En appel, le législateur a entendu limiter le nombre de Cours d'Appel désignées afin de créer des pôles de compétence et a renvoyé à un décret le soin de fixer la liste des juridictions en tenant compte du volume du contentieux et des conditions d'accessibilité pour les justiciables.

L'analyse comparée sur les huit dernières années de l'activité des Cours d'Appel en matière de contentieux de la sécurité sociale (sur appels des décisions des TASS) laisse apparaître que cinq d'entre elles ont présenté une activité plus réduite, inférieure à 200 affaires nouvelles par an, qui justifie leur rattachement à une Cour limitrophe afin de favoriser l'émergence d'un pôle de compétence.

Ce sont ainsi 24 Cours d'Appel en métropole (+ 4 cours ultra-marines) que le décret désigne, moyennant les rapprochements suivants :

- rattachement du ressort d'Agen à Toulouse
- rattachement du ressort de Bourges à Orléans
- rattachement du ressort de Chambéry à Grenoble
- rattachement du ressort de Limoges à Poitiers
- rattachement du ressort de Reims à Nancy

Le fait que la Cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance de l'accident du travail ([CNITAAT](#)) ait son siège à Amiens et que les magistrats la composant soient affectés à la Cour d'Appel d'Amiens, laquelle a déjà été désignée par un [décret du 5 janvier 2017](#) pour connaître au niveau national du contentieux de la tarification, justifie enfin le rattachement du ressort de la Cour d'Appel de Douai à la Cour d'Amiens.

Il convient de noter que le contentieux technique de la sécurité sociale - déjà rapproché des justiciables en 1ère instance - relèvera désormais, non plus d'une juridiction unique, compétente sur l'ensemble du territoire national (CNITAAT), mais de chacune des Cours d'Appel désignées. Il en sera de même du contentieux de l'aide sociale qui ne relèvera plus, en appel, de la commission centrale de l'aide sociale (CCAS, mais de chacune de ces Cours. Les désignations ainsi intervenues, porteront exclusivement sur le contentieux de la protection sociale et ne concerneront, en aucun cas, le contentieux social dont les chambres sociales de l'ensemble des Cours d'Appel continueront à connaître sur appels des décisions des Conseils de Prud'hommes.

3.2. Propositions

Les rapporteuses proposent deux types de préconisations, des préconisations techniques d'une part et des améliorations d'autre part.

Les rapporteuses proposent d'une part de sanctuariser les budgets consacrés à cette réforme. Pour le PLF 2019, le budget du Ministère de la Justice (programme 166) bénéficiait du transfert de 11 millions d'euros de la part du Ministère des Affaires sociales pour la constitution des pôles sociaux (essentiellement du personnel). Voir [avis budgétaire](#) d'Yves Détraigne p. 7. Pour le PLF 2020 1,57 millions d'euros de mesures de transfert de crédits sont prévus (voir [projet annuel de performance justice](#) p. 58).

Elles proposent aussi qu'une évaluation de la mise en place de ce nouveau dispositif soit faite à partir de 2020, mais que d'ores et déjà, un point de contact soit ouvert au Ministère de la Justice pour connaître des difficultés de mise en place de ce dispositif, en liaison avec les CODAF.

Les rapporteuses proposent qu'une étude soit menée pour unifier le contentieux des affaires sociales. En effet, la répartition des compétences entre les tribunaux de l'ordre judiciaire et ceux de l'ordre administratif complexifie l'accès au droit et l'efficacité des poursuites, comme l'indique le Défenseur des Droits.

Elles proposent aussi qu'une évaluation de la mise en place de ce nouveau dispositif soit faite à partir de 2020, mais que d'ores et déjà, un point de contact soit ouvert au Ministère de la Justice pour connaître des difficultés de mise en place de ce dispositif, en liaison avec les CODAF.

Les rapporteuses proposent qu'une étude soit menée pour unifier le contentieux des affaires sociales. En effet, la répartition des compétences entre les tribunaux de l'ordre judiciaire et ceux de l'ordre administratif complexifie l'accès au droit et l'efficacité des poursuites, comme l'indique le Défenseur des Droits.

Les rapporteuses proposent aussi un suivi de la mise en place de la loi du 18 novembre 2016.

La justice républicaine, c'est aussi faciliter l'accès au droit. Ce domaine n'échappe pas aux propositions d'une meilleure coordination, notamment pour la prévention et la détection précoce de la fraude aux cotisations et de la fraude résultant de la profusion des entreprises éphémères.

Ainsi les rapporteuses émettent quelques propositions qui concernent également la justice commerciale. Permettre aux mandataires judiciaires, dans le cadre de leur rôle d'enquête, d'analyse et de sanction (seuls les mandataires judiciaires et les procureurs peuvent engager des sanctions), de pouvoir accéder rapidement aux fichiers des organismes sociaux et fiscaux, ainsi qu'aux documents des greffes.

En effet, depuis le début de l'année 2019 et la mise du RGPD, les demandes d'informations écrites des Etudes auprès des organismes sociaux ne semblent plus bénéficier de réponses. Les mandataires judiciaires ont signalé au CNAJMJ la difficulté qu'ils rencontrent pour avoir accès aux fichiers des organismes sociaux, principalement pour connaître l'existence de salariés dans les entreprises en procédure collective afin de rapidement les prendre en charge.

L'accès aux informations provenant des fichiers sociaux et fiscaux permettrait aux mandataires judiciaires, assermentés, d'anticiper et dénoncer les fraudes dont ils auraient ainsi connaissance.

Par ailleurs, une meilleure coopération serait souhaitable en amont entre les huissiers et les mandataires, les mandataires judiciaires et les greffes des tribunaux de commerce ou de grande instance en cas d'assignations multiples d'une même société pour vérifier sa situation financière et son activité réelle et permettre la détection précoce à une fin d'activité frauduleuse.

Cette proposition rejoint le fonctionnement belge du Bureau commun des huissiers.

4. Situation de la coopération européenne et internationale

La lutte contre la fraude transfrontalière s'appuie sur un cadre juridique qui assoit la coopération européenne. L'article L114-22 du Code de la sécurité sociale prévoit que « les organismes chargés de la gestion d'un régime obligatoire de sécurité sociale et du recouvrement des cotisations de sécurité sociale ou du service des allocations et prestations mentionnées au présent code, ainsi que Pôle emploi, peuvent échanger des données à caractère personnel, y compris des données relatives aux revenus des personnes, avec les organismes et institutions chargés de la gestion d'un régime équivalent au sein d'un Etat membre de l'Union européenne, d'un autre Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen ou d'un Etat inscrit sur une liste fixée par voie réglementaire sous réserve qu'il impose à ces organismes et institutions des conditions de protection des données à caractère personnel équivalentes à celles existant en France, aux fins de : 1° Déterminer la législation applicable et prévenir ou sanctionner le cumul indu de prestations ; 2° Déterminer l'éligibilité aux prestations et contrôler le droit au bénéfice de prestations lié à la résidence, à l'appréciation des ressources, à l'exercice ou non d'une activité professionnelle et à la composition de la famille; 3° Procéder au recouvrement des cotisations et contributions dues et contrôler leur assiette. »

Cette base juridique permet d'ouvrir à des coopérations renforcées intéressantes.

De plus, le règlement (CE) N°987/2009 du Parlement Européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du règlement n°883/2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale prévoit l'échange de données telles que les coordonnées (y compris électroniques). Ce règlement a pour objectif de définir les bases juridiques possibles et de prévoir les dispositions dans lesquelles ces échanges peuvent s'exercer.

Lors d'une table ronde organisée au Sénat par les rapporteuses le 30 juillet 2019, des démarches intéressantes de coopération ont été présentées.

Ainsi, l'Ambassade de Belgique a présenté sa politique frontalière pour lutter plus efficacement contre les fraudes sociales et jouer « un rôle de pionnier à l'égard de l'Union européenne ». Les pays du Benelux développent des initiatives et mesures conjointes. Celles-ci impliquent principalement les services d'inspection et de contrôle nationaux qui sont confrontés à des restrictions territoriales relatives à l'application des mécanismes de contrôle. Sur la base d'une coopération concrète et d'un échange rapide et sûr d'informations stratégiques et opérationnelles entre les parties concernées, de nombreux cas de fraude et de dumping social peuvent être détectés et résolus. Cette démarche, intitulée Banque Carrefour, est une plateforme d'interconnexion des données entre organismes et administrations, sans stockage des données, qui restent stockées au sein de chaque institution afin de renforcer la sécurisation des données.

De plus, un projet pilote relatif à la fraude aux prestations sociales, a été signé le 9 avril 2018 en coopération avec la Belgique et les Pays-Bas. Il consiste à organiser l'échange de données électroniques pour améliorer l'application de la législation de sécurité sociale. Les signataires proposent désormais d'élargir le projet pilote à d'autres services concernés et/ou pays du Benelux, ou des pays frontaliers.

D'autres pays, tels que l'Espagne, Monaco, l'Allemagne et le Luxembourg soutiennent cette démarche de coopération en matière de lutte contre les fraudes avec la France.

Eviter la double prestation est un objectif partagé par les pays membres de l'UE. Il pourrait s'organiser plus efficacement par le partage de données. Ainsi, une centralisation des prestations sociales sur le RNCPS pour interagir avec les pays frontaliers contribuerait à améliorer l'efficacité de la lutte contre la fraude. Des démarches ont été engagées entre la France et des pays frontaliers.

L'indemnisation chômage, malgré une activité rémunérée dans le pays frontalier, est une fraude couramment constatée car l'information relative à la période d'activité n'est pas partagée entre organismes frontaliers. Rappelons que la CPAM reçoit cette information dans le cadre de sa prise en charge via le formulaire S072, et qu'un partage de cette information, qui comprend l'identification de la personne, son adresse, l'entreprise employeur, et la période d'activité concernée, pourrait être fait aux organismes sociaux et Pôle Emploi.

La difficulté se posera dans les situations de doubles nationalités.

Il convient également d'assurer un meilleur suivi des formulaires attestant de la législation applicable au travailleur qui n'est pas affilié dans le pays de travail (formulaire A1). Sur la base des contrôles effectués pour lutter contre le dumping social, le ciblage effectué au travers du datamining et du croisement de données doit être renforcé.

Une collaboration renforcée entre les pays frontaliers des services d'inspection doit être mise en place afin d'organiser des enquêtes conjointes. Ainsi les OPS et les services d'enquête pourront améliorer les échanges et croisement de données de contrôles.

Les indemnités d'incapacité de travail, versées sous forme d'indemnités journalières (IJ) ou d'une pension/rente payées par la CPAM et accordées au titulaire par un médecin traitant, doivent faire l'objet d'une démarche vis-à-vis de l'OPS. Le contrôle de ces situations est à renforcer et la procédure de vérification documentaire à consolider (l'attestation sur l'honneur ouvre à des voies de fraudes trop importantes).

Les accords bilatéraux ou conventions bilatérales doivent être multipliés. Sur l'exemple de la convention bilatérale réalisée avec la Belgique, un accord de coopération opérationnel entre les services de contrôle des OPS permettra de faciliter les contrôles sur le territoire, des enquêtes conjointes, de la vérification de non versement de prestations sociales en doublon. L'échange de données systématisé et les bonnes pratiques partagées doivent être mis en place.

5. Exemples européens

5.1. Banque de données Carrefour de la sécurité sociale en Belgique (BCSS)

La banque de données de la sécurité sociale belge est la véritable e-administration, une plateforme qui organise l'interconnexion des données des organismes de protection sociale, sans les stocker. Sur le principe de « dites-le nous une fois », l'actualisation des données alimente chaque organisme en simultané et empêche des écarts de déclarations, erreurs ou fraudes, en y effectuant contrôles et recoupement de données.

Instituée par la loi du 15 janvier 1990, cette plateforme a peu à peu élargi la surface de son interface de liaison entre les partenaires.

Elle a pour intérêt tout particulier de permettre de sortir du déclaratif effectué selon la demande et l'organisme, de limiter le non-recours aux droits par une simplification, d'instaurer le « dites-le nous une fois » et de faciliter la relation du citoyen à son administration, de faciliter la mise à jour des informations pour les administrations, d'automatiser le partage de données, et d'organiser de fait la coopération entre institutions.

A ce jour, 49 services sont interconnectés pour 19 millions de personnes inscrites dans leur registre national. Il paraît tout à fait intéressant de relever que non seulement cette organisation de l'échange de données a eu pour effet de lutter contre les fraudes avec des fraudes évitées massivement (1,7 Mds d'euros annuels), mais elle permet également de lutter efficacement contre le non-recours aux droits.

La CPVP, autorité s'approchant de notre CNIL, a autorisé ce partage de données, dès 1991, sans que cela ait posé de difficulté particulière en Belgique. Le premier principe vise à s'assurer que les demandes sont ciblées et proportionnelles à l'objectif visé. Le second principe est que la sécurisation de ces données est renforcée par un réseau de fibres optiques dédié et fermé. L'intrusion dans le réseau nécessite donc de se brancher en direct sur le réseau/câblage.

Enfin, un certain nombre de sécurisations ont été organisées afin de : vérifier l'identité de la personne via son identifiant qui organise l'interconnexion de multiples données ; confirmer la disponibilité de la donnée demandée ; s'assurer des habilitations du demandeur pour obtenir les informations.

Cette démarche de simplification s'est progressivement étendue, à de nouveaux partenaires, à de nouvelles données, mais aussi à de nouvelles dématérialisations. Depuis 2014, la e-carte d'identité dématérialise la carte de sécurité sociale (carte vitale en France), et est désormais fusionnée avec la carte d'identité. Les enfants de moins de 12 ans ont une carte Kids-ID et les non ressortissants belges ont une carte électronique d'identification. L'intérêt de cette carte est que le statut de l'assuré est mis à jour en direct, et que le montant des prestations/remboursements de l'individu correspond à sa situation personnelle, professionnelle, familiale avec les mises à jour quotidiennes. Aussi, toutes les informations sont centralisées : taux de couverture, complémentaires santé, prestations sociales, etc. Cette transparence et mise à jour permettent de renforcer en Belgique l'attribution de la juste prestation.

Lors de sa mise en fonctionnement, ce système a permis d'éviter le cumul de multiples complémentaires visant à se faire rembourser plusieurs fois un même acte médical (ce que nous connaissons toujours en France) ; pour les prestations allouées que la base de la situation familiale, l'interconnexion des données a facilité l'octroi sur conditions car la base fiscale est intégrée ; les éléments de rémunération sont intégrés via la déclaration immédiate d'emploi, qui permet d'avoir une information immédiate de l'activité de la personne et non pas avec 1 mois et demi comme en France, le temps que les entreprises déclarent via la DSN ; la mise à jour de la situation de la personne rend immédiate la mise à jour des aides ; les déclarations d'emploi sont très facilement vérifiées et facilitent la lutte contre le travail illicite ou dissimulé.

Cette démarche est un vrai levier de simplification pour chacun. Les organismes ou administrations ont des données fiabilisées qui diminuent le nombre de dossiers à corriger qui relèvent d'erreurs de bonne foi, mais aussi de fraudes ; elles bénéficient d'outils de data mining qui évaluent avec une pertinence accrue (du fait de cette fiabilisation des données multiples) de l'évaluation des risques ; elle fiabilise les attestations parfois fraudées par la dématérialisation et la vérification possible ; elle évite la démarche déclarative et la complexité administrative qui freinent l'accès aux droits (calculs de rémunérations, questionnements complexes, etc.). Dans le cadre des maisons France Stratégie, elle serait un outil précieux pour accompagner les citoyens vers l'accès aux droits, une dématérialisation qui faciliterait l'accompagnement même si réalisé par un tiers centralisateur de l'aide à l'accès aux droits.

La Banque Carrefour est donc un instrument très favorable à la juste prestation : elle permet d'éviter le plus grand nombre d'erreurs de bonne foi, d'éviter des fraudes nombreuses et souvent sur base déclarative ou de manque d'interconnexions entre institutions, mais encore de lutter efficacement contre le non-recours aux droits.

La transposition française nécessiterait différents développements : une dématérialisation et un numéro unique pour joindre les démarches d'identité (numéro d'identité) et de numéro de sécurité sociale ; la création d'un espace numérique unique pour accéder aux données ; organiser l'interconnexion des données et la mise à jour en temps réel ; afin de trouver un modèle français de partage de données élargi.

Le champ d'intervention de ce dispositif est plus large que le domaine de la protection sociale. Il s'étend au domaine fiscal, au registre national d'identification des personnes (équivalent de notre base INSEE) puis la BCSS a lancé la Banque Carrefour des Entreprises (BCE). Ce développement a permis un travail intéressant pour lutter contre certaines fraudes, notamment celles qui concernent les entreprises éphémères ou dites « en toile d'araignée » en Belgique.

En Belgique, la Banque-Carrefour des Entreprises (BCE) désigne le registre central reprenant toutes les données d'identification concernant les entreprises. Il s'agit de la matérialisation du principe de collecte unique de données.

La BCE (Banque-Carrefour des Entreprises) reprend les données du registre national des personnes morales, du registre du Commerce, de la TVA, de l'ONSS et est tenue à jour par les organismes compétents qui y introduisent les données.

La loi belge du 16 janvier 2003 portant création d'une Banque-Carrefour des entreprises, modernisation du registre du commerce, a créé des guichets d'entreprises agréées.

La BCE s'inscrit dans la volonté de l'Etat belge de simplifier les procédures administratives pour les entreprises ainsi que de contribuer à une organisation plus efficace des services publics. La Banque Carrefour des Entreprises (BCE) délivre à la société nouvellement créée un numéro d'entreprise unique. Ce numéro est très important car il servira tout au long de la vie de l'entreprise pour l'identifier, notamment auprès des pouvoirs publics.

Les données proviennent de différentes sources (essentiellement des autorités administratives). Il existe 3 types de fichiers de données :

- le fichier complet
- le fichier de modifications
- un fichier de codes XML.

Dans ces fichiers figurent aussi bien les données actives que les données arrêtées et ce, quel que soit le statut de l'entreprise (actif, arrêté, identifié ou juridiquement créé).

La BCE reprend les données suivantes: - numéro d'entreprise et d'unités d'établissement - dénomination de l'entreprise - forme juridique - adresse du siège social et des éventuelles unités d'établissement en Belgique - la situation juridique de l'entreprise - la date de création et de cessation de l'entreprise ou de ses unités d'établissement - les données d'identification des fondateurs, mandataires et fondés de pouvoir de l'entreprise - les activités économiques qu'exerce l'entreprise - les autres données d'identification de base à fournir au moment de la création de la personne morale ou en application de la loi «BCE» - la mention des autorisations et licences dont dispose l'entreprise ou les qualités sous lesquelles cette dernière est connue auprès des autorités, administrations et services - les liens vers les données mises à disposition par les services à savoir pour l'instant : lien vers le Moniteur belge et vers le site de la Banque Nationale de Belgique (BNB) (comptes annuels et bilans). D'autres liens sont également prévus : - Lien vers la base de données des entrepreneurs agréés - Lien vers le répertoire des employeurs.

La Banque-Carrefour des Entreprises (BCE) va être engagée dans la lutte contre la fraude. Le but est qu'elle remplisse une fonction de clignotant, a affirmé le Secrétaire d'Etat à la Coordination de la lutte contre la fraude, Carl Devlies. Si certaines données ou une combinaison de données signalent qu'il y a une fraude potentielle, la BCE pourra la signaler à tous les services d'inspection compétents.

10 millions de citoyens et 220 000 employeurs centralisent leurs données sur cette interface. Les allocations de chômage, familiales, d'incapacité de travail, l'allocation de ressources aux personnes handicapées, remboursements de frais de soins, « pécules de vacances », pensions de retraite, et revenu minimum garanti sont accessibles via cette banque de données ; mais également le recouvrement des cotisations de sécurité sociale. La centralisation de l'information et de la gestion est présentée comme un avantage de simplification, de la diminution des frais de gestion, de fiabilité, et d'automatisation pour l'administration belge. L'objectif affiché de l'administration belge est de mieux lutter contre l'exclusion sociale par l'accès aux droits, de faciliter la gestion, d'optimiser l'efficacité et de mieux organiser la lutte contre les fraudes.

Par la collecte unique et la réutilisation des données, modélisées selon une organisation centralisée de l'information, la gestion de l'information et l'échange de données sont organisés, tout en sécurisant celles-ci.

Les informations collectées sont prévues pour être proportionnelles à leur utilisation, au plus près de la source afin de les fiabiliser, via des canaux d'échanges prévus par les SI pour sécuriser la donnée, en organisant la validation de l'information une seule fois, par la source la plus habilitée à le faire, avant partage de celle-ci. L'intervention manuelle est réduite à son maximum pour éviter l'erreur, et l'échange de données est soumis à validation par l'intéressé. Il convient de relever que l'information disponible est utilisée de droit pour l'octroi automatique de prestations, le pré remplissage lors de la collecte d'informations, et lors de l'offre d'information aux intéressés. La Commission de la Protection de la Vie Privée (CPVP) a le rôle de notre CNIL française afin de garantir le respect de la vie privée.

En Belgique comme en Estonie, la carte d'identité sociale (carte SIS) et la carte d'identité électronique ouvrent une clé d'identification unique.

LIMOSA est un service dédié aux entreprises et indépendants étrangers. La déclaration électronique et unique est réalisée pour toutes les activités de travailleurs étrangers; une base de données est consultable et exploitable par les services publics (contenant toutes les informations déclarées, les détachements, les permis de séjour, les cartes de travail et permis de travail, les carte professionnelles).

En matière de lutte contre la fraude, l'identification unique et l'impossibilité de s'inscrire plusieurs fois au cours de la même période, en déclarant le cas échéant des informations différentes sont des options intéressantes qui permettent d'éviter le cumul illicite de prestations. Enfin, il est prévu une accessibilité publique de l'information associée aux dettes d'entreprises envers la sécurité sociale, avec une responsabilité solidaire et une obligation de retenue pour les clients d'entreprises ayant des dettes envers la sécurité sociale.

OASIS est un outil de data mining conçu pour lutter contre les fraudes, intégrant une démarche a priori et a posteriori.

La collecte des données et l'échange d'informations optimise la remontée des informations relatives à la naissance, aux modifications d'état civil, des modifications dans la composition familiale ou du décès.

5.2. La e-identité et le numéro unique en Estonie

L'Estonie, composée de 1,3 millions d'habitants, est une démocratie parlementaire qui utilise l'euro comme monnaie. Une seule organisation collecte l'ensemble des impôts.

Les prestations sociales sont de manière générale faibles en Estonie, rarement plus de 800€ par an. Les plus importantes sont les allocations familiales, depuis l'augmentation décidée par le précédent gouvernement en 2017, qui a porté celles octroyées aux familles de 3 enfants à 500€ par mois, ce qui se situe au niveau du salaire minimum (540€ par mois, brut).

Il est considéré d'ailleurs que si les migrants reçus dans le cadre des relocalisations décidées par l'UE suite à la crise migratoire de 2015, ne sont pas restés en Estonie (plus de 50% ont quitté le territoire), c'est également expliqué par le peu de soutien financier.

Les prestations du système estonien de sécurité sociale sont divisées en deux groupes. D'abord, les prestations dites de « niveau central », telles que les retraites, les allocations chômage, les allocations familiales, etc. L'accès à celles-ci passe par l'intermédiaire de la carte d'identité numérique ce qui limite considérablement les risques de fraudes. Il existe également les prestations dites « de subsistance » (SLB) qui sont versées par les municipalités. Elles sont versées aux personnes ayant un revenu insuffisant et qui vivent en dessous du niveau de subsistance. Au niveau global, elles représentent environ 15.000 bénéficiaires. Ces allocations ne sont pas toujours traitées de manière numérique (c'est même plutôt l'exception). C'est leur attribution qui peut donner lieu à de la fraude ou des erreurs.

Le sujet de la fraude n'est pas tellement évoqué en Estonie. Il n'y a pas de statistiques publiques sur ce sujet et cet aspect n'est pas encore porté par le débat public en Estonie.

La presse a consacré quelques articles à des cas qui se sont passés à Tallinn. C'est en effet plutôt dans les grandes municipalités, où les travailleurs sociaux ont de plus nombreuses sollicitations, qu'on a pu observer quelques cas.

Par exemple : nombre de ménages ayant reçu des prestations de subsistance (par an) est passé de 70 417 en 2001, à 24 332 en 2011, à 12 226 en 2018.

La presse a rapporté un cas avec deux individus qui n'étaient pas en relation mais qui avaient fraudé pour obtenir des prestations de sécurité sociale de la ville de Tallinn et qui ont été reconnus coupables par un tribunal en 2013. L'un déclarait de faux contrats de location - en réalité, il n'y vivait pas. Comme il n'avait pas officiellement de salaire, la ville le soutenait avec une aide au logement. En un an, il a obtenu 1900 € de la ville. L'autre a utilisé le même stratagème, il a reçu 1500 € avant que la ville ne réalise la fraude.

Il faut remonter jusqu'en 2011 pour trouver un article consacré par un journal aux montants et au nombre des allocations. Le journaliste avait calculé combien il serait possible en théorie de toucher en cumulant les différentes aides sociales à Tallinn.

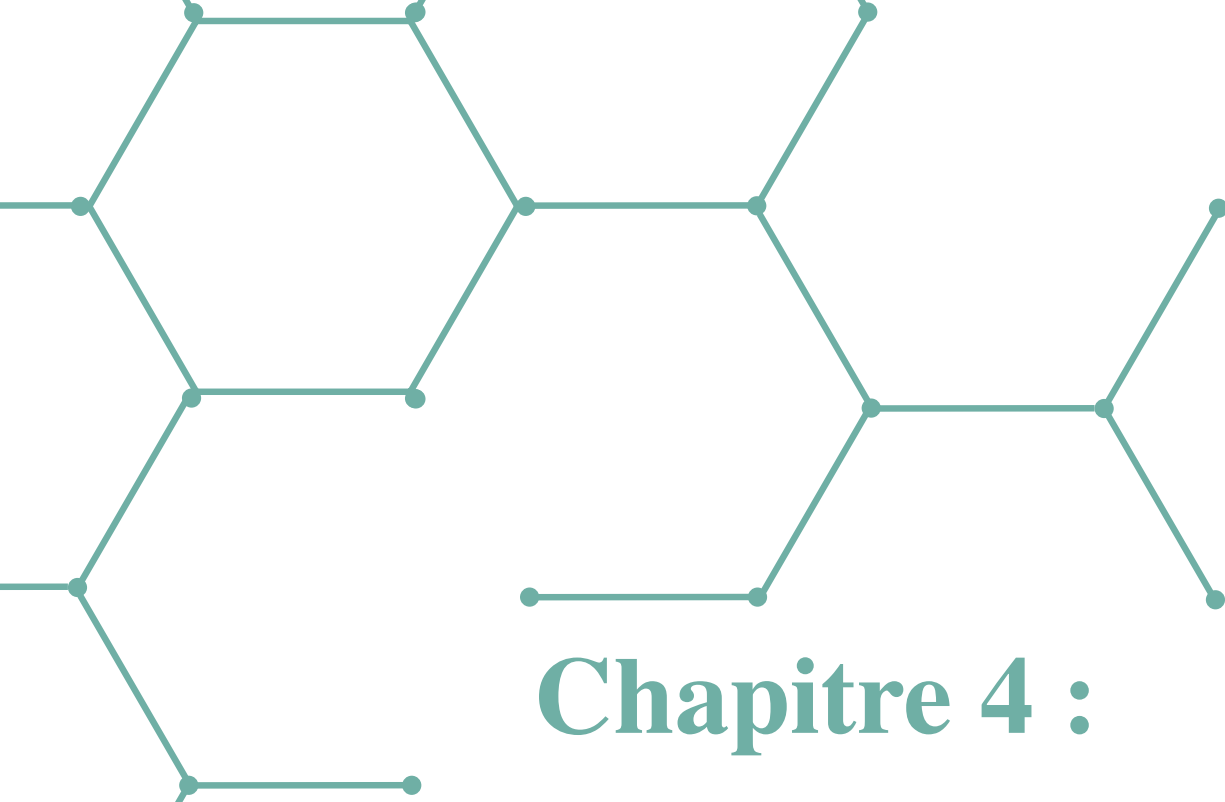
Le 1er janvier 2017 est entré en vigueur un nouveau système de validation des certificats d'incapacité à travail dont l'objectif était de rendre plus difficile le fait d'être déclaré handicapé (responsabilité transférée du fonds de l'assurance sociale au fonds d'indemnisation du chômage qui a cherché avec plus de rigueur à vérifier l'état de santé des personnes bénéficiant d'une allocation pour handicap). Cette mesure s'inscrit dans le cadre d'une volonté politique d'augmenter la taille de la population active puisque le marché de l'emploi en Estonie est très tendu, avec un taux de chômage bas, quasiment au niveau structurel.

Dans ce contexte, la presse a rendu compte le 20 mars 2017 d'un cas dans le sud-est du pays où certains médecins ont été accusés de délivrer des certificats d'incapacité de travail contre rémunération (<https://www.postimees.ee/4061977/keskkriminaalpolitsei-kahtlustab-nelja-arsti-korruptsioonis>). Dans cet article, on note la mobilisation du bureau de la lutte contre la corruption de la police criminelle pour enquêter sur de tels cas, un numéro de téléphone et une adresse mail sont donnés pour dénoncer de telles pratiques.

Les fraudes concernant les prestations de sécurité sociale semblent être un problème qui n'est pas découvert ou qui est très peu fréquent.

Le numéro d'identifiant unique est très directement lié à leur système de e-identité. Lorsque vous êtes enregistré, vous avez un accès unique vis-à-vis de l'administration. Avec sa carte d'identité numérique, l'Estonie développe depuis les années 2000, à partir de la e-carte d'identité que chaque Estonien possède, une interface unique de service pour les utilisateurs. Stockée sur des serveurs distincts, l'interface unique permet aux Estoniens de se connecter au site avec un identifiant et un mot de passe sécurité individuel et personnel. Aussi, sur la base du numéro d'identité qui ouvre sur un identifiant et un mot de passe, l'accès aux demandes de prestations sociales, mais aussi actualisations de données, demandes de permis de conduire, etc. se font sur un seul site et en une seule manipulation pour l'ensemble des organismes.

Les Estoniens sont très fiers de cette démarche qui répond à une volonté d'être « au service des citoyens » et de simplification pour une meilleure relation à l'administré. Ils détectent des erreurs, liées à l'automatisation des prestations octroyées, mais peu de fraudes. Le modèle étant peu ancien, il se peut que le pays manque de recul pour en identifier les abus que nous pourrions présager dès à présent.



Chapitre 4 :

Le non-recours et les difficultés d'application de la loi pour un État au service d'une société de confiance (ESSOC)

La loi du 10 août 2018 reconnaît un Droit à l'erreur dans le cadre d'une relation de confiance entre les usagers, professionnels ou non, et l'administration. Elle consiste notamment à laisser l'administré corriger une erreur faite de bonne foi dans le cadre de déclarations adressées à l'administration, sans application de sanction lorsque cette première erreur est constatée. Cette démarche, déjà appliquée partiellement par certains organismes ou administrations, s'agissant de certaines erreurs, a été élargie par la loi dite «ESSOC».

Ainsi, une sanction administrative n'est pas plus systématiquement appliquée dès lors que des déclarations erronées sont constatées par l'administration à l'occasion d'un premier contrôle et que l'administré y apporte les rectifications nécessaires dans les délais prévus.

L'article 44 de cette loi met en place une expérimentation visant une déclaration unique, prévoyant que l'administré n'est plus contraint de produire un justificatif de domicile. Après que l'administré ait communiqué les informations relatives à son adresse, ce sont les administrations qui ont la charge de vérifier la véracité du domicile en questionnant le fournisseur d'un bien ou d'un service attaché au domicile, ou encore en organisant le partage de données.

Dans le cadre d'une démarche de simplification de notre système de versement des prestations sociales, le droit à l'erreur est une réponse nécessaire de nos institutions à l'erreur réalisée de bonne foi. Aussi, la loi ESSOC prévoit que l'utilisateur puisse réaliser une erreur sans qu'une sanction ne soit appliquée par l'organisme dans ce cadre.

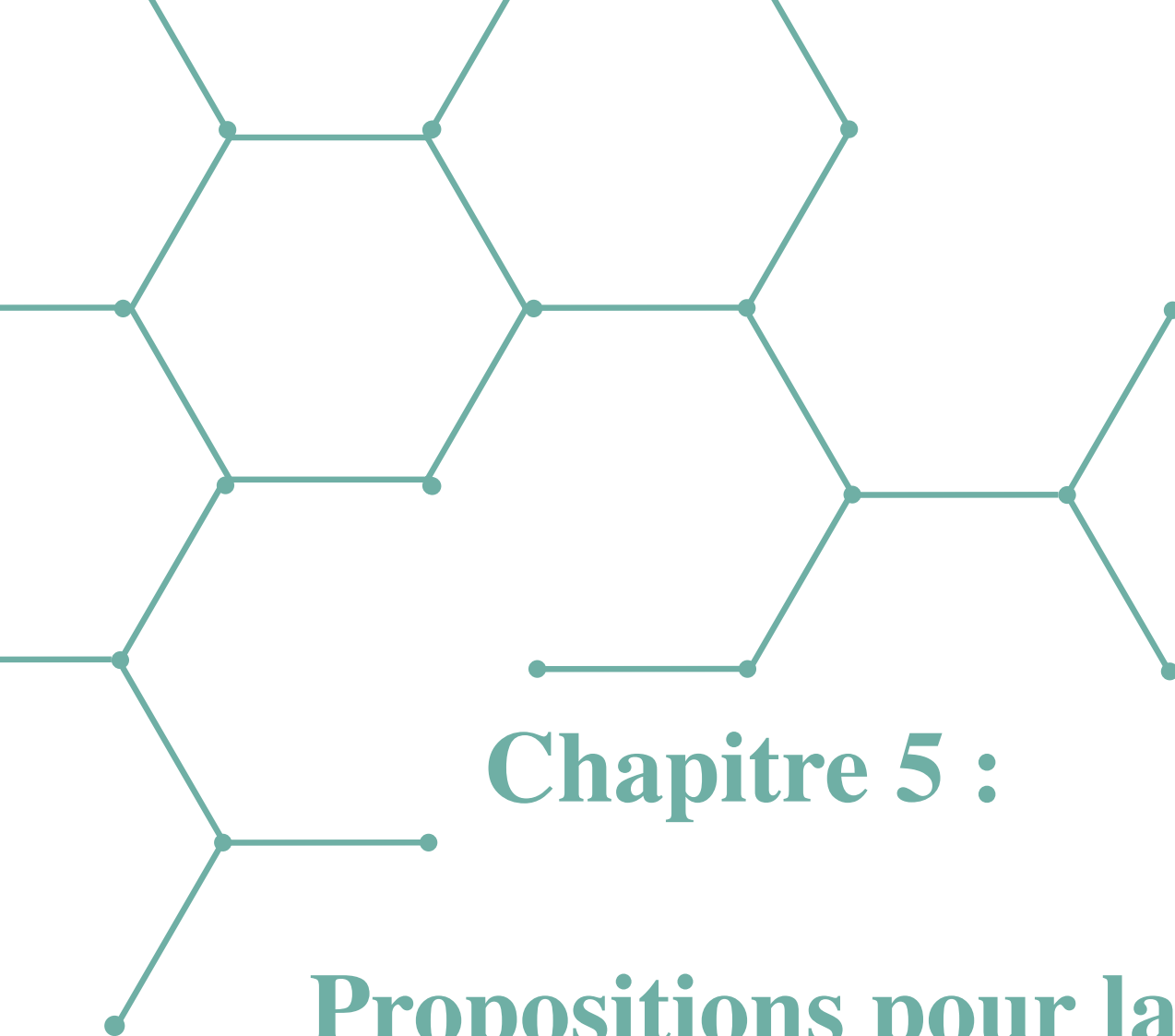
Pour cela, un certain nombre de mesures réglementaires ont été prises par le gouvernement. Les décrets déjà publiés sont relatifs aux modalités de dépôt et d'avis de réception des demandes, aux modalités de recours hiérarchiques, aux obligations d'information concernant le rescrit, à la mise en place par expérimentation d'un référent unique, à l'information sur les modalités de calcul relatif aux cotisations pour les travailleurs indépendants, aux modalités d'entrée en vigueur de la déclaration sociale nominative pour la fonction publique, à la détermination des modalités de l'expérimentation de la dématérialisation des actes d'état civil dont le service central du Ministère des affaires étrangères et les autorités diplomatiques et consulaires sont dépositaires, mais encore à la simplification des déclarations sociales des employeurs.

Néanmoins plusieurs décrets restent à être publiés, respectivement prévus aux articles 31 alinéa 1 et article 34.

Le premier a trait à la fixation de la liste des quartiers prioritaires de la ville et dans lesquels, à titre expérimental, les porteurs de projets peuvent effectuer un dépôt unique dématérialisé des demandes de concours financiers, qu'ils adressent aux signataires des contrats de villes ; le second a pour objet le recours à la médiation par les Unions des Recouvrement des cotisations de Sécurité Sociale et d'Allocations Familiales (URSSAF).

Plusieurs rapports sont prévus, relatifs à l'évaluation de l'expérimentation permettant à des porteurs de projets, dans des quartiers prioritaires de la ville d'effectuer un dépôt unique dématérialisé des demandes de concours financiers, ou encore un rapport relatif à l'expérimentation de la limitation à trois mois de la durée des contrôles URSSAF dans les entreprises de moins de 20 salariés.

Ainsi, la loi ESSOC renforce le juste équilibre entre efficacité des procédures et simplification des procédures de recouvrement des d'indus d'une part, et droits des allocataires, d'autre part, avec notamment un droit à rectification des informations le concernant lorsque ces informations ont une incidence sur le montant des indus.



Chapitre 5 :

Propositions pour la modernisation de notre système de délivrance des prestations sociales et de la lutte contre les fraudes sociales

1 Accentuer l'acculturation concernant la lutte contre les fraudes sociales, notamment aux prestations sociales.

Dans la mesure où elle contrevient aux fondements du pacte républicain, il est important de souligner que le Gouvernement fait déjà de la lutte contre la fraude un objectif prioritaire et de ce fait, les ministères de l'Action et des Comptes publics et des Solidarités et de la Santé se mobilisent quotidiennement pour prévenir, identifier et sanctionner les pratiques frauduleuses. Par ailleurs un travail d'harmonisation de la formation des agents de contrôle et de lutte contre la fraude des OSS a été réalisé par la DSS, la DNLF, l'UCANSS et les OSS en 2018.

La culture de la lutte contre les fraudes sociales est récente et encore inégalement intégrée par les différents organismes de protection sociale. Il est désormais nécessaire de porter ce sujet, au même titre que la lutte contre les fraudes fiscales. Sans omettre les enjeux d'accès aux droits, et de reconnaissance de l'erreur réalisée de bonne foi, il appartient aux organismes de s'assurer du versement de la juste prestation.

Concernant les objectifs de lutte contre les fraudes, les rapporteuses proposent de repenser la méthode de négociation de la COG (Conventions d'objectifs et de gestion) afin de rendre plus ambitieux les objectifs de lutte contre le non-recours aux droits, limiter les possibilités d'erreurs de bonne foi et lutter contre les fraudes. Il convient en réalité d'augmenter les objectifs chiffrés, de fixer comme objectif une évaluation fiable de la fraude, en ayant recours à des expertises externes et internationales et d'établir une cartographie détaillée des risques afin de mieux prioriser les actions de contrôle et mieux proportionner les moyens de lutte au niveau des risques. Certaines orientations doivent être priorisées, telles qu'améliorer l'efficacité des contrôles sur les professionnels de santé, exploiter la Base de données de Ressources Mensuelles, revoir la procédure de dé-conventionnement pour la rendre plus souple et plus rapide, améliorer les systèmes de renseignement, notamment dans la centralisation des informations (décès, etc.), et renforcer les contrôles dits « de ciblage » avec un élargissement des champs des grandes atypies.

La DGFIP doit renforcer une approche partenariale avec les acteurs de la sphère sociale, afin de permettre de simplifier, de fiabiliser et d'accélérer la transmission et la qualité des données.

La DNLF a un rôle à jouer dans l'accompagnement de cette acculturation, tant au niveau national que sur les territoires. Son pouvoir doit être renforcé afin de construire les propositions de fixation des objectifs via les COG, mais également en ce qui concerne les contrôles des actions de lutte.

La DNLF assure, dans ses missions, la promotion des échanges d'informations entre les partenaires de la lutte contre la fraude au moyen de projets informatiques structurants, dans le respect des principes de la CNIL. Cette mission doit être renforcée pour accompagner la transversalité des données, le travail avec la CNIL et la mise en place avec les organismes de protection sociale, ainsi que Pôle Emploi et l'AGS.

De plus, la DNLF qui a notamment accompagné la mise en place du Répertoire National Commun des assurés de la Protection Sociale (RNCPS), et encouragé la réalisation d'un fichier recensant les mesures d'interdiction de gérer pouvant être prononcées par les juridictions civiles, commerciales et pénales (loi du 22 mars 2012), pourra accompagner également l'élargissement des données partagées au RNCPS et faciliter l'accès au FNIG de l'AGS.

La DNLF, qui assure aussi le suivi des instruments juridiques de lutte contre la fraude (68 mesures ont été prises en quatre ans dans le cadre des lois de finances, ou lois de financement de la sécurité sociale), doit accompagner le suivi des décrets et leur application opérationnelle.

La DNLF renforce l'efficacité de la lutte contre les fraudes en assurant la professionnalisation des agents. Il est bien entendu que cette mission est essentielle au développement de la culture de lutte contre les fraudes.

La DNLF pourrait organiser un partenariat avec la gendarmerie et la police afin de former sur chaque département plusieurs fonctionnaires en matière de lutte contre les fraudes sociales.

S'agissant de la nécessaire animation des acteurs, il apparaît tout à fait indispensable d'imposer une réunion trimestrielle des CODAF dans chaque département afin d'accentuer l'avancée des partenariats et des dossiers suivis.

Enfin, la DNLF, qui assure la coordination et la valorisation de l'action opérationnelle des CODAF, doit renforcer l'animation de ces instances et lisser les inégalités de fonctionnement sur les territoires.

Sur les territoires, les CODAF ont un rôle dont l'efficacité est variable selon les départements. Les rapporteuses proposent un grand rendez-vous avec les CODAF dès la fin d'année 2019, ouvert par le gouvernement. Il convient d'organiser des tables rondes thématiques desquelles seraient issues des propositions de groupe pour accompagner le renforcement des coordinations des CODAF sur les territoires.

De plus, une évolution de l'article L114-16-3 du Code de sécurité publique, énumérant les agents de l'État concernés par les CODAF, doit également intégrer l'AGS et prévoir un copilotage Préfet/Procureur pour les CODAF restreints (de la même manière qu'ils le sont pour les CODAF pléniers). La présidence du CODAF opérationnel doit être, comme pour le CODAF plénier, en double responsabilité : celle du Préfet et celle du Procureur. Enfin, le secrétaire du CODAF doit être mieux identifié par les textes, afin d'assurer un soutien efficace à la réalisation de la coopération départementale. Il apparaît qu'un niveau de responsabilité suffisant du secrétaire dans son organisation soit utile pour encourager les partenariats et dynamiser les relations entre les membres (un inspecteur du travail, un Directeur ou Directeur adjoint d'organisme par exemple). Le secrétariat doit pouvoir être saisi entre deux réunions de CODAF et permettre par son action d'éviter de perdre plusieurs semaines dans le traitement des fraudes détectées.

Les rapporteuses proposent également que les ARS (Agences Régionales de Santé) fassent partie des participants prévus par les textes, via un référent identifié par celles-ci. En effet, les enjeux de fraudes relatives à la santé (par des professionnels de santé, des établissements de santé ou encore relatives à des logements indignes, nécessitent la coopération de cette agence.

Une souplesse dans l'organisation départementale des CODAF paraît opportune afin de s'ajuster aux réalités locales des fraudes (transfrontalières, entreprises éphémères, etc.). Néanmoins, des réunions CODAF plénières et restreintes, dans chaque département, doivent être réalisées *a minima* trimestriellement.

Les CODAF doivent également avoir la possibilité d'organiser leurs propres ciblage et pilotage de requêtes qui, par croisements, permettront de mieux détecter en amont les incohérences et d'organiser au plus tôt les liens entre organismes. Des outils doivent être développés afin d'améliorer le travail de coordination en continu des partenaires, afin de faciliter les échanges, le suivi et accentuer la réactivité.

Les rapporteuses proposent que la lutte contre le logement insalubre puisse être intégrée aux missions partagées dans le cadre du CODAF.

Par ailleurs, la sensibilisation des bailleurs sociaux et des collectivités dans la lutte contre le logement indigne, sur les missions du CODAF, et la collaboration entre les acteurs doivent être renforcées, afin de permettre l'identification des propriétaires de ces logements indignes et les contrôles conjoints ARS/commune.

Enfin, les rapporteuses proposent d'autoriser le Président du tribunal de Commerce à délivrer, sur requête, des injonctions de communiquer des informations aux organismes de protection sociale. Il apparaît en effet que le RGPD semble freiner la communication d'informations relatives aux salariés demandées par les mandataires et liquidateurs judiciaires en cas de procédures collectives. Ce frein peut ouvrir à des versements indus de dommages et intérêts et de sommes au titre de l'assurance de garantie des salaires.

Ainsi, les CODAF doivent renforcer leur travail de coopération dans le cadre de la lutte contre les fraudes sociales, notamment aux prestations sociales, et augmenter la régularité des échanges. Ces derniers sont souvent plus orientés sur les problématiques fiscales et sur celles du travail dissimulé dans ces instances.

2 Organiser l'interconnexion des données et sortir d'une approche uniquement déclarative

L'évolution vers une démarche de juste prestation démarre par une meilleure organisation de l'interconnexion des données et la sortie de la démarche déclarative sur certains aspects. De trop nombreuses erreurs de bonne foi sont constatées sur la base de déclarations (de ressources ou autres) erronées, mais également de nombreux cas de non recours aux droits (le Défenseur des droits estime à 10% le nombre de démarches entamées pour accéder à une prestation sociale qui est arrêtée en cours de demande, souvent du fait de la complexité), ainsi que de fraudes. Le principe du « Dites-le nous une fois », disposition de la loi du 17 mai 2011, pourrait prendre toute sa consistance par un outil tel que celui développé en Belgique : la banque Carrefour de la sécurité sociale. Depuis les années 1990, la Belgique a construit un modèle sécurisé de partage de données entre organismes, basé sur des précautions d'usage mais dans le sens d'une véritable démarche de simplification qui œuvre dans les trois directions de la juste prestation : la lutte contre le non-recours aux droits, l'erreur de bonne foi, et la fraude.

Sur le modèle de la banque carrefour de sécurité sociale, les moyens doivent être accentués pour organiser l'échange automatisé de données entre les organismes. Des outils ont été développés en France, mais fonctionnent soit par consultation, soit pas connexion sur certaines données très spécifiques, soit uniquement entre certains organismes. Un chantier doit pouvoir s'ouvrir, s'appuyant sur les initiatives engagées, afin de déterminer une vraie approche d'interconnexion des données qui luttera efficacement contre le non-recours aux droits, l'erreur réalisée de bonne foi ou la fraude.

Dans les trois mois à compter de la sortie du présent rapport, les rapporteuses proposent d'organiser une réunion de l'ensemble des organismes sociaux afin de dresser, en leur présence, un état des lieux des procédures d'échanges de données, relever les manquements et y remédier.

Le développement de la DSN est un axe à renforcer. Il convient notamment d'y intégrer les embauches effectives afin d'éviter les 20% de Déclarations Préalables à l'Embauche qui ne sont pas suivies d'une intégration effective. Ces informations seront utiles aux requêtes, contrôles et suivi des mouvements de personnel. Chaque organisme concerné par l'utilisation des données doit avoir des droits ouverts à la consultation et l'utilisation de ces données, comme l'UNEDIC et Pôle Emploi, mais encore la MSA et l'AGS.

Le droit de communication doit être étendu à Pôle Emploi, qui n'a pas à ce jour les dispositions légales en ce sens.

La MSA n'a pas l'accès à la base AGDREF au même titre que les organismes de protection sociale. Compte tenu de ses missions, il est légitime qu'elle y ait accès également. Tous les services préfectoraux ne communiquent pas auprès des partenaires les mesures portant Obligation de Quitter le Territoire Français (OQTF), information pourtant nécessaire à ces organismes pour ajuster les données permettant de définir l'éligibilité aux prestations sociales.

Renforcer la transmission de l'information des décès paraît tout à fait nécessaire entre organismes et partenaires (MSA, mutuelles), mais également assurer la diffusion effective de ces informations aux fichiers de données qui alimentent les cartes vitales, AGDREF et autres.

Le montant de la pension alimentaire doit pouvoir apparaître dans la base ressources, car seule la DGFIP a cette information, afin de permettre le calcul de la juste prestation.

La transmission des informations demandées aux fournisseurs d'accès par les organismes doit être facilitée lors des requêtes effectuées dans le cadre de contrôles.

Les mandataires judiciaires, dans le cadre de leur rôle d'enquête sur les entreprises éphémères, d'analyse et de sanction (seuls les mandataires judiciaires et les procureurs peuvent engager des sanctions), doivent pouvoir accéder rapidement aux fichiers des organismes sociaux et fiscaux.

Depuis le début 2019, les demandes d'informations écrites des Etudes des administrateurs et mandataires judiciaires auprès des organismes sociaux ne suscitent plus de réponses. Les mandataires judiciaires ont signalé à la Chambre Nationale des Administrateurs Judiciaires et Mandataires Judiciaires (CNAJMJ) la difficulté qu'ils rencontrent pour avoir accès aux fichiers des organismes sociaux, principalement pour connaître l'existence de salariés dans les entreprises en procédure collective afin de rapidement les prendre en charge.

Les demandes d'informations semblent être arrêtées, peut-être au motif d'une application stricte du règlement général sur la protection des données (RGPD). Ces demandes sont pourtant indispensables en raison de la carence manifeste de nombreux dirigeants - dont la société a été placée en liquidation judiciaire. Les rapporteuses proposent de remettre en place ces échanges et d'identifier les leviers pour les faciliter (déclaration CNIL, référents dans les organismes de protection sociale, etc.).

Les indépendants qui ne déclarent pas leur chiffre d'affaires pendant 24 mois font l'objet d'une radiation d'office. Néanmoins, l'information n'est pas transmise aux CFE de la CMA ou de la CCI, ni aux organismes sociaux telle que la CAF. Les rapporteuses alertent sur la nécessité de continuer à radier les indépendants qui ne déclarent pas leur chiffre d'affaires lors du transfert du RSI, mais aussi d'organiser la transversalité de l'information avec les autres acteurs.

Il est nécessaire d'organiser le pas à pas des organismes de protection sociale pour avancer sur la transversalité des données. Outre l'amélioration du RNCPS (Répertoire National Commun de la Protection Sociale), l'interconnexion doit progresser progressivement, avec un objectif commun ambitieux, sur la base du volontariat.

Dans un premier temps, il convient de s'attacher à développer l'existant : RNCPS, DSN, etc. et à associer les organismes sociaux, CNIL, INSEE, Pôle Emploi, AGS et ministères.

A ce jour, la plupart des échanges entre organismes se font sur processus d'interrogations individuelles. Il s'agit désormais d'avoir une démarche automatisée, dont le partage de données est élargi, et dans le cadre de laquelle, la visibilité sur les droits sociaux serait possible.

Des personnes agréées (dans les CCAS et les CIAS par exemple) peuvent accéder aux informations du RNCPS afin d'allouer leurs propres dispositifs d'aide, mais les organismes n'entrent pas en relation afin de partager des informations qu'ils ont en leur possession.

Le manque de recoupement est donc particulièrement préjudiciable aux administrations de Sécurité sociale dans le cadre de leur contrôle, puisqu'il n'y a pas de mise à jour de la base de données en temps réel et encore moins de mise à jour de données consolidées sur les assurés sociaux.

Il n'est pas possible non plus d'organiser un contrôle préalable et global des anomalies relatives aux aides ou allocations. Seules des irrégularités, au cas par cas, pourront être signalées et corrigées, sans que le système puisse générer d'évaluation consolidée.

Aussi, des propositions pour améliorer le RNCPS sont formulées :

- Faire pleinement participer l'ensemble des organismes octroyant des prestations d'aides sociales au dispositif d'interconnexion (caisses de façon annexe, mais également collectivités et CIAS/CCAS)
- Permettre des demandes de renseignements massifiées à l'ensemble des acteurs du dispositif simultanément : l'identifiant NIR étant correctement renseigné, l'ensemble des dispositifs accordés sous gestion seraient accessibles sur format consolidé pour l'ensemble des opérateurs et désormais des assurés sociaux au regard de leur propre situation personnelle (par l'intermédiaire de la carte vitale).
- Faire participer pleinement les administrations fiscales au répertoire, par l'intermédiaire de l'octroi d'un double agrément « secret fiscal et secret social » aux agents de la DGFIP qui seraient désormais en capacité d'effectuer des recoupements NIR/FIP.

- Fusionner, sur le modèle belge, la carte d'identité et la carte vitale mais aussi l'E111 (la carte européenne d'assurance-maladie), permettant d'améliorer la mobilité des travailleurs et assurés sociaux français.
- Prévoir un guichet accessible pour chaque assuré social par une e-carte d'identité, cumulant les avantages de la carte vitale, et acquérant par ailleurs la qualité d'un document européen.
- S'assurer de la mise en oeuvre du décret prévoyant que le RNCPS soit complété des dispositifs de partages de données des montants des prestations perçues par les bénéficiaires soit publié.
- Renforcer la Direction Interministérielle du Numérique et des Systèmes d'Information (DINSIC) dans ses missions de contribution à l'organisation de l'interconnexion des données à visée de la juste prestation. En charge de la labellisation de logiciels, de l'authentification des données, etc., sa contribution est essentielle pour l'enjeu de partage de données.

3 Améliorer l'approche a priori : la prévention est le meilleur levier de lutte contre les fraudes

Les rapporteuses souhaitent insister sur le fait que la prévention est le levier le plus efficace de lutte contre les fraudes. L'interconnexion des données (entre organismes et avec l'administration fiscale), la sortie du mode déclaratif, la sécurisation des documents, le datamining qui effectue la détection de signaux faibles, le renfort de l'information concernant les droits et devoirs de l'usager, l'acculturation à la lutte contre les fraudes, etc. sont autant de leviers efficaces pour prévenir la fraude et éviter les indus.

Concernant les créations d'entreprises, il est nécessaire de contraindre les greffiers à réaliser effectivement les vérifications préalables dans DOC'VERIF.

Les documents doivent être fiabilisés. Les avis de non-imposition sollicités par les personnes doivent être remis sous des conditions à revoir par une procédure interne qui assure la fiabilité des informations transmises. A cela, il convient d'ajouter une protection comme le cachet électronique visible pour que le document ne puisse être détourné.

Un fichier national des créances sociales et fiscales de l'Etat pourrait être créé afin de suivre et partager les recouvrements. Le caractère fongible des sommes indues nécessite cette centralisation de l'information.

Par ailleurs, dans les cas de fraude uniquement, un délai de carence est à prévoir avant le versement d'une autre prestation sociale et une démarche a priori pour confirmer que l'intéressé est éligible à la prestation est à effectuer.

Le versement sur compte de tiers doit faire l'objet de contrôles préalables afin de s'assurer que le bénéficiaire du compte est bien rattaché au dossier. De plus, des contrôles a posteriori sont à prévoir afin de s'assurer de ce lien dans la durée.

En cas d'anomalie critique dans les fichiers du SANDIA, il est recommandé de suspendre les droits le temps de la remise en conformité, afin de contraindre la régularisation de la situation, qui permet de s'assurer de l'éligibilité à la prestation.

Simplifier l'assiette de ressources faciliterait la compréhension des usagers concernant les conditions d'attribution, faciliterait la transmission d'informations automatisées par l'administration fiscale, et le contrôle de sa situation préremplie par l'administration. 80% des indus CAF concernent des erreurs de déclaration de ressources, le plus souvent réalisées de bonne foi. Une simplification de l'assiette et un transfert des données entre l'administration fiscale et les organismes de protections sociale aurait un intérêt particulier de simplification et transparence.

Le NIR d'attente est une mesure efficace de lutte contre les fraudes.

4 Préciser des définitions

4.1. Définition de la notion de fraude et différenciation de la sanction entre fraude, omission et erreur.

Une définition claire et universelle de la fraude fait défaut.

Si le code pénal prévoit la réunion des deux éléments matériel et intentionnel dans sa définition de la fraude, le droit de la protection sociale ne l'exige pas. L'article L114-17 du code de la sécurité sociale n'impose pas aux organismes concernés de rapporter l'intention de frauder.

4.2. Définition de la notion de domicile social

Les prestations ne pourront être versées qu'au domicile déclaré à l'administration fiscale à défaut.

L'information tirée de courriers retournés et portant la mention « n'habite pas à l'adresse indiquée » doit être partagée pour signalement entre les partenaires.

4.3. Définition de la vie commune

Faute de définition précise, l'interprétation de la notion de vie commune est variable. Les rapporteuses proposent une révision de la définition de « vie commune ».

Les rapporteuses proposent de retenir que la vie de couple se compose de deux critères cumulatifs :

- d'une part, le fait que les intéressés mettent en commun leurs ressources et leurs charges
- d'autre part, le fait qu'ils entretiennent une relation affective notoire et permanente

Le domicile social, interconnecté à la déclaration fiscale, sera de fait un levier efficace pour effectuer les contrôles a priori.

Le critère de la vie de couple est ici fondamental puisqu'il permet de distinguer le concubinage de l'hébergement ou de la colocation, situations dans lesquelles la vie commune peut être stable et continue et les charges partagées, mais qui n'induisent ni relation affective, ni partage des ressources.

Si ces critères étaient adoptés dans les textes, nombre de situations qui sont assimilées aujourd'hui à de la fraude ne le seraient plus.

5 Prévoir un guide de l'utilisateur

Sur le modèle des guides existants pour faciliter la relation entre l'utilisateur et les services publics, les rapporteuses proposent un guide adapté aux relations de l'utilisateur avec les organismes de protection sociale. Afin de mieux renseigner chacun sur ses droits et devoirs, un document centralisant les aides existantes, leurs conditions d'octroi, les obligations à remplir et les périodicités à ne pas manquer mais aussi les voies de recours, devra être établi. L'outil doit être complet, transparent, mais aussi lisible pour chacun.

Des initiatives intéressantes ont été développées par les organismes de protection sociale, de manière numérisée. Néanmoins, il ne faut pas négliger l'illettrisme numérique. Ce guide devra donc avoir une version papier.

Ainsi, l'ensemble des prestations et obligations des bénéficiaires seront explicitement énoncées et détaillées. A cet égard, les efforts des CAF sont à relever et pourraient être dupliqués par les autres organismes.

Les rapporteuses proposent donc que soient élaborés, à l’instar de ce qui prévaut en matière fiscale, un guide de l’utilisateur ou une « charte des droits du bénéficiaire contrôlé ».

Cette charte impliquerait que soient clairement respectés les droits du bénéficiaire au cours du contrôle (énoncé de ses droits, respect du contradictoire) et que les modèles de notifications d’indus fassent apparaître clairement de manière détaillée plusieurs informations essentielles :

- la motivation en fait et en droit de la décision ;
- les mentions des voies et délais de recours administratifs et contentieux (procédure, adresses et délais pour chaque recours) : ce point est aujourd’hui essentiel compte tenu de la réforme des contentieux sociaux et de la mise en œuvre d’un recours administratif préalable obligatoire dénommé RAPO1

6 Assurer la réactivité de publication des mesures règlementaires

Il convient d’assurer la publication des décrets dans des délais raisonnables, tels que ceux prévus à l’article 77 de la LFSS 2019 sur l’amélioration du recouvrement de diverses sommes par les organismes de sécurité sociale.

Les délais de publication des décrets doivent être raisonnables afin de permettre la mise en place des dispositions. A défaut, ce délai conduit à une négation des droits du Parlement.

7 Renforcer les procédures de contrôles internes

Dans chacun des organismes sociaux, il est tout à fait nécessaire de s’attacher à prévenir les fraudes internes, autant qu’externes.

Des contrôles de second niveau, des habilitations, des requêtes aléatoires et audits doivent être organisés afin de lutter contre ces possibles fraudes.

8 Sécuriser les données sur lesquelles les organismes de protection sociale et Pôle emploi travaillent

La sécurisation est un enjeu majeur des immatriculations, car l’immatriculation est la clef d’entrée dans nos systèmes de santé.

À cet effet, il faut bien entendu sécuriser les documents qui sont produits ou utilisés, notamment les actes d’état civil.

Les rapporteuses proposent les mesures suivantes :

- Réaliser un audit extérieur des outils de gestions des fichiers de données utilisés par les organismes de protection sociale ;
- Formaliser les actes de naissances en France par un formulaire CERFA. En effet, si le contenu des actes de naissances est régi par les dispositions du code civil, la forme ne l’est pas. La mesure proposée est destinée à éviter la fraude documentaire ;
- Instaurer un premier rendez-vous physique avec les futurs bénéficiaires en utilisant un enregistrement de données biométriques ;
- Former les agents afin qu’ils soient capables d’identifier les faux documents (animation de différents modules déployée par les agents de la direction centrale de la Police aux frontières) ;
- Faire primer, sur toute autre appréciation, les dispositions de l’article 47 du Code Civil et les avis de la PAF en charge de la fraude documentaire
- Pour les personnes nées en France, mettre en place un contrôle via le RNIPP/SNGI ;
- Accorder aux organismes sociaux la possibilité de demander un acte d’état civil directement aux communes, démarche qui sera encore facilitée avec la mise en place de Comedec (article 101-1 du code civil) ;

- Pour les personnes nées hors de France, instaurer des réserves de précaution sur l'utilisation du RNIPP/SNGI -> SANDIA (point d'attention au risque de fiabilité) ;
- Exiger et contrôler le titre de séjour avec AGDREF si l'assuré/allocataire réside hors UE et/ou sur le territoire national ;
- Pour les Français nés à l'étranger, permettre l'interrogation du SCEC (Service central d'état civil) de Nantes (système web remplacé par Comedec) ;
- Pour les ressortissants UE : renforcer la coopération européenne ;
- Mettre en place une consultation du RNCPS et/ou échange avec les autres organismes pour vérifier que le bénéficiaire est toujours vivant ;
- Vérifier la qualité/authenticité des documents fournis et la cohérence du dossier ;
- Identifier les signataires des documents dans les bases de données pour permettre que des requêtes contenant cette information puissent être émises;
- Consulter en ligne le registre public de documents authentiques d'identité et de voyage (PRADO) <https://consilium.europa.eu/prado/fr/prado-glossary.html>

Sécuriser les données et éviter la fraude documentaire avec les pays étrangers est un axe à renforcer. En effet, les critères d'appréciation de la validité des documents sont très variables, surtout en ce qui concerne les actes d'états civils. C'est la raison pour laquelle les rapporteurs proposent de travailler à la mise en place de la sécurisation des actes d'états civils étrangers.

Sécuriser les documents qui sont produits comme pièces justificatives, en plus du renforcement des données, semble être un aspect pragmatique et nécessaire.

Ainsi, les rapporteurs proposent l'utilisation du Cachet Electronique Visible (CEV). Les administrations, universités, bailleurs, organismes du service public qui délivrent des documents administratifs ou pièces justificatives doivent pouvoir sécuriser ces documents contre des manipulations frauduleuses.

Cette sécurisation des documents a été mise en place par le CROUS (Centre Régional des Oeuvres Universitaires et Scolaires) en 2019. L'objectif est de lutter contre les faux documents ou documents falsifiés. La dématérialisation de la relation a renforcé la fragilisation de la vérification documentaire.

Assis sur le label de l'Association Internationale de Gouvernance du Cachet Electronique Visible (AIGCEV), le CEV spécifie les données par type de document, répertorie les émetteurs autorisés, labellise les éditeurs et les autorités de certification habilitées à distribuer un certificat de signature (ou cachet serveur).

Le cachet électronique visible offre une garantie de fiabilité à tous types de documents et constitue un levier efficace pour prévenir la fraude documentaire.

9 Sécuriser les justificatifs de résidence

La sécurisation du lieu de résidence pourrait passer par cette interconnexion des données, en instaurant un domicile social qui correspond au domicile fiscal. Par cohérence et simplification, cette harmonisation est la solution privilégiée afin de lutter contre les fraudes déclaratives concernant la résidence.

Après l'article L111-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles, il conviendra d'insérer un article ainsi rédigé : « L'organisme compétent pour attribuer une prestation sociale légale, réglementaire ou conventionnelle est celui dans le ressort duquel la personne possède son domicile fiscal. Pour tenir compte de situations exceptionnelles, il peut être dérogé au précédent alinéa dans des conditions prévues par décret en Conseil d'État. »

Pour viser directement certaines prestations, ici le RSA, et avant de décliner à toutes les autres prestations, il convient de modifier l'article L262-13 du Code de l'Action Sociale et des Familles de la façon suivante : I.- Au premier alinéa remplacer les mots : « réside ou a, dans les conditions prévues au chapitre IV du titre VI du présent livre, élu domicile ». Par les mots : « à son domicile fiscal. » Le premier alinéa de l'article sera également complété par une phrase ainsi rédigée : « Pour tenir compte de situations exceptionnelles, il peut être dérogé au précédent alinéa dans des conditions prévues par décret en Conseil d'État ».

De plus, l'obligation de déclaration de résidence prévue à l'article L R115-7 du code de la Sécurité Sociale imposant l'information d'un changement de situation tel qu'un changement de résidence, n'est assortie d'aucune sanction.

Il s'avère que ce manquement complexifie considérablement les contrôles pour les équipes des organismes en charge des risques. Une sanction devra donc être prévue par ce texte.

Ainsi, pour les personnes résidentes en France, le partage d'informations avec l'administration fiscale doit être envisagée. Pour les personnes résidentes à l'étranger, une inscription domiciliaire dans les consulats est à imposer.

Enfin, les retours de courriers portant la mention « N'habite Pas à l'Adresse Indiquée » (NPAI) doivent faire l'objet d'un traitement particulier dans le cadre de la lutte contre les fraudes sociales. En effet, il ne peut être compris que le citoyen bénéficie de prestations sociales, sans mettre à jour son dossier personnel et justifier de sa situation personnelle.

10 Renforcer la lutte contre les fraudes dans le système de santé

Au regard de leurs différentes analyses, les préconisations proposées par les rapporteuses pour lutter contre les fraudes commises par les professionnels de santé ou établissements de santé sont les suivantes :

Réunir les partenaires afin de rediscuter les indicateurs à prendre en compte dans la Convention d'objectifs et de gestion afin d'ajuster les objectifs pour les mettre en adéquation avec les progrès déjà réalisés et ceux attendus au regard des dispositifs mis en place ou à venir.

Etablir une cartographie détaillée des risques pour :

- Accentuer la prévention
- Mieux prioriser les actions de contrôle
- Proportionner les moyens de lutte au niveau des risques

Améliorer l'efficacité des contrôles sur les professionnels de santé en :

- Etendant les contrôles ciblés de facturation
- Retenant des critères moins sélectifs pour le contrôle de la méga-activité
- Accroissant l'utilisation du datamining
- Renforçant les effectifs de la lutte contre la fraude, notamment en régions

Exploiter la Base de données de Ressources Mensuelles pour :

- Sécuriser la reconnaissance des droits
- Sécuriser les versements de prestations

Sécuriser la liquidation des rentes AT-MP en automatisant les échanges de données avec les CARSAT, les CAF, les services fiscaux

Sécuriser la délivrance de substituts aux opiacés en :

- Appliquant le dispositif de l'art.162-4-2 du CSS
- Imposant la prescription électronique par un seul prescripteur pour un patient

Renforcer les contrôles automatisés a priori, concernant :

- La détection des codes, actes, prescriptions compatibles avec la nomenclature
- La détection de doubles paiements
- Le contrôle de la cohérence du kilométrage des transporteurs sanitaires

En cas de fraude avérée, prévoir à l'encontre des fraudeurs

- La suppression de la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) pour les praticiens sanctionnés

Revoir la procédure de dé-conventionnement pour la rendre plus souple et plus rapide

Sécuriser les conditions de remplacement des professionnels de santé en renforçant l'information des CPAM sur les remplacements en cours.

Les rapporteuses proposent la dématérialisation complète des prescriptions médicales, ainsi que celle des arrêts de travail.

De plus, l'amélioration des systèmes de renseignement, notamment dans la centralisation des informations (décès, durées d'activités dans un pays voisin, etc.) passera nécessairement par un renfort de l'interconnexion des données entre organismes de protection sociale et une alimentation automatique des fichiers sur le format « dites-le nous une fois ».

Un renforcement des contrôles dits « de ciblage » avec élargissement des champs des grandes atypies doit être mis en place.

Le principe d'entente préalable doit être renforcé. En effet, les auditions ont fait apparaître que, même en cas de redus, il n'y a pas de blocage du remboursement automatisé.

La CMU-C est gérée sur période glissante de 12 mois, or la déclaration de revenus est effectuée par année civile. Il convient donc d'harmoniser la gestion de la CMU-C aux déclarations de revenus afin de contemporaniser les conditions d'octroi.

La suspension de conventionnement a fait l'objet de recours par certains ordres professionnels. Afin de sécuriser cette pratique en cas de fraude avérée et significative, un décret doit être publié (en réponse à la décision du 10/07/2017 n°419585).

L'article 114-9 du Code de la sécurité sociale doit être plus largement appliqué pour partager l'information de démarches frauduleuses aux mutuelles et complémentaires.

11 Lutter contre les entreprises éphémères

Le risque lié à l'absence d'effectivité de son activité et au recrutement abusif de salariés dont les charges et rémunérations ne sont pas versées ouvre sur plusieurs types de fraudes. Il s'agit notamment des fraudes liées à la création d'une entité/activité fictive, constatée notamment via le détournement du statut de micro-entrepreneurs, ouvrant droit à certaines prestations contributives et non contributives. La création de telles sociétés dites éphémères peut entraîner également une fraude à l'assurance garantie des salaires (coquilles vides, société de domiciliation) pouvant déboucher sur une perception frauduleuse d'allocation chômage, de retraite/retraite complémentaire, le versement d'arriérés de salaires et indemnités de licenciements par l'AGS, de cotisations patronales fictives (notamment pour l'assurance retraite - versement d'une pension retraite n'étant pas en adéquation avec sa carrière et niveau de salaire) ; ainsi que des fraudes à la carrière.

Les rapporteuses insistent sur l'importance des procédures de contrôle en amont, afin d'appliquer les dispositions prévues à la Directive 2004/38/CE du Parlement européen et du Conseil relative au droit des citoyens de l'Union et des membres de leurs familles de circuler et de séjourner librement sur le territoire des Etats membres et en intégrant l'article L121-A du CESEDA.

Par ailleurs les propositions visant à lutter contre ce phénomène sont multiples :

- Vérifier l'identité des micro-entrepreneurs et leurs justificatifs de domicile (utiliser DocVérif, utiliser des documents sécurisés pour les justificatifs de domicile, échanger avec les OPS, consulter le RNIPP ou le SANDIA, interroger l'émetteur du document, mettre en place des contrôles systématiques des adresses « habite chez », accentuer les contrôles)
- Vérifier la réalité de l'activité (dispositif de veille auprès des CODAF ; échanges entre OPS - notamment des signalements dans le cadre des contrôles lutte contre le travail illégal et des signalements des OPS sur l'émergence de nouvelles typologies de fraude); Pour les demandeurs de prestations sociales non contributives issus d'un pays membre de l'Union Européenne, et pour des séjours entre 3 mois et 5 ans, prévoir un contrôle de la résidence habituelle et contrôler l'existence de ressources suffisantes ouvrant droit au séjour.
- Associer pleinement l'AGS aux CODAF comme membre de droit
- Renforcer la formation des personnels à la lutte contre les fraudes sociales
- Identifier les salaires anormalement élevés au regard de l'activité et de la mission
- S'assurer d'une consultation du SNGC
- Observer les DPAE anormalement élevées pour des entreprises dont l'activité et le capital social sont en inadéquation avec ces volumes de recrutement

- Identifier, dans les transmissions mensuelles (DSN), les alertes liées à une anomalie administrative du salarié dans l'entreprise : ajout en rectification, abus de l'utilisation des «numéros techniques temporaires», localisation dans une société de domiciliation
- Etudier l'opportunité de comparer le montant total des droits ouverts par une entreprise et les cotisations effectivement payées dans le but d'identifier tout écart anormal.
- Vérifier la date d'inscription de la société au service de santé au travail
- Vérifier l'identité du gérant lors des dépôts des statuts au greffe du Tribunal de Commerce
- Consulter la base «FNIG» (Fichier national des interdits de gérer) notamment pour les secteurs d'activité présentant un risque (BTP, transports, restauration, ...). Le fichier n'est actuellement pas disponible en consultation pour les organismes, une convention doit être signée entre le CNGTC/Infogreffe et les organismes concernés. L'AGS doit également avoir accès au FNIG.

L'AGS sollicite trois évolutions majeures pour que puisse être assuré le juste versement des assurances de garantie des salaires et maintenir la réactivité du versement des prestations : l'accès à la DSN pour avoir des informations sur l'activité du salarié et écarter le doute sur l'activité fictive, l'accès à FICOBA pour écarter les doutes de fraudes la réalité des créances, et le renfort des contrôles d'identité et de résidence par les greffes des tribunaux de commerce pour les gérants avec alerte sur les multi-gérants. Nous soutenons ces attentes.

L'obligation faite à l'AGS de garantir les salaires de tous les salariés, qu'ils soient ou non en situation irrégulière sur le territoire soulève des questionnements légitimes. Comment considérer que l'AGS assure chacun, même en situation de travail illégal ?

Les sommes couvertes par l'AGS sont soumises à un délai de prescription de 3 ans. Le montant des dommages et intérêts versé est calculé sur une base forfaitaire, tenant compte d'un minimum de 6 mois de salaire, y compris pour les salariés ayant travaillé en deçà. Ce délai de prescription de 3 ans paraît trop important et il est constaté en pratique que les demandes tardives sont dans la plupart des cas des demandes frauduleuses. Le développement des faux documents (contrats de travail, bulletins de salaires) induit également pour l'AGS une nécessité accrue de vérifier l'information présentée par le demandeur.

12 **Faire évoluer la coopération transfrontalière et internationale**

Eviter la double prestation et assurer la juste prestation est un objectif partagé par les pays membres de l'UE. Il pourrait s'organiser plus efficacement par le partage de données. Ainsi, une centralisation des prestations sociales sur le RNCPS pour interagir avec les pays frontaliers contribuerait à améliorer l'efficacité de la lutte contre la fraude. Des démarches d'accords ont été engagées entre la France et des pays frontaliers.

Le partage des informations reçues des pays tiers doit faire l'objet d'une communication transversale. L'exemple de la période d'activité qui est communiquée à la CPAM par le formulaire S072, qui comprend l'identification de la personne, son adresse, l'entreprise employeur, et la période d'activité concernée, doit pouvoir être transmise aux organismes sociaux (CAF notamment), Pôle Emploi et MSA.

Il convient également d'assurer un meilleur suivi des formulaires attestant de la législation applicable au travailleur qui n'est pas affilié dans le pays de travail (formulaire A1). Sur la base des contrôles effectués pour lutter contre le dumping social, le ciblage effectué au travers du data mining et du croisement de données doit être renforcé.

Une collaboration renforcée entre les pays frontaliers des services d'inspection doit être mise en place afin d'organiser des enquêtes conjointes. Ainsi les OPS et les services d'enquête pourront améliorer les échanges et le croisement de données de contrôles.

Les indemnités d'incapacité de travail, versées sous forme d'indemnités journalières (IJ) ou de pensions/rentes payées par la CPAM et accordées au titulaire par un médecin traitant, doivent faire l'objet d'une démarche vis-à-vis de l'OPS. Le contrôle de ces situations est à renforcer et la procédure de vérification documentaire à consolider (l'attestation sur l'honneur ouvre à des voies de fraudes trop importantes).

Les accords bilatéraux ou conventions bilatérales doivent être multipliés. Sur l'exemple de la convention bilatérale conclue avec la Belgique, un accord de coopération opérationnel entre les services de contrôle des OPS permettra de faciliter les contrôles sur le territoire, des enquêtes conjointes, et des opérations de vérification de non versement de prestations sociales en doublon. L'échange de données systématisé et le partage de bonnes pratiques doivent être mis en place.

Enfin, un échange particulier peut être organisé avec la Belgique afin de s'inspirer de la Banque Carrefour belge, plateforme d'interfaçage des données qui facilite la juste prestation. Cette démarche permet d'éviter le plus grand nombre d'erreurs de bonne foi, d'éviter des fraudes nombreuses faites souvent sur base déclarative ou profitant du manque d'interconnexions entre institutions, mais encore de lutter efficacement contre le non-recours aux droits.

13 Propositions diverses

Une nouvelle nomination des parlementaires GRANDJEAN/GOULET après un délai de 12 mois, est à prévoir pour assurer le suivi des préconisations (jurisprudence LAMBERT/BOULARD).

Un secrétariat d'Etat à la lutte contre les fraudes fiscales et sociales ferait considérablement avancer le sujet de la juste prestation en France.

La disposition prévue à l'article 28 alinéa 3 du Code de procédure pénale permet l'enquête conjointe des fonctionnaires et agents des organismes de protection sociale et officiers de police judiciaire. Les auditions ont montré que cette disposition était peu utilisée. Les rapporteuses proposent qu'elle soit partagée dans le cadre des CODAF et que la CPAM doit être associé à ces dispositions.

Il convient de revoir le régime des amendes administratives et de s'assurer de son effectivité. Les auditions ont montré que cette sanction était peu utilisée en pratique. Or, cela peut s'apparenter à une forme d'impunité au regard de la fraude non sanctionnée par un organisme.

Les délais de carence pour nouveau versement de prestation sociale, qui existaient et ont été supprimés, doivent être réinstaurés en cas de fraude avérée et significative. En effet, le nouveau versement de prestation ne peut être la solution pour financer l'indu généré par une fraude.

Un renfort des contrôles doit être effectué sur les autoentrepreneurs et plateformes en matière de lutte contre les fraudes.

Les procédures informant des pénalités nécessitent deux courriers : le premier pour alerter l'allocataire de la demande de l'organisme demandant la consolidation d'informations et la sanction en cas de non régularisation, le second pour signifier la pénalité appliquée. Une simplification par un courrier unique donnant un délai de réponse avant sanction simplifierait la démarche et réduirait les délais de procédure.

Les entreprises dépositaires des comptes type « nickels » doivent être contraintes de procéder à la clôture du compte si le justificatif d'identité du titulaire n'est pas communiqué dans le délai d'un mois.

La durée du maintien de droits pendant un an après déclaration de situation irrégulière doit être raccourcie. Un délai de 6 mois, durant lequel le dépôt de récépissé est effectué paraît répondre aux enjeux de maîtrise des finances publiques et aux délais de procédure en vigueur pour les éventuels renouvellements de droits.

Conclusion

L'architecture des prestations sociales en France s'est stratifiée au fil des années avec des prestations nouvelles ou transformées au rythme des réformes. Cette organisation est devenue complexe et réalisée en silo par chaque organisme de protection sociale et avec un système d'information développé par chacun sans prévoir l'interconnexion des données. Ce système, très longtemps organisé à l'échelle départementale, manque d'adaptation aux nouvelles mobilités et modes de vie, à la gestion dématérialisée et massive des données, à l'organisation complexe de notre protection sociale ainsi qu'aux récentes évolutions législatives, tel que le droit à l'erreur. Aussi, la juste prestation, telle que la France souhaiterait pouvoir mettre en place, est freinée par un système de versement de prestations organisé pour partie sur une base déclarative, avec un manque de partage des données entre acteurs et une évolution n'ayant pas su suffisamment intégrer les partenaires tels que les AGS, les mutuelles, les complémentaires ou les ARS.

La juste prestation suppose un système équilibré, qui lutte contre le non-recours aux droits, facilite l'accès des prestations aux citoyens en acceptant l'erreur de bonne foi, mais également lutte contre la fraude qui nuit à l'équilibre budgétaire et à l'enjeu de justice sociale.

Évaluer les politiques de lutte contre les fraudes, mises en place par les organismes sociaux, implique de mettre en perspective les efforts de lutte contre les fraudes sociales avec ceux réalisés en matière de lutte contre les fraudes fiscales. L'ensemble de ces fraudes méritent d'être combattues et ont pris du temps à intégrer les pratiques dans chacune des institutions. La lutte contre les fraudes sociales est plus récente en France, une dizaine d'années environ, aussi il est compréhensible que des moyens restent encore à mettre en oeuvre pour améliorer nos réponses face à ce phénomène.

De plus, les données sur lesquelles se basent les organismes rendent difficile la comparaison des organismes entre eux. En effet, si la CAF ou Pôle Emploi travaillent en grande partie sur une base déclarative, il n'en est pas de même pour la CNAV ou la CPAM qui disposent, quant à elles, d'une base informatisée et automatisée des données. Les leviers de fraude ne sont donc pas toujours les mêmes d'un organisme à l'autre et les moyens de lutte doivent être mis en perspective de ces réalités.

Si le chiffrage de la fraude aux prestations sociales est difficile à estimer, chacun s'accordera à partager qu'elle est largement sous-estimée du fait de son caractère dissimulé, du manque d'interconnexion des données, de l'évolution constante des typologies de fraudes, d'une culture de lutte contre la fraude en construction et d'objectifs dont les critères méritent d'être affinés, renforcés, afin d'améliorer nos performances en la matière.

De nombreux dispositifs ont été mis en place ces dernières années avec des acteurs compétents en la matière qui agissent dans chacun des organismes de protection sociales, dans les CODAF, au sein de la DNLF, des instances judiciaires, de la Cour des Comptes et de TRACFIN, mais également au sein de nombreuses structures partenaires (ARS, AGS, mutuelles, complémentaires, départements).

Sur l'exemple de dispositifs mis en place au niveau européen tels que la Banque Carrefour de la Sécurité Sociale belge, les rapporteuses proposent de faire évoluer notre modèle progressivement, en s'appuyant sur la compétence des acteurs précités, afin d'organiser une démarche facilitant l'interconnexion des informations, la fiabilisation des données entrantes, l'actualisation des mises à jour, la sortie d'une démarche déclarative concernant le recueil de données et l'organisation de moyens de contrôle et de lutte contre les phénomènes de non-recours aux droits, d'erreur de bonne foi et de fraude. Ainsi, les rapporteuses proposent qu'une démarche concrète soit engagée pour construire ce nouveau modèle à la française au regard de données qui auront fait l'objet d'un audit extérieur pour en renforcer l'efficacité.

Les rapporteuses insistent sur le fait qu'un partage de données organisé a priori, automatisé, ciblé sur les données pertinentes et gérés uniquement par les personnels expressément habilités faciliteront l'approche préventive, qui reste le meilleur levier de lutte contre les fraudes.

Bibliographie

Sites web :

DNLF (Délégation Nationale à la Lutte contre la Fraude), 24 avril 2018. P.-O. : 36,5 millions d'euros de fraudes détectés en 2018 [en ligne] Repéré à <https://www.economie.gouv.fr/dnlf/p-o-365-millions-deuros-fraudes-de-tectes-en-2018> [consulté le 4 aout 2019]

IMMIGRATION, REFUGIES ET CITOYENNETE CANADA, 29 octobre 2018. Nature des données biométriques recueillies et personnes qui doivent les fournir [en ligne] Repéré à <https://www.canada.ca/fr/immigration-refugies-citoyennete/organisation/publications-guides/bulletins-guides-operationnels/gestion-identite/biometriques/quelles.html> [consulté le 4 aout 2019]

SECRETARIAT GENERAL DU BENELUX, 3 juillet 2017. Prévention des fraudes [en ligne]. Repéré à <http://www.benelux.int/fr/les-themes-cles/securite-societe/lutte-contre-la-fraude> [consulté le 4 aout 2019]

Articles de presse :

CADIC, Catherine, 4 juin 2019. Loi Pacte : AGS et lutte contre les entreprises indélicates. In : Editions législatives [en ligne] Repéré à <https://www.editions-legislatives.fr/actualite/loi-pacte-ags-et-lutte-contre-les-entreprises-indelicates> [consulté le 4 aout 2019]

CHAUDENSON Robert, 16 aout 2015. L'immigration médicale In : Mediapart [en ligne] Repéré à <https://blogs.mediapart.fr/robert-chaudenson/blog/160815/l-immigration-medecale> [consulté le 4 aout 2019]

GODELUCK Solveig, 1er février 2019. Le filon du tourisme médical In : Les Echos [en ligne] Repéré à <https://www.lesechos.fr/2019/02/le-filon-du-tourisme-medical-1021467> [consulté le 4 aout 2019]

GODELUCK, Solveig, 27 avril 2017. Fraude sociale : nouveau record de redressement pour fraude dissimulée. In : Les Echos entrepreneurs [en ligne] Repéré à <https://business.lesechos.fr/entrepreneurs/0212016483259-fraude-sociale-nouveau-record-de-redressements-pour-travail-dissimule-309060.php> [consulté le 4 aout 2019]

LA MONTAGNE, 27 mai 2016. L'URSSAF a redressé 9,5 M€ en 2015, en Limousin [en ligne] Repéré à https://www.lamontagne.fr/limoges-87000/actualites/lurssaf-a-redresse-9-5m-en-2015-en-limousin_11932408/ [consulté le 4 aout 2019]

L'EST REPUBLICAIN, 17 octobre 2017. Nancy - Travail au noir : il arnaque l'URSSAF de 710 000 euros [en ligne] Repéré à <https://www.estrepublicain.fr/edition-de-nancy-ville/2017/10/12/il-arnaque-l-urssaf-de-710-000> [consulté le 4 aout 2019]

LE FIGARO, 26 septembre 2009. De faux certificats médicaux pour les sans-papiers [en ligne] <http://www.lefigaro.fr/actualite-france/2009/09/26/01016-20090926ARTFIG00673-de-faux-certificats-medicaux-pour-les-sans-papiers-.php> [consulté le 4 aout 2019]

LEPOINT, 10 juillet 2019. Pôle emploi : référence fraude, elle détourne 260 000 euros [en ligne] Repéré à https://www.lepoint.fr/faits-divers/pole-emploi-referente-fraude-elle-detourne-260-000-euros-10-07-2019-2323857_2627.php [consulté le 4 aout 2019]

RIBADEAU-DUMAS, 19 mars 2017. Le tourisme médical en plein essor un peu partout dans le monde In : France Info [en ligne] Repéré à https://www.francetvinfo.fr/monde/le-tourisme-medical-en-plein-essor-un-peu-partout-dans-le-monde_3057783.html [consulté le 4 aout 2019]

Bibliographie

Rapports :

CNAM, juillet 2019. Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses. [Rapport au Ministre chargé de la Sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et produits de l'Assurance maladie au titre de 2020 (loi du 13 août 2004)]

COUR DES COMPTES, 29 mars 2017. Plan de lutte contre la fraude sociale et le dumping social.

DEFENSEUR DES DROITS, septembre 2017. Lutte contre la fraude aux prestations sociales : à quel prix pour le droit des usagers ?

FUZEAU, Michel, WALRAET, Emmanuelle, CAUSSAT, Laurent et al. juin 2017. La modernisation de la délivrance des prestations sociales

GRATIEUX Laurent, LE GALL Olivier, février 2016. L'optimisation des échanges de données entre organismes de protection sociale. [en ligne] Repéré à <http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2015-090R1.pdf> [consulté le 3 juillet 2019]

IMBERT, Corinne, 25 mai 2016. Rapport fait au nom de la commission des affaires sociales (1) sur la proposition de loi de M. Éric DOLIGÉ et plusieurs de ses collègues visant à améliorer l'accès aux droits et à lutter contre la fraude sociale.

POLE EMPLOI, DIRECTION DE LA PREVENTION DES FRAUDES ET DU CONTROLE INTERNE, avril 2019. Rapport d'activité 2018 : Prévention des fraudes.

POLE EMPLOI, DIRECTION DE LA PREVENTION DES FRAUDES ET DU CONTROLE INTERNE, février 2019. Cadre Opérationnel : Domaine de la prévention des fraudes.

POLE EMPLOI, DIRECTION DE LA PREVENTION DES FRAUDES ET DU CONTROLE INTERNE, mars 2018. Bilan de la prévention des fraudes 2017.

POLE EMPLOI, DIRECTION DE LA PREVENTION DES FRAUDES ET DU CONTROLE INTERNE, avril 2017. Bilan de la prévention des fraudes 2016.

SECURITE SOCIALE DES INDEPENDANT, janvier 2019. Devenir auto-entrepreneur en 2019.

SIOD (Sociale Inlichtingen- en Opsporingsdienst), 1er mars 2018 Plan d'action : Lutte contre la fraude sociale 2018 : version revue pour terminologie [en ligne] Repéré à https://www.siod.belgie.be/sites/default/files/content/download/files/plan_daction_2018_fr.pdf [consulté le 4 août 2019]

TIAN, Dominique, 29 juin 2011. Rapport d'information déposé par la Commission des affaires sociales en conclusion des travaux de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale sur la lutte contre la fraude sociale.

UNEDIC, 2018. Rapport d'activité.

UNEDIC, 2018. Rapport financier.

UNEDIC, 2018. Rapport sur la gestion des risques, le contrôle et l'audit.

.

Bibliographie

URSSAF LORRAINE, 2018. Rapport annuel 2018.

VANLERENBERGHE, Jean-Marie, 5 juin 2019. Rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales sur les conséquences de la fraude documentaire sur la fraude sociale

VERAN, Olivier, PERRUT, Bernard, 23 juillet 2019. Mise en application de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019. [document provisoire]

Conférences :

DELAS, Bernard, 21 juin 2019. Actualité de la supervision en assurance. [Discours présenté lors de la conférence de l'ACPR BANQUE DE FRANCE, Palais Brongniart].

VILLEROY de GALHAU, François, 21 juin 2019. Actualité de la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme. [Discours présenté lors de la conférence de l'ACPR BANQUE DE FRANCE, Palais Brongniart].

Présentations type Powepoint :

DE MARGERIE, Gilles, 23 juillet 2019. Mission sur la fraude aux prestations. [Présentation faite lors de l'audition de France Stratégie à l'Assemblée Nationale]

VEERMAE, Egon, 5 juillet 2019. Fighting fraud in social insurance. [Présentation faite lors d'un voyage d'étude au social Insurance board du Ministère des affaires sociales d'Estonie]

Dossiers de presse :

CAF (Caisse d'Allocations Familiales), 25 avril 2019. Le contrôle et le « droit à l'erreur » dans les CAF. [Dossier de presse]

CAF (Caisse d'Allocations Familiales), 26 avril 2018. La politique de contrôle et de prévention des CAF : résultats 2017 [Dossier de presse] [en ligne] Repéré à http://www.caf.fr/sites/default/files/cnaf/Documents/DCom/Presse/Communiqués%202018/La_politique_de_contrôleet_de_prévention_des_Caf.pdf [consulté le 4 août 2019]

CAPEB GRAND EST, 3 septembre 2019. Signalement du travail illégal du BTP. [Dossier de presse]

CCMSA, 2018. Lutte contre la fraude et le travail dissimulé, Bilan 2018 de mise en oeuvre du plan institutionnel.

DIRECTION DE LA SECURITE SOCIALE, juin 2019. Le cahier de DAHNE 2019 : données relatives aux Aides et Prestations liées à l'Habitat, au handicap, à la Naissance et à l'Education de l'enfant.

DNLF. La typologie des fraudes.

Bibliographie

Décisions, lois, décrets, instructions, circulaires ...

CNAV, 7 mars 2018. La condition de résidence et de régularité de séjour en matière d'allocation de solidarité aux personnes âgées (Aspa) et d'allocation supplémentaire d'invalidité (ASI). [circulaire 2018-6]

CNIL, 29 septembre 2016. Délibération n°2016-293 portant avis sur un projet de décret relatif à la généralisation de la déclaration sociale nominative et un projet d'arrêté fixant les données de la déclaration sociale nominative.

CNIL, 23 octobre 2014. Délibération n°2014-432 portant avis sur un projet de décret en Conseil d'Etat autorisant les traitements de données à caractère personnel mis en oeuvre par les organismes gestionnaires des régimes obligatoires de base de l'assurance maladie pour l'accomplissement de leurs mission en matière de lutte contre les fautes, abus et fraudes.

CNIL, 30 janvier 2014. Délibération n°2014-045 portant avis sur un projet d'arrêté portant création par la direction générale des finances publiques d'un traitement automatisé de lutte contre la fraude dénommé « Ciblage de la Fraude et Valorisation des requêtes ».

CNIL, 24 mai 2012. Délibération n°2012-158 autorisant la Caisse centrale de mutualité sociale agricole (CCM-SA) à mettre en oeuvre un traitement automatisé de données à caractère personnel ayant pour finalité la gestion des dossiers des allocataires fraudeurs.

CNIL, 12 avril 2012. Délibération n°2012-114 portant avis sur un projet de décret en Conseil d'Etat « autorisant la création d'un traitement de données à caractère personnel relatif à la gestion des fraudes au régime général de l'assurance vieillesse ».

CNIL, 26 mai 2011. Délibération n°2011-154 autorisant la mise en oeuvre par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, CNAMTS, d'un traitement automatisé de données à caractère personnel ayant pour finalité l'expérimentation d'un programme de détection des fraudes à la CMUC (Datamining).

CNIL, 13 janvier 2011. Délibération n°2011-012 autorisant la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF) à constituer et à gérer une base d'information sur les dossiers des allocataires fraudeurs.

CNIL, 25 mars 2010. Délibération n°2010-086 autorisant la mise en oeuvre par la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF) d'un traitement de données à caractère personnel ayant pour finalité l'amélioration du ciblage des comptes allocataires à contrôler par les Caisses d'allocations familiales (CAF).

CNIL, 30 avril 2009. Délibération n°2009-211 portant avis sur un projet de décret en Conseil d'Etat relatif au Répertoire National Commun de la Protection Sociale (RNCPS).

CNIL, 20 novembre 2008. Délibération n°2008-458 portant avis sur un projet d'acte réglementaire présent par l'Unédic relatif à un traitement automatisé de données à caractère personnel ayant pour finalité principale la mise en oeuvre de la déclaration nominative des salariés relevant de l'assurance chômage (DN-AC).

CNIL, 6 novembre 2008. Délibération n°2008-382 autorisant la mise en oeuvre par l'URSSAF de Paris - région parisienne d'un traitement automatisé de données à caractère personnel à titre expérimental ayant pour finalité la prévention et détection des fraudes en matière de recouvrement des cotisations et contributions sociales.

Bibliographie

CODE DE LA SECURITE SOCIALE, 2008. Article L114-22 Créé par LOI n°2008-1330 du 17 décembre 2008 - art. 119 [en ligne] Repéré à : https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=8D8680F0765451579D6500FBB005C59F.tplgfr36s_3?idArticle=LEGIARTI000019959914&cidTexte=LEGITEXT000006073189&dateTexte=20110825 [consulté le 6 aout 2019]

DIRECTION GENERALE DE LA POLICE NATIONALE, DIRECTION GENERALE DE LA GENDARMERIE NATIONALE, DIRECTION DE LA SECURITE SOCIALE et al. 8 février 2013. [Protocole]

JOURNAL OFFICIEL DE L'UNION EUROPEENE, 2009. Règlement (CE) n°987/2009 du Parlement européen et du Conseil fixant les modalités d'application du règlement (CE) n°883/2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale. JO du 30 avril 2004.

JOURNAL OFFICIEL DE L'UNION EUROPEENE, 2004. Règlement (CE) n°883/2004 du Parlement européen et du Conseil portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale. JO du 30 avril 2004.

MINISTRE D'ETAT, GARDE DES SCEAUX, MINISTRE DE LA JUSTICE ET DES LIBERTES et al. 2010. Arrêté du 25 mars 2010 fixant la composition dans chaque département des comités de lutte contre la fraude. JO du 26 mars 2010. [en ligne] Repéré à <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=?cidTexte=JORFTEXT000022018999&dateTexte=&oldAction=rechJO&categorieLien=id> [consulté le 6 aout 2019]

POLE EMPLOI, DIRECTION DE LA MAITRISE DES RISQUES - DIRECTION DE LA PREVENTION DES FRAUDES ET DU CONTROLE INTERNE (DPFCI), 23 janvier 2019. Prévention et lutte contre la fraude à Pôle Emploi en 2019. [Instruction n°2019-8]

TOUBON, Jacques (Défenseur des Droits), 21 décembre 2018. Décision du Défenseur des Droits n°2018-236 [en ligne] Repéré à https://juridique.defenseurdesdroits.fr/doc_num.php?explnum_id=18259 [consulté le 4 aout 2019]

Questions écrites :

GRANDJEAN, Carole, 2018. Prévention et lutte contre la fraude des entreprises éphémères. JO du 27 février 2018. [en ligne] Repéré à <http://questions.assemblee-nationale.fr/q15/15-5863QE.htm> [consulté le 4 aout 2019]

Documents :

CAF, 2019. Bilan 2018 : Prévention et lutte contre la fraude aux prestations légales.

CAF, 2018. COG : Convention d'objectifs et de gestion entre l'Etat et la CNAF.

CAF La politique de contrôle : qu'est ce que la politique de contrôle ? [fiche repère]

CNAV, 4 septembre 2018. Appréciation des ressources pour l'attribution et la révision des avantages non contributifs et de la pension de réversion. [Instruction Nationale 2018-24]

COMMISSION EUROPEENNE, avril 2019. EU information systems : Security and Borders.

CONSEIL DE L'UNION EUROPEENNE, 17 octobre 2018. Rapport de la Commission au Parlement européen et au Conseil concernant la mise en oeuvre du plan d'action visant à renforcer la réponse de l'UE aux fraudes liées aux documents de voyage. [Note de transmission]

Bibliographie

DNLF (Délégation Nationale de Lutte contre la Fraude), 2019. Cartographie des risques de fraude aux prestations sociales – Chantier piloté par la DNLF conformément à un des axes stratégiques du PNLF 2016-2019

DNLF, 2019. Principaux accès directs sollicités en matière de fraude sociale nécessitant des modifications de niveau réglementaire.

DNLF, juin 2016. Fraude aux prestations sociales servies par les organismes de sécurité sociale.

POLE EMPLOI. Cartographie des Partenariats DPF-V9.

Notes

ACOSS, juin 2019. Evaluation du travail dissimulé et de ses impacts pour les finances publiques. [note rédigée pour le HCFiPS]

AGS, juillet 2019. Mission ministérielle sur la fraude aux prestations sociales. [note]

BANQUE DE FRANCE, juillet 2019. Entrée en relation d'affaires à distance. [note]

CARSAT NORD EST, juillet 2019. La fraude aux prestations sociales. [note]

CCMSA - DAMR, juillet 2018. Liste des prestations soumises à condition de résidence. [note]

MEDEF, 5 aout 2019. Mission sur la fraude aux prestations sociales. [note].

MSA, 3 aout 2019. Dispositif de signalement des décès pour prise en compte par la MSA. [note]

MSA, 3 aout 2019. Règles en matière de dépôt de plainte en prestations

MSA, 3 aout 2019. Taux de recouvrement des indus frauduleux. [note]

MUTUELLE COMPLEMENTAIRE D'ALSACE, 30 juin 2019. Note de synthèse : la fraude en mutuelle [note].

RESTOS DU COEUR, 12 juillet 2019. L'accès aux droits pour lutter contre la pauvreté et l'exclusion. [note]

SENAT, COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES, juin 2019. La fraude à l'immatriculation à la sécurité sociale : combien coûte-t-elle ? Comment l'éviter ?

Personnes auditionnées

Ministères

Ministère de l'Intérieur

Jean-Michel BREVET, Chef de la division de l'expertise en fraude documentaire

Jean-Marc GALLAND, Chef de mission Délivrance sécurisée des titres (DMAT)

Philippe CONDUCHÉ, Chef du bureau de la lutte contre le travail illégal et la fraude à l'identité, sous Direction de la lutte contre l'immigration irrégulière à la Direction des étrangers en France

Ministère de la Santé

Margaux BONNEAU, Conseillère parlementaire

Clément LACOIN, Conseiller budgétaire

Ministère de l'Economie et des finances

Maryvonne le BRIGNONEN, Directrice de TRACFIN

Ministère du Travail

Jean-Henry PYRONNET, Directeur de projet en charge de la lutte contre la fraude et le travail illégal à la Direction Générale du Travail (DGT)

Simon BERTOUX, sous-directeur du séjour et du travail de la direction des étrangers en France

Patrick OSTER, Direct Adjoint de la DIRRECCTE Nancy

Ministère de l'Outre-Mer

Annick GIRARDIN, Ministre

Gaëlle NERBARD, Conseillère en charge de la santé, des affaires sociales, de l'emploi et de l'égalité entre les femmes et les hommes

Raphaëlle SÉGUIN, Conseillère en charge du budget, de l'investissement public, des relations avec les collectivités, de la mer, de la pêche et des ports

Fabrice THIBIER, Chef de cabinet

Conseil d'Etat

Didier-Roland TABUTEAU, Président de la section sociale

Délégation Nationale à la Lutte contre la Fraude (DNLF)

Eric BELFAYOL, Délégué National

Yannick HERRY, Mission Coordination des Contrôles

Danyel COBANO, Mission Prestations

France Stratégie

Gilles de Margerie, Commissaire général



Personnes auditionnées

Direction de la Sécurité Sociale (DSS)

Mathilde LIGNOT-LELOUP, Directrice

Dorastella FILIDORI, Cheffe de la mission comptable permanente

Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS)

Laurent GRATIEUX, Inspecteur général des Affaires Sociales, auteur du rapport « L'optimisation des échanges de données entre organismes de protection sociale »

Delphine CHAUMEL, Inspectrice

Mairies

Boris RAVIGNON, Maire de Charleville-Mézières

Parlementaires

Olivier VERAN, Député, Rapporteur Général du Projet de loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS)

Brigitte BOURGUIGNON, Députée

Corinne VIGNON, Députée

Joël Giraud, Député, rapporteur Général de la Commission des Finances de l'Assemblée Nationale

Christine CLOAREC, députée, auteur du rapport sur la juste prestation pour des prestations et un accompagnement ajustés

Défenseur des droits

Jacques TOUBON, Défenseur des droits

Vanessa LECONTE, cheffe du pôle Protection sociale et solidarité

France de SAINT MARTIN, attachée parlementaire

Ambassades

Ambassade d'Allemagne

Katrin AUER, Conseillère aux affaires sociales

Félicia SCHRÖDER, Assistante de la Conseillère aux affaires sociales

Ambassade de Belgique

Marc MORSA, Expert fraude sociale du Ministère des affaires sociales belge

Ambassade de Chypre

Iacovos GIRAGOSIAN, Chargé d'affaires

Ambassade d'Espagne

Milagros CASALS ARQUIMBAU, Responsable des Relations Institutionnelles et experte fraude

Ambassade d'Estonie

Personnes auditionnées

Kadi KÜMNIK, Chef du bureau du conseil d'assurance sociale en Estonie

Ambassade du Luxembourg

Peggy FRANTZEN, Conseillère

Ambassade de Monaco

Christophe STEINER, Ambassadeur de Monaco

Ludmilla RACONNAT LE GOFF, Secrétaire Générale du département des affaires sociales et de la santé

Valérie BRUELL-MELCHIOR, Conseillère

Ambassade de Norvège

Oda Helen SLETNES, Ambassadrice de Norvège

Ambassade des Pays-Bas

Camille MERLEN, Conseiller social

Michael PISTECKY, Collaborateur Affaires sociales

Zachary EDELEN, Collaborateur Affaires sociales

Ambassade de Roumanie

Simona JUNESCU, Coordinatrice de la Section Consulaire

Roxana ILIESCU, Attachée en affaires sociales et du travail

Ambassade du Royaume-Uni

Andrew LETHERBY, Service Owner, Transaction Monitoring, Digital Delivery Centre London

Rosie MORRIS, Fiscal Crime Liaison Officier

Représentation permanente de la France auprès de l'Union Européenne à Bruxelles

Geoffroy FOUGERAY, Commissaire Divisionnaire, Conseiller pour les affaires intérieures

Tribunaux et services d'enquête judiciaire

Tribunal de Grande Instance de Paris

Charles PRATS, Vice président, magistrat

Laurent DACULSI, Expert Lutte contre la fraude dans le secteur public

Tribunal de Grande Instance 54

Michel-Simon JOURNO, Vice-Procureur de la République

Tribunal de Commerce 54

Charles CUNAT, Président, Direction Régionale de la Police Judiciaire Grand Est (DRPJ)



Personnes auditionnées

Guillaume CRIVELLI, Commissaire divisionnaire adjoint et Directeur adjoint

Conférence générale des Juges consulaires de France

Georges RICHELME, Président

Jean-Luc ADDA, président du tribunal de commerce d'Alençon

Conseil national des administrateurs judiciaires et des mandataires (CNAJMJ)

Christophe THEVENOT, Président

Christophe BASSE, Vice-Président

Alexandre de MONTESQUIOU, Consultant

Cour des Comptes

6ème chambre

Jean-Pierre VIOLA, Conseiller maître

Martine LATARE, Conseillère maître, présidente de section

Véronique HAMAYON, Conseillère maître

Didier SELLES, Conseiller maître

Haute Autorité de Santé (HAS)

Katia JULIENNE, Directrice Générale

Catherine GRENIER, Directrice de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins

Marie-Hélène RODDE DUNET, Docteur

Institutions départementales

Comité Opérationnel Départemental Anti-Fraude 61

Jean-François BELT, Inspecteur Général des Finances, Représentant du CODAF Orne

Assemblée des Départements de France

Dominique BUSSEREAU, Président

Jean-Michel RAPINAT, Responsable politiques sociales

Conseil Départemental de l'Orne

Christophe de BALORRE, Président

Jean-Pierre BLOUET, Conseiller Départemental

Marie-Thérèse de VALLAMBRAS, Conseillère Départementale

Conseil Départemental de Meurthe-et-Moselle

Gabriel ANDRÉ, Directeur de l'action sociale et insertion

Marie SAINTOT, Responsable accès aux droit et relations à l'utilisateur

Marie-Annick HELFER, Directrice de l'Autonomie

Organismes de Sécurité Sociale

Association pour la Gestion du régime d'Assurance des Créances des Salaires (AGS)

Serge PETIOT, Président des AGS

Personnes auditionnées

Centre de Gestion et d'Etudes AGS 54

Julien DESTRIKATS, Responsable

Anne FORTIER, Technicienne d'affaire, correspondante locale fraude

Michel DEIRMENDJIAN, Responsable du Pôle Gestion des Risques sur leur organisation

Béatrice DAVID, adjointe

Caisse Nationale des Allocations Familiales (CNAF)

Aude COURNEE, Directrice du département fraude

Jérémie AUDOUIN, Directeur adjoint

Patricia CHANTIN, Responsable des relations parlementaires

Caisse d'Allocations Familiales (CAF) 54

Sandrine BRUGIERE, Responsable départementale juridique et contentieux CNAF

Magali MORENS, Fondée de pouvoir

Pierre-Olivier PAULINE, Manager opérationnel Contrôle/Fraude

Stéphanie HUNONE, Responsable unité de production

Sandy FECK en charge de la partie fonctionnelle et formation

Emilie RINS, Sous-Directrice

Annie BRETARD, Référent technique prestation

Laurence BERNARD, Contrôleur des situations individuelles

Magali HOCK, référente fraude

Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail (CARSAT) Nord-Est

Emmanuel GOUAULT, Directeur

Elodie BURSTIN, Directrice adjointe à la retraite

Cindy MOULIN, Responsable du service fraude

Noémie NEUVEU, Responsable du Département carrière et déclarations

Caisse Nationale de l'Assurance Maladie (CNAM)

Catherine BISMUTH, Directrice de l'audit, du contrôle contentieux et de la répression des fraudes

Pierre PEIX, Directeur Délégué aux Opérations

Jérôme RODENBACH, Responsable du Département Droit des Contentieux

Caisse Nationale de l'Assurance Vieillesse (CNAV)

Renaud VILLARD, Directeur

Patrice COSTES, Directeur juridique

Salvador AMICO, Chargé de mission Département du Pilotage Réseau Fraude (DPRF)

Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) 54

Olivier PADIER, Correspondant Lutte contre la Fraude

Caisse Centrale de la Mutualité Sociale Agricole (CCMSA)



Personnes auditionnées

Nadia JOUBERT, Directrice des Statistiques, Etudes et Fonds
Roxane EVRAERT, Directrice adjointe de la maîtrise des risques

Mutualité Sociale Agricole Lorraine

Gilles CHAUDUMONT, Directeur Général
Dominique TRABAC, Agent de contrôle agréé et assermenté
Cédric BOULANGER, Directeur adjoint

MCA ACORIS

Christine COLENO, Chargée de mission contrôle et audit interne

Pôle Emploi

Jean-Louis TAUZIN, Directeur PFCI
Sophie DIATLOFF, Responsable au niveau national de la prévention des fraudes

Pôle Emploi 54

Valérie KURTS, Responsable de service prévention et lutte contre la fraude

Sécurité Sociale des Indépendants (RSI) 54

Patrick HARTER, Directeur Régional
Rachel THIBAUT, Responsable du service de lutte contre la fraude juridique

Unedic

Pierre CAVARD, Directeur général
Rémy MAZZOCCHI, Directeur de la maîtrise des risques et de la performance
Anaïs LANNES, Sous-Directrice de l'information et de la communication

Union Départementale des Associations Familiales (UDAF) 61

Gaëtan FERCHAUX, Directeur Général UDAF Orne

Agence Centrale des Organismes de Sécurité Sociale (ACOSS)

Emmanuel DELLACHERIE, Directeur de la réglementation, du recouvrement et du contrôle

Union de Recouvrement des cotisations de Sécurité Sociale et d'Allocations Familiales (URSSAF) 54

Philippe BEART, Référent Lutte contre le travail illégal

Banque Carrefour de la Sécurité Sociale (BSS) - Bruxelles

Franck ROBBEN, Directeur

Commission Nationale de l'Informatique et des Liberté (CNIL)

Paul HÉBERT, Directeur-adjoint de la conformité
Eric DELISLE, Chef du service des questions sociales et RH
Tiphaine HAVEL, Conseillère pour les questions institutionnelles et parlementaires

Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE)

OURLIAC, Directeur de Cabinet

Personnes auditionnées

SANDIA

Sébastien MONIE, Directeur
Francis CHASSEREAU, manager
Nathalie TOUCHARD CAETANO, responsable qualité

Organismes de recherche et universités

Direction des statistiques des études et de la prévision

Cyrille HAGNERÉ, Adjoint au Directeur ; responsable du Département Risques Recherche Évaluation et Publications

Ecole Nationale Supérieure de la Sécurité Sociale

Dominique LIBAULT, Directeur

Université Paris Dauphine

Robin JérémY RYDER, Directeur de l'exécutive Master Statistique et Big Data

Université Paris Sorbonne Assas 3

Michel BORGETTO, Professeur

Ordres

Conseil National de l'Ordre des Chirurgiens dentistes

Serge FOURNIER, Président
Myriam GARNIER, Vice-Présidente

Conseil National de l'Ordre des infirmiers

Patrick CHAMBOREDON, Président
Camille LE BRIS, juriste

Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens

Carine WOLF-THAL, Présidente
Catherine DUMONT, Directrice aux affaires juridiques

Organisations Syndicales

Syndicats Employeurs

CFE/CGC Nord Est

Christian BESSARD, représentant



Personnes auditionnées

UD FO Nord Est

Mohamed AIT AHMED, représentant

MEDEF 54

Sébastien VELEZ, Directeur de la Protection sociale

Nathalie BUET, Directrice-adjointe à la protection sociale

Guillaume LEBLANC, Directeur des Affaires Publiques

Pierre-Matthieu JOURDAN, Directeur adjoint à la Direction des relations sociales

MEDEF 54

Benoit PALISSON, Délégué Général

CPME 54

Philippe BOYON, représentant

Chambres Professionnelles Chambre de Commerce et d'Industrie (CCI) 54

Daniel CERUTTI, Vice-Président

Chambre d'Agriculture 54

Sophie LEHE, Vice-Présidente

Fédération du Bâtiment 61

Vincent GAUTIER, Président de la Fédération BTP de l'Orne

Hubert GESNOUIN, Secrétaire Général de la Fédération BTP de l'Orne

Banques

Banque de France

Patrick MONTAGNER, Secrétaire Général Adjoint de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution

Véronique BENS Aid-COHEN, Conseillère Parlementaire auprès du Gouverneur de la Banque de France

Banque Postale

Dominique ROUQUAYROL de BOISSE, Directeur conformité juridique

Delphine de CHAISERMATIN, Directrice des affaires institutionnelles

Smara LUNGU, Déléguée aux affaires territoriales et parlementaires

Entreprises

GIP-MDS : Modernisation des déclarations sociales

Elisabeth HUMBERT-BOTTIN, Directrice Générale

Personnes auditionnées

Société Bleckwen

Nina BERTRAND, Data Scientist

Yannick MARTEL, Fondateur, Directeur de la recherche et du produit

François SAULNIER, Directeur de Développement

Alexandre ALBERDI, Responsable Commercial

Groupe Excellcium

Pierre-Alexandre ROCOFFORT de VINNIÈRE, Président

Philippe CARADEC, Directeur développement et relations institutionnelles

Entreprise TTA Joué du Bois

Stéphane ANDRIEU, entreprise TTA Joué du Bois

Associations

Associations Agence de Lutte contre les Fraudes à l'Assurance (ALFA)

Magali BURGOS, chargée de formation

Association Internationale de Gouvernance du Cachet Electronique Visible (AIGCEV)

Gilles BARRE, Président

Les Restos du Coeur

Frédérique VANNIER, Référente ressources restos du Coeur Orne

Catherine HOUTIN, Trésorière Restos du Coeur Orne



Annexes

1-La lettre de mission du Premier Ministre

2- Les auditions (classées par ordre chronologique)

Audition n°1 : Laurent DACULSI, Expert Lutte contre la fraude dans le secteur public, 19 juin 2019

Audition n°2 : Jean-Michel BREVET, chef de la division de l'expertise en fraude documentaire, Ministère de l'Intérieur, 26 juin 2019

Audition n°3 : Jean-Marc GALLAND, chef de mission Délivrance sécurisée des titres (DMAT), 26 juin 2019

Audition n°4 : Jean-Henry PYRONNET, Directeur de projet en charge de la lutte contre la fraude et le travail illégal à la Direction Générale du Travail (DGT), 26 juin 2019

Audition n°5 : Mohamed AIT AHMED, représentant UD FO Nord Est, Christian BESSARD, représentant CFE/CGC Nord Est, 27 juin 2019

Audition N°6 : Philippe BOYON, représentant CPME 54, Benoit PALISSON, Délégué Général du MEDEF 54, Daniel CERUTTI, Vice-Président de la Chambre de Commerce et d'Industrie (CCI) 54, Sophie LEHE, Vice-Présidente de la Chambre d'Agriculture de Meurthe-et-Moselle, 27 juin 2019

Audition n°7 : Conseil départemental de Meurthe-et-Moselle - Gabriel ANDRE, directeur de l'action sociale et insertion, Marie SAINTOT, responsable accès aux droits et relations à l'utilisateur, Marie-Annick HELFER, Directrice de l'Autonomie, 27 juin 2019

Audition n°8 : Olivier PADIER, correspondant Lutte contre la Fraude de la CPAM 54, 27 juin 2019

Audition n°9 : Délégation Nationale à la Lutte contre la Fraude (DNLF) - Eric BELFAYOL, délégué national, Yannick HERRY, Mission Coordination des Contrôles, Danyel COBANO, mission prestations, 8 juillet 2019

Audition n°10 : Pôle emploi - Jean-Louis TAUZIN, directeur PFCI, Sophie DIATLOFF, Responsable au niveau national de la prévention des fraudes, 9 juillet 2019

Audition n°11 : Caisse Nationale des Allocations familiales – Aude COURNEE, directrice du département Maitrise des Risques Lutte contre la Fraude, Jérémie AUDOUIN, Directeur adjoint au réseau, Patricia CHANTIN, Responsable des relations parlementaires, 9 juillet 2019

Audition n°12 : Salvador AMICO, Chargé de mission Département du Pilotage Réseau Fraude (DPRF), 9 juillet 2019

Audition n°13 : Philippe CONDUCHÉ, Chef du bureau de la lutte contre le travail illégal et la fraude à l'identité, Sous Direction de la lutte contre l'immigration irrégulière à la Direction des étrangers en France, Simon BERTOUX, sous-directeur du séjour et du travail, 10 juillet 2019

Audition n°14 : MSA - Nadia JOUBERT, Directrice des Statistiques, Études et Fonds, Roxane

Annexes

EVRAERT, Directrice adjointe de la maîtrise des risques, 11 juillet 2019

Audition n°15 : CNIL - Paul HEBERT, Directeur-adjoint de la conformité
Eric DELISLE, Chef du service des questions sociales et Ressources Humaines, Tiphaine HAVEL,
conseillère aux questions institutionnelles et parlementaires, 11 juillet 2019

Audition n°16 : SANDIA - Sébastien MONIE, Directeur, Francis CHASSEREAU, manager, Nathalie
TOUCHARD CAETANO, chargée qualité, 14 juillet 2019

Audition n°17 : 6ème chambre de la cour des comptes – Martine LATARE, conseillère maître, prési-
dente de section, Jean-Pierre VIOLA, conseiller maître, Didier SELLES, conseiller maître, Véronique
HAMAYON, conseillère maître, 17 juillet 2019

Audition n°18 : Sécurité sociale - Mathilde LIGNOT-LELOUP, Directrice, Dorastella FILIDORI, Res-
ponsable de la Mission fraude et Secrétaire générale de la Mission comptable permanente, 23 juillet
2019

Audition n°19 : Caisse Nationale d'Assurance Maladie - Catherine BISMUTH, Directrice de l'audit,
du contrôle contentieux et de la répression des fraudes, Pierre PEIX, Directeur Délégué aux Opéra-
tions, Jérôme RODENBACH, Responsable du Département Droit des Contentieux, 23 juillet 2019

Audition n°20 : Geoffroy FOUGERAY, Commissaire divisionnaire à Bruxelles, conseiller pour les af-
faires intérieures à la représentation permanente de la France auprès de l'Union européenne, 23 juillet
2019

Audition n°21 : UNEDIC - Pierre CAVARD, Directeur général, Rémy MAZZOCCHI, Directeur de la
maîtrise des risques et de la performance, Anaïs LANNES, Sous-Directrice de l'information et de la
communication, 24 juillet 2019

Audition n°22 : La Banque Postale - Dominique ROUQUAYROL de BOISSE, Directeur conformité
juridique, Delphine de CHAISERMATIN, Directrice des affaires institutionnelles, Smara LUNGU,
Déléguée aux affaires territoriales et parlementaires, 24 juillet 2019

Audition n°23 : MEDEF - Sébastien VELEZ, Directeur de la Protection sociale, Nathalie BUET,
Directrice-adjointe à la protection sociale, Guillaume LEBLANC, Directeur des Affaires Publiques,
Pierre-Matthieu JOURDAN, Directeur adjoint à la Direction des relations sociales, 24 juillet 2019

Audition n°24 : Haute autorité de santé - Catherine GRENIER, Directrice de l'amélioration de la qua-
lité et de la sécurité des soins, Marie-Hélène RODDE DUNET, docteure, 30 juillet 2019

Audition n°25 : Charles PRATS, Vice-président du Tribunal de Grande Instance de Paris, 30 juillet
2019

Audition n°26 : Sécurité Sociale des Indépendants (RSI) - Patrick HARTEER, Directeur Régional, Ra-
chel THIBAUT, Responsable du service de lutte contre la fraude juridique, 1er août 2019

Audition n°27 : AGS 54 - Michel DEIRMENDJIAN, Responsable du Pôle Gestion des Risques sur
leur organisation et son adjointe Béatrice DAVID, Julien DESTRI BATS, Responsable, Anne FOR-
TIER, Technicienne d'affaire, correspondante local fraude, 1er août 2019

Annexes

Audition n° 28 : CNAV - Renaud VILLARD, Directeur, Sébastien MONIE, Directeur de Cabinet, Patrice Costes, directeur juridique.

3 - Les contributions

3-1 Contribution du Sénateur Goulet

3-2 : Contributions des personnes et organismes auditionnés

- Contribution de Jean-Marc Galland, Mission Délivrance sécurisée des titres (4/07/2019)
- Contribution des Restos du Cœurs (12/07/2019)
- Contribution de la Fédération Française du Bâtiment (22/07/2019)
- Contribution de Geoffroy FOUGERAY (24/07/2019)
- Contribution de la direction générale des étrangers en France (30/07/2019)
- Contribution de la direction de la Sécurité Sociale (30/07/2019)
- Contribution du MEDEF (5/08/2019)
- Contribution du GIP-MDS (09/09/2019)
- Contribution du Professeur Michel BORGETTO (15/09/2019)
- Contribution de la CNAV (réponses aux informations demandées) (20/09/2019)
- Contribution du ministère de la Justice sur la réforme des juridictions sociales entrée en vigueur au 1er janvier 2019 (4/10/2019)
- Communiqué INSEE, CNAV, etc. du 5 septembre (04/10/2019)

3-3 : Les contributions des institutions et organismes internationaux

- Note Healthcare fraud (17/06/2019)
- Note de l'Ambassade de Grande-Bretagne (05/08/2019)
- Contribution de l'Ambassadrice de Norvège en France (04/10/2019)
- Contribution de l'Ambassade d'Allemagne (04/10/2019)
- Note de l'Ambassade de Malte (17/07/2019)
- Réponse de l'Ambassadrice de France au Maroc sur les certificats de vie (11/09/2019)
- Note de l'Ambassade de France au Portugal (18/09/2019)
- Contribution du Sénateur Patient – État des lieux en Guyane (28/08/2019)
- Contribution de la Sénatrice Nassimah Dindar (04/10/2019)
- Note du Sénateur Olivier Cadic (28/07/2019)