

FICHES CONCOURS
POLITIQUES SOCIALES ET DE SANTE

La fraude sociale

Septembre 2017



Hieronymus Bosch, L'escamoteur

Une priorité récente, un montant de fraudes détectées en hausse

- La fraude sociale est diverse : elle est définie par l'article L114-6-2 du Code de la sécurité sociale (qui en énumère toutes les facettes et traite à la fois de la fraude aux prestations et aux cotisations). L'article L8211-1 du Code du travail précise quant à lui la notion de travail dissimulé. La falsification de documents transmis aux organismes, la fausse déclaration (y compris e termes de tarification pour les prestataires de soins ou les établissements), l'omission de déclaration des changements intervenus, l'absence de déclarations des salariés ou de la totalité des heures travaillées, autant de cas de fraude sociale.

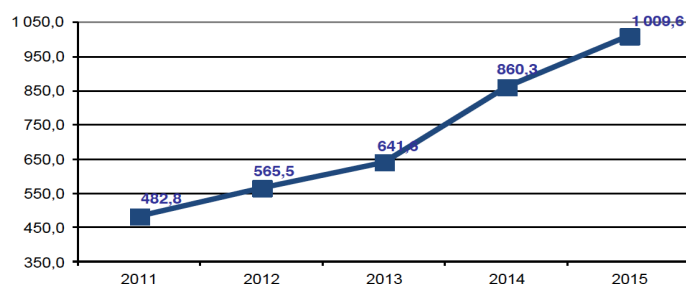
- Pendant longtemps, la lutte contre la fraude sur les prestations a été laissée à l'initiative des organismes de sécurité sociale et, en particulier, à la vigilance des agents comptables qui procédaient à des contrôles aléatoires de la liquidation des prestations. Dans le domaine du travail dissimulé, la préoccupation est plus ancienne : la fonction de mission de bon recouvrement des cotisations y incite et l'enjeu paraît plus lourd, avec des acteurs divers, certains relevant de la sphère publique (les inspecteurs du travail), d'autres de la sphère sociale (les contrôleurs des URSSAF).

C'est dans les années 2000 que les pouvoirs publics ont fait de la lutte contre la fraude une priorité politique, pour des raisons tenant à la recherche de l'ordre et à la méfiance envers un système social peu attentif à la notion : la fraude sociale est peu à peu devenue l'objet d'un traitement médiatique, comme on a pu le voir encore lors de la campagne présidentielle de 2017. Des rapports ont marqué les esprits, notamment deux rapports de la Cour des comptes sur les fraudes aux prestations (2010) et surtout aux cotisations sociales (2014).

La décennie 2000 a vu ainsi, dans les organismes de sécurité sociale, se définir une politique institutionnelle mieux organisée et mieux outillée, revendiquée en tant que telle, dont les résultats sont publiés. La préoccupation s'est traduite par une intensification dans les COG (conventions d'objectifs et de gestion signées entre l'Etat et les Caisses nationales des branches du régime général et des divers régimes) des mesures de lutte contre la fraude. Les organismes évoquent désormais le « paiement à bon droit », qui inclut la lutte contre la fraude mais aussi contre les erreurs et l'amélioration du recours aux droits. De même, a été créée en 2008, auprès du ministre en charge du budget, la Délégation nationale à la lutte contre la fraude (DNLF), dont la mission est de coordonner les administrations et les organismes publics dans le domaine de la fraude fiscale mais aussi sociale et de mettre en place les outils nécessaires. Enfin, la mission de certification des comptes de la sécurité sociale assurée par la Cour des comptes depuis 2006 a joué un rôle dans ce processus, en insistant, au-delà de la fraude, sur les procédures de contrôle interne et, plus généralement, sur la nécessité d'une politique plus exigeante de maîtrise des risques.

Les résultats, en termes de montant de la fraude détectée, sont clairement à la hausse depuis plusieurs années. Tous organismes de sécurité sociale confondus (régime général, RSI, MSA, régimes spéciaux...), le Comité national de lutte contre la fraude note en 2016 une amélioration des résultats obtenus en 2015 : sur la dernière année, la fraude détectée est passée de 860 millions à plus d'un Mds, soit une augmentation de plus de 17 %. Paradoxalement toutefois, certains montants peuvent paraître faibles par rapport au montant des prestations distribués : 0,15 % pour la branche maladie, 0,4 % pour la branche famille. Ils sont insignifiants en vieillesse mais il est vrai que les prestations sont de type différent. Quoi qu'il en soit, les objectifs fixés par les conventions d'objectifs et de gestion sont atteints et même dépassés : pour la branche maladie, l'objectif était de 210 millions d'euros en 2015.

**Évolution des montants frauduleux constatés
par les organismes de sécurité sociale
(en millions d'€)**



Branches Régimes	2011	2012	2013	2014	2015	Evolution 2014-2015
CNAMTS	120,0	149,4	167,1	196,2	231,5	17,99%
CNAF	101,5	119,0	141,4	209,6	247,8	18,23%
CNAV	14,4	8,3	8,3	11,9	14,7	23,53%
ACOSS	219,6	260,0	291,0	401,0	462,5	15,34%
CNRSI	7,4	7,8	9,2	15,3	18,9	23,77%
CCMSA	16,6	18,2	19,5	22,8	28,8	26,34%
Régimes spéciaux	3,3	2,8	5,1	3,6	5,4	52,39%
TOTAL fraudes	482,8	565,5	641,6	860,3	1 009,6	17,35%

Source : dossier de presse CNLF 14/09/2016

Il faut rajouter à cet ensemble le montant détecté à Pôle emploi, en croissance lui aussi : 169 M€ en 2015 contre 123 l'année précédente.

Ces montants témoignent à l'évidence d'un meilleur repérage de la fraude mais il n'est pas possible sur ce fondement d'en déduire une aggravation du phénomène.

Comme souvent, la Cour des comptes a un avis dissonant en ce domaine : elle souligne régulièrement que, en maladie, les établissements de santé sont insuffisamment contrôlés, que la branche famille maîtrise mal le risque de versement d'indus et que, pour la vieillesse, les pensions versées à l'étranger sont insuffisamment contrôlées (mais il est vrai que les accords de transmission de données entre pays sont peu développés).

La typologie des fraudes

- Pour la maladie, en 2015, l'on peut constater que les assurés sont loin d'être les principaux responsables : 17 % du montant des fraudes leur sont imputables dont une part non négligeable imputable aux arrêts de travail (falsification de certificat ou exercice d'une activité non autorisée) et à la CMUC (couverture maladie universelle complémentaire), par fausses déclarations de ressources. Le reste, soit 83 % des fraudes, est le fait des professionnels de santé ou des établissements, notamment en ce qui concerne la T2A (tarification à l'activité) et le codage des malades traités.
- Pour la famille, les fraudes portent sur les ressources et la condition d'isolement et, en retraite, sur les minima sociaux ou la non déclaration de décès.

Les mesures de lutte et leur amélioration

- Les différents régimes et branches (qui se voient fixer des objectifs chiffrés dans les COG) ont défini des politiques et modifié leur organisation. Des services ont été créés au niveau national avec des correspondants dans les caisses. Les moyens d'échange d'information se sont développés entre les organismes et les administrations, le ministère des finances (les finances publiques notamment pour une meilleure connaissance des ressources), du travail (travail dissimulé) et le ministère de l'Intérieur (fraude documentaire). Les caisses ont reçu le droit d'obtenir des informations des banques, des fournisseurs d'énergie et d'opérateurs téléphoniques.
- Les organismes se servent des données qu'ils possèdent (« data mining » : exploitation des données) : l'assurance maladie repère ainsi les prestataires de soins à l'activité atypique. La branche famille procède à 32 millions de contrôles automatiques chaque année, à 3 millions de contrôles sur pièces et à 200 000 contrôles sur place : au final un allocataire sur deux est contrôlé chaque année dont la majeure partie automatiquement.
- Les sanctions ont été renforcées : renforcement notamment des barèmes de pénalités appliqués par les organismes, obligation de porter plainte au-delà d'un certain montant de fraude, saisine en maladie des juridictions ordinaires.
- Les améliorations envisagées portent sur les échanges d'information (il existe ainsi un répertoire national commun de la protection sociale encore insuffisamment fiable pour bien remplir son rôle de partage de données), l'intensification des contrôles sur risque de fraude

élevé pour la branche recouvrement et une amélioration du pourcentage des entreprises contrôlées.

La difficulté d'estimer la fraude totale

Seule la branche famille évalue la fraude totale sur le fondement du contrôle d'un échantillon d'allocataires : le montant serait de 1,5 Mds en 2015 et de 1,8 en 2016, soit un taux de fraude compris selon les années entre 1,8 et 2,5 % des prestations versées qui n'est pas extrapolable aux autres branches ou régimes.

Pour la branche recouvrement, la Cour des comptes, dans un rapport de 2014 avait procédé à une extrapolation des fraudes repérées par contrôles et avait chiffré le montant total de la fraude à plus de 20 Mds, près de 25 Mds en intégrant le régime d'assurance chômage et les régimes complémentaires de retraite. La branche recouvrement conteste ce chiffre, arguant à juste titre que les contrôles sont ciblés sur des entreprises à risques et que ce calcul majore la fraude. Calculé sur le montant des fraudes repérées par contrôle aléatoire, le montant de la fraude serait de l'ordre de 6 à 7,5 Mds en intégrant chômage et retraites complémentaires.

D'une manière générale, c'est le travail dissimulé qui représente la source de difficultés les plus fortes de lutte contre la fraude et d'estimation de son montant, même si les récentes mesures prises pour lutter contre la fraude au détachement rendent le contrôle plus aisé.

Observations

La fraude sociale est sans doute de montant bien inférieur à la fraude et à l'évasion fiscale réunies, même si elle n'est nullement négligeable. Mais elle relève d'un marqueur idéologique différent, avec en arrière-plan la contestation d'un modèle social jugé parfois complaisant envers les assurés. Cela explique que la parution des résultats obtenus sur la fraude sociale suscite toujours un certain malaise : la presse met souvent en valeur les détournements de prestations par des usagers modestes, les bénéficiaires du RSA, les familles nombreuses. Le phénomène existe mais les assurés ne sont pas les principaux fraudeurs compte tenu de l'importance de la fraude des professionnels de santé et des entreprises.

Surtout, la lutte contre la fraude, qui a acquis depuis 10 ans une meilleure légitimité et repose sur des outils mieux maîtrisés, doit garder sa portée, toute sa portée mais rien que sa portée : elle doit continuer à se développer (elle paraît encore insuffisante) sans pour autant dissimuler le phénomène du non accès des assurés aux droits ; elle représente un manque à gagner dont la réduction peut limiter les déficits mais n'est pas un outil déterminant de rééquilibrage financier, qui doit être atteint par d'autres moyens. Enfin, elle ne doit pas peser trop sur le débat public, comme si l'avenir du système tenait à cette lutte. La lutte contre la fraude sociale est un objectif nécessaire, elle ne doit pas devenir un objectif obsessionnel.