



COMMUNICATION A LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES DE L'ASSEMBLÉE NATIONALE

(art. LO 132-3-1 du code des juridictions financières)

**LA LUTTE CONTRE LES FRAUDES AUX PRESTATIONS
DANS LES BRANCHES PRESTATAIRES
DU REGIME GENERAL**

Avril 2010

Sommaire

Introduction.....	1
I. Une stratégie nationale aux cibles encore trop imprécises	3
A. Des moyens accrus consacrés à la lutte contre les fraudes.....	3
1. Une priorité relative reconnue à la lutte contre la fraude aux prestations	3
2. Des outils renouvelés	8
3. Des dispositions un peu plus exigeantes dans les COG.....	19
4. Un renforcement des moyens humains.....	28
B. Des cibles qui demeurent trop imprécises	33
1. Les évaluations quantitatives disponibles demeurent insuffisantes	33
2. Des hésitations sur le périmètre et la définition des fraudes	43
3. L'utilité d'efforts systématiques pour réduire les possibilités de fraudes aux prestations.....	54
4. Une stratégie nationale insuffisamment formalisée et priorisée	55
II. Du fait d'impulsions insuffisantes des caisses nationales, les actions des caisses locales restent trop limitées... ..	62
A Une impulsion encore insuffisante de la part des caisses nationales	62
1. Une capacité juridique désormais suffisamment reconnue	62
2. Des obstacles « culturels » progressivement levés	63
3. Une animation encore insuffisante de l'action des organismes locaux.	64
B. Des actions encore limitées dans le domaine de la prévention des fraudes.....	68
1. Une communication externe peu active	68
2. Le déploiement du contrôle interne a trop peu intégré le risque de fraude	72
C. Des efforts de détection et de caractérisation des fraudes à organiser	79
1. Des signalements laissés sans suites suffisantes	80
2. Des organisations très hétérogènes et non évaluées	86
D Récupération et sanctions	91
1. Une récupération insuffisante des indus	92
2. Une montée en charge encore incomplète des dispositifs alternatifs.....	95
3. Des sanctions pénales ou ordinales qui restent trop peu dissuasives.....	98
Annexe n°1 - liste récapitulative des recommandations.....	102

Introduction

« Est passible d'une amende de 5 000 € quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration pour obtenir, ou faire obtenir ou tenter de faire obtenir des prestations ou allocations de toute nature, liquidées ou versées par les organismes de protection sociale, sans préjudice des peines résultant de l'application d'autres lois, le cas échéant ». Cet article du code de la sécurité sociale (CSS L. 114-13) définit les peines qui peuvent sanctionner des fraudes aux prestations, sans définir la notion de fraude elle-même. D'autres articles du même code définissent certains comportements qui peuvent être sanctionnés par des pénalités financières : ainsi, à l'article L. 114-17 pour les prestations familiales, « de l'inexactitude ou du caractère incomplet des déclarations faites ». Mais, pour autant, une définition même extensive des cas de fraudes n'est pas donnée.

Les fraudes aux prestations se caractérisent par deux éléments¹ : une irrégularité, c'est-à-dire l'inobservation d'une règle juridique commise de manière intentionnelle. Mais cette intention est souvent difficile à démontrer. La qualification frauduleuse d'un comportement, c'est-à-dire l'application de cette définition générale aux situations concrètes est souvent difficile. Portant sur des grands nombres, et souvent sur des montants unitaires relativement réduits, elle suppose que soient définis des référentiels généraux, par exemple pour distinguer, en cas de déclarations incomplètes, l'étourderie et la fraude délibérée (par exemple une omission répétée sera présumée intentionnelle). A défaut, il s'agira d'une simple erreur génératrice d'un indu.

En outre, les fraudes constatées sont diverses, à la mesure de la variété des prestations versées par les organismes de sécurité sociale, changeantes à la mesure de la rapidité des modifications qui interviennent dans les réglementations, adaptatives, à la mesure de la capacité des fraudeurs de repérer les actions de contrôle et de s'efforcer de les déjouer. Elles sont variables également selon les branches : la branche retraite est confrontée à des risques moins diversifiés, du fait notamment de la centralisation de son système d'information. La branche maladie, au contraire, verse des prestations nombreuses aux assurés et au bénéfice de professionnels de santé, ce qui génère des risques plus diversifiés. Pour toutes ces raisons, les politiques destinées à lutter contre les fraudes aux prestations doivent être plurielles et complexes.

Comme l'a dit le ministre du budget et des comptes publics, s'adressant à l'ensemble des personnels de contrôle en provenance des différentes administrations² (et parmi eux notamment aux contrôleurs issus des organismes de sécurité sociale), « la lutte contre la fraude n'a pas été découverte il y a quelques mois : vous menez, dans chacun de vos organismes, des actions dont l'efficacité s'est renforcée au cours des dernières années ». De fait, un accent nouveau a été placé au plan national sur les actions de lutte contre la fraude, avec notamment la création en 2006 au niveau interministériel d'un comité national de lutte contre la fraude en matière de protection sociale ; et depuis avril 2008 d'une délégation nationale de lutte contre la fraude (DLNF) et de comités locaux, départementaux.

1. Dans sa définition, analogue, la délégation nationale à la lutte contre la fraude ajoute un troisième élément, relatif aux finances publiques. Selon elle, en effet, la fraude est « une irrégularité ou une omission commise de manière intentionnelle au détriment des finances publiques » (voir *infra*, rapport 2009, p.7).

2. Intervention du ministre du budget et des comptes publics le 5 mai 2009 à l'occasion « d'une réunion à Bercy de 600 contrôleurs venus de la sphère fiscale, douanière et sociale ».

S'agissant plus particulièrement de la fraude aux prestations sociales, cette priorité nouvelle s'est traduite également par un renforcement progressif des équipes dédiées à la lutte contre les fraudes au sein des caisses nationales ou par l'adoption de dispositions législatives nombreuses dans les lois de financement de la sécurité sociale pour les années 2006 à 2010.

La Cour des comptes a examiné les mesures prises contre la fraude et a procédé à un premier bilan de cette politique, dans le champ des organismes de sécurité sociale. L'enquête a porté sur les seules branches prestataires du régime général, maladie, retraite et famille³. Le périmètre a ainsi exclu les autres régimes, notamment le régime social des indépendants (RSI) ou le régime agricole. Il exclut également les fraudes aux prélèvements, et notamment celles qui portent sur les cotisations sociales recouvrées par l'Union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (URSSAF), qui ont fait l'objet en 2007 d'un examen par le conseil des prélèvements obligatoires⁴ et sur lesquelles il a paru prématuré de revenir.

Réalisée à compter de fin 2007, cette enquête a été menée à partir de questionnaires adressés à l'ensemble des caisses locales, dans les trois branches. Elle s'est fondée, également, sur la visite de plusieurs organismes de base ainsi que sur les entretiens réalisés avec les responsables de cette politique au niveau des caisses nationales ou de la délégation nationale à la lutte contre la fraude.

Dans un contexte rapidement évolutif, dans la mesure où certaines des mesures décidées n'ont pas encore pu prendre leur plein effet et où d'autres sont en préparation, il pourrait paraître prématuré de dresser un bilan. L'enquête de la Cour met en évidence qu'un premier bilan est cependant utile, pour signaler tout d'abord l'ampleur des progrès intervenus, mais aussi, en nuancant ce constat, pour relever le contraste persistant entre une réelle prise de conscience des enjeux, au plan national, et la lenteur des évolutions dans les pratiques des organismes ou même des caisses nationales.

Certes, et c'est le premier constat de la Cour, **au plan national** (1) une stratégie de lutte contre les fraudes aux prestations a été déployée, mais d'une manière encore insuffisamment ordonnée. Si la priorité nouvelle reconnue depuis quelques années a conduit à renforcer les moyens de cette lutte (A), la stratégie implicite adoptée paraît encore trop peu ciblée et incomplète (B).

Deuxième constat, **dans les caisses** (2) les actions engagées restent hétérogènes et dans l'ensemble encore insuffisantes, malgré les progrès récents. Le rôle des caisses nationales est encore insuffisamment affirmé (A), les actions de prévention de la fraude sont encore trop peu systématiques (B), les actions de détection des fraudes restent souvent inégales (C), enfin les sanctions sont encore en-deçà des niveaux attendus (D).

3. Parallèlement, une enquête a été menée sur la lutte contre la fraude pour les allocations chômage. Elle a donné lieu à une insertion dans le rapport public annuel paru en février 2010.

4. Voir le rapport du conseil des prélèvements obligatoires (CPO) de mars 2007, « la fraude aux prélèvements obligatoires et son contrôle ».

I. Une stratégie nationale aux cibles encore trop imprécises

La lutte contre la fraude aux prestations sociales, depuis qu'elle est reconnue comme une priorité nationale, a bénéficié de nouveaux moyens diversifiés, même si leur déploiement est encore pour partie en cours (A). De nombreux volets restent cependant à développer ou à préciser, pour construire une stratégie de lutte plus efficace (B).

A. Des moyens accrus consacrés à la lutte contre les fraudes

La lutte contre les fraudes et les pratiques abusives, dans le domaine des prestations sociales, s'inscrit depuis plusieurs années dans le cadre d'une priorité explicite, même si elle est relative (1), qui a conduit à renforcer les moyens juridiques et techniques à la disposition des caisses (2), à accroître les dispositions prévues dans les conventions d'objectifs et de gestion (COG) (3), enfin à mieux identifier et spécialiser les services chargés de la lutte contre la fraude, dans les caisses, mais aussi au sein d'administrations de mission nouvelles (4).

1. Une priorité relative reconnue à la lutte contre la fraude aux prestations

La priorité nouvelle reconnue à la lutte contre les fraudes aux prestations doit être conciliée avec l'objectif de simplification des procédures, notamment pour l'octroi des prestations sociales.

a) Une priorité nouvelle a été affirmée

Depuis plusieurs années, une priorité gouvernementale nouvelle a été reconnue à la lutte contre la fraude, notamment à la fraude aux prestations sociales.

i) la création d'un comité de lutte contre les fraudes

Sur le plan institutionnel, un comité de lutte contre la fraude en matière de protection sociale a été créé en octobre 2006. Ce comité, placé sous la présidence de B. Cieutat, président de chambre honoraire à la Cour des comptes, réunissait les directeurs d'administrations centrales concernés (sécurité sociale, impôts, justice, police nationale et gendarmerie), les directeurs des principales caisses nationales des branches du régime général du RSI et de la Mutualité sociale agricole (MSA), ainsi que les directeurs des organismes de protection sociale complémentaire (AGIRC et ARRCO, UNOCAM) et de l'Unédic. Au sein de la direction de la sécurité sociale (DSS), un directeur de projet en assurait le secrétariat général.

Ce comité avait notamment pour mission « *de centraliser et d'analyser les cas de fraude recensés, d'animer la coopération entre les organismes, ou d'établir chaque année un rapport d'analyse et d'évaluation du phénomène de la fraude* ».

Les travaux menés ont contribué à instaurer une dynamique interbranches, au sein du régime général, et plus largement inter-régimes et même inter-administrations, puisque les directions responsables du contrôle fiscal ou de la législation fiscale étaient parties prenantes des travaux. Ces travaux ont donc permis une première mise en commun des approches et des informations.

On peut citer, parmi les progrès ainsi rendus possibles⁵, l'insertion dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 de plusieurs dispositions législatives, destinées à faciliter la lutte contre les fraudes, ou la signature d'une première convention sur la mutualisation des informations, en 2006, entre l'Agence de centralisation des organismes de sécurité sociale (ACOSS), la Caisse nationale d'allocations familiales (CNAF), la Caisse d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés (CNAVTS) et l'Unédic. Une deuxième convention plus étendue, puisqu'elle inclut les administrations de l'Etat, a été signée le 3 avril 2008 « *pour organiser et faciliter les échanges de données à caractère personnel et accroître l'efficacité de la lutte contre la fraude* ».

ii) *la commande d'un « plan de lutte systématique »*

Une deuxième étape, plus volontariste, a été engagée dès l'année suivante. Par une lettre de mission conjointe adressée au ministre des comptes publics, le 11 octobre 2007, le Président de la République et le Premier ministre confirmaient l'importance de cet enjeu et soulignaient les deux cibles prioritaires qu'ils assignaient à la lutte contre la fraude :

- le champ des prélèvements obligatoires ;
- et les nombreux régimes de prestations sociales que connaît notre pays.

Dans le cadre du « plan de lutte systématique contre toutes les fraudes et les pratiques abusives⁶ portant atteinte aux finances publiques », qu'il était demandé au ministre des comptes publics d'engager et de coordonner, il était indiqué, certes, que les enjeux financiers les plus importants étaient liés à la lutte contre la fraude aux prélèvements⁷, mais que pour autant, « *le chantier de la lutte contre la fraude aux prestations sociales, dont l'enjeu financier n'est même pas connu avec précision, est celui pour lequel les efforts les plus importants sont à mener* ».

La nécessité de déployer une stratégie explicite de lutte contre la fraude était donc expliquée d'abord par l'importance, réévaluée, des enjeux symboliques. Cette dimension symbolique de la lutte contre les fraudes aux prestations était soulignée dans la lettre de mission précitée, adressée au ministre des comptes publics : « *cette forme de fraude et d'abus sape les fondements mêmes de la cohésion nationale* ». De fait, et même si une sorte de tolérance diffuse paraît parfois observée, la fraude aux prestations sociales est particulièrement répréhensible car elle se commet aux dépens des bénéficiaires légitimes.

Cette lettre annonçait en outre une modification du « comité de lutte », créé l'année précédente, en un comité interministériel. Il est donc désormais placé sous la présidence du Premier ministre et la circulaire du 6 mai 2009 a précisé que ce comité continuerait à se réunir, mais au seul niveau ministériel, ce qui souligne la signification politique qui lui est conférée (il ne s'est cependant réuni qu'une seule fois, en mai 2009 ; une nouvelle réunion est prévue en mai 2010).

5. Une réunion du comité national d'octobre 2007 permet de récapituler l'ensemble des actions menées.

6 La communication gouvernementale mentionne ces deux cibles, qui sont certes voisines même si elles doivent être distinguées, à la fois conceptuellement et par leur degré de gravité.

7. Ce domaine a fait l'objet d'investigations approfondies du Conseil des prélèvements obligatoires. Voir le rapport déjà mentionné sur « la fraude aux prélèvements obligatoires et son contrôle », de mars 2007. Les sommes distraites des caisses publiques chaque année sont parfois évaluées entre 30 et 40 Md€.

Les missions opérationnelles, de coordination des interventions des caisses et des administrations, ont été renforcées et rendues permanentes, par la création d'une « délégation nationale à la lutte contre la fraude » (DNLF) par le décret du 18 avril 2008 relatif à la lutte contre les fraudes (voir infra).

b) Une priorité à concilier avec celle de la simplification des procédures

i) la simplification des procédures

L'affirmation de cette priorité doit être replacée dans un contexte qui, parallèlement, et pour des raisons également légitimes, avait consacré d'autres objectifs dans la gestion des prestations sociales. Nombre de ces objectifs sont parfaitement conciliables avec la lutte contre les fraudes. Ainsi, par exemple, de l'objectif, d'une certaine manière symétrique et en tout cas tout aussi légitime, de favoriser l'accès aux droits (certains assurés ignorent leurs droits et ne bénéficient pas des prestations qui leur sont destinées).

La compatibilité est cependant moins aisée avec l'objectif de simplification des procédures et d'accélération du traitement des dossiers. Cet objectif implique par exemple la simplification des justificatifs demandés (un décret de 2000 a ainsi supprimé la production de la fiche d'état civil et accepté les photocopies, plus aisément falsifiables), ou la priorité donnée à la rapidité de traitement des dossiers, notamment pour les minima sociaux (l'octroi de la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), par exemple, pour la branche maladie, ou des prestations Revenu minimum d'insertion (RMI) ou Revenu de solidarité active (RSA), pour la branche famille, obéit à des calendriers qui privilégient l'urgence potentielle de l'ouverture des droits à la vérification des conditions qui en gouverne l'accès).

Ces deux priorités, de lutte contre les fraudes et de simplification des procédures, sont parfois ainsi entrées en conflit, comme le montre un exemple pour la branche retraite.

ii) l'exemple des justificatifs pour départs anticipés en retraite.

Prévue par l'article 23 de la loi du 21 août 2003, la possibilité de départ anticipé pour carrière longue prévoyait la possibilité de reconstituer les carrières de manière simplifiée. Les trimestres susceptibles d'être acquis, par régularisation de cotisations arriérées, pouvaient l'être sur la seule foi d'une déclaration sur l'honneur, avec le concours (simplement écrit) de témoins choisis selon des modalités très peu contraignantes.

Dans ce contexte, des pratiques frauduleuses ont assez rapidement été constatées et portées à la connaissance du ministère⁸, dès 2005. Certains assurés tiraient en effet parti du caractère peu rigoureux des modes de preuve requis pour la régularisation de cotisations arriérées, établis en l'absence d'instructions ministérielles par lettre-circulaire de l'ACOSS ou par directives internes au réseau de la MSA.

8. Courrier du 2 décembre 2005 du directeur de la CNAVTS au ministre, suite à un signalement du directeur de la CRAM de Bourgogne et Franche-Comté de l'existence de « risques de dérives non négligeables tant sur le plan légal que sur le plan financier ».

Comme la Cour l'a déjà indiqué⁹, en dépit de l'ampleur du recours à ces dispositifs, des ajustements n'ont été opérés que tardivement, dans le courant de l'année 2008 : une circulaire du 23 janvier 2008 a limité à quatre le nombre de trimestres qui pouvaient être ainsi acquis. Un décret du 25 août 2008 a ensuite réformé plus en substance la prise en compte pour le calcul de la durée d'assurance des périodes régularisées, en l'absence de preuve des rémunérations alors perçues, sans pour autant éliminer tout risque de fraude¹⁰. Ce même décret a également transféré aux Caisses régionales d'assurance maladie (CRAM) la gestion de cette procédure.

Les conditions de preuve de l'activité régularisée, à la charge du salarié, ont également été durcies par la circulaire du 23 janvier 2008 qui a renforcé les exigences relatives à la qualité des témoins produits. Une deuxième circulaire interministérielle, du 28 août 2009, a encore accru le contrôle des demandes s'appuyant sur des témoignages afin de limiter le risque de fraude¹¹.

Dans l'intervalle, cependant, une mission conjointe de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) et de l'Inspection générale des finances (IGF) sur la gestion de ces dispositifs a estimé que 2 500 à 10 000 fraudes avaient été commises, pour un coût total annuel compris entre 10 M€ et 45 M€. Plusieurs cas de fraudes internes aux organismes ont en outre été mis en évidence. Le traitement de ces suspicions de fraudes était toujours en cours, au sein de la CNAV, début 2010.

iii) des atténuations trop limitées à la simplification des justificatifs

Au-delà de cet exemple et de la question de la valeur des déclarations sur l'honneur, on perçoit l'antagonisme potentiel entre volonté de simplification pour les usagers et les assurés et risque de fraude. Dans une réponse aux observations de la Cour, la direction de la sécurité sociale constatait « *que cette politique de simplification administrative répond à une volonté politique forte* » et que « *l'équilibre entre la simplification administrative et le développement des contrôles contre la fraude constitue un des (ses) principaux axes de travail* ».

9. Voir RALFSS pour 2009, la durée d'assurance dans le calcul des droits à retraite, p. 319 à 321. De nombreuses demandes ont été déposées. Au total, selon la CNAVTS, ce sont 125 000 demandes de régularisations qui ont été faites entre 2004 et 2007, dont 70 % l'ont été dans le cadre d'un départ en retraite anticipée. La moyenne annuelle de demandes sur la période s'élève à 32 000 demandes par an, sans comparaison possible avec celle atteinte avant 2004, de l'ordre de 3 000 demandes annuelles environ.

10. Des possibilités de fraude, certes beaucoup plus réduites, demeurent avec le risque de production de faux justificatifs d'activité.

11. Elle indique notamment que « la production d'une attestation sur l'honneur par un assuré qui ne peut produire aucune pièce justificative nécessite de faire preuve d'une extrême vigilance et de prévoir après la présentation de la déclaration sur l'honneur un contrôle du contenu des déclarations souscrites par l'assuré. Le demandeur doit notamment être invité au cours de l'entretien préalable à indiquer si les rémunérations tirées de l'activité professionnelle en cause ont été à l'époque déclarées à l'administration fiscale et à produire le cas échéant l'avis d'impôt sur le revenu ou la copie de la déclaration des revenus correspondant(e). Dans l'hypothèse où l'assuré ne serait pas en mesure de produire ces documents, l'agent chargé de l'instruction du dossier peut interroger l'administration fiscale dans les conditions prévues à l'article L.114-14 du code de la sécurité sociale. »

L'article L. 161-1-4 du code de la sécurité sociale (issu de la LFSS pour 2006), relatif à la production de pièces justificatives pour l'attribution des prestations sociales, traduit bien la difficulté de cet équilibre. Il prévoit notamment la possibilité de suspendre le délai d'instruction des demandes, voire le versement des prestations, lorsque les pièces produites ne sont pas suffisantes.

La question posée est en effet importante : selon la DSS¹², « *les signalements aux DRASS des cas de fraudes détectés par les organismes de sécurité sociale montrent que près 46 % des fraudes sont commises au moyen de fausses déclarations ou de production de fausses pièces justificatives* ».

Ce délai de suspension permet, en premier lieu, de procéder aux vérifications rendues possibles par des échanges de données. Selon la circulaire récente du 9 décembre 2009¹³, les organismes doivent limiter au strict nécessaire les demandes de pièces justificatives directement auprès des assurés et parallèlement mettre en place des échanges d'informations avec les autres organismes et les administrations. Les fichiers de celles-ci sont par nature moins sujets à falsification que des documents sous forme papier ou électronique.

La circulaire ne définit pas cependant la notion de pièce justificative complémentaire susceptible d'être demandée¹⁴ (notion qui n'est d'ailleurs pas mentionnée dans l'article L.161-1-4). Elle indique simplement qu'une telle demande peut être justifiée lorsque l'organisme a un doute sur l'authenticité de la pièce produite ou la sincérité des déclarations souscrites ou bien qu'il dispose d'informations sur la situation du demandeur qui le conduisent à une vigilance accrue.

Cette faculté paraît en effet souhaitable. Mais elle reste étroitement encadrée par les dispositions antérieures et en particulier par l'article 3 du décret du 26 décembre 2000, qui entoure la demande de documents originaux d'un formalisme propre – voire destiné – à la dissuader¹⁵. Toute demande de pièce originale doit être motivée (ce qui peut être délicat dans le cas de suspicion de fraude) et faite par lettre recommandée (ce qui est lourd et coûteux, pour des prestations parfois de faible montant unitaire). Il conviendrait donc de simplifier cette procédure et d'étudier la possibilité d'un accès plus aisé à des pièces authentiques, en cas de nécessité.

En cas de suspicion sérieuse de fraude, les organismes prestataires devraient pouvoir demander plus facilement la présentation de documents originaux, leur permettant de s'assurer de la véracité des informations fournies.

12. Bilan des fraudes signalées à la tutelle pour 2008. Cette procédure n'intègre pas toutes les fraudes ou tentatives, dans la mesure où certaines peuvent ne pas être signalées.

13. DSS/2009/367.

14. Même si elle distingue la procédure générale d'instruction et celle spécifique aux procédures de détection de fraudes, ex post, qui sont effectuées en application de l'article L 114-19.

15. En cas de doute sur la validité de la photocopie produite ou envoyée, les administrations peuvent demander de manière motivée par lettre recommandée avec une demande d'avis de réception la présentation de l'original. Les procédures en cours sont suspendues jusqu'à la production des pièces originales.

2. Des outils renouvelés

La priorité nouvelle reconnue à la lutte contre la fraude s'est traduite par le renforcement des outils mis à la disposition des caisses, outils juridiques et techniques étendant la capacité à agir des organismes.

a) Une capacité juridique accrue par diverses dispositions législatives nouvelles

i) l'adoption de nombreuses dispositions nouvelles

Dès avant 2006, était déjà perceptible l'effort pour adapter « l'arsenal » législatif et réglementaire, conduisant à renforcer les outils de la lutte contre la fraude. La loi sur l'assurance maladie du 13 août 2004 a ainsi renforcé les pouvoirs de détection et de sanction des directeurs de Caisses primaires d'assurance maladie (CPAM).

Mais un sensible accroissement des dispositions nouvelles est observé depuis fin 2006. Plusieurs séries de dispositions ont été prises en lois de financement de la sécurité sociale (LFSS) et une section spécifique a même été introduite dans ces lois, à partir de la loi pour 2008. Les dispositions du code de la sécurité sociale relatives à la lutte contre la fraude ont été, au total, profondément rénovées, puisque plus de 30 articles ont été adoptés : 13 dans la LFSS pour 2008, 10 dans celle pour 2009, 7 encore dans celle pour 2010. Elles sont regroupées dans un chapitre particulier du code de la sécurité sociale.

En réalité, le nombre de dispositions nouvelles dans la LFSS peut apparaître comme un « indicateur » d'autant plus approximatif que, très souvent, les articles nouveaux corrigent à la marge des dispositions adoptées les années précédentes (ainsi, dans la dernière loi de financement, trois dispositions amendent des dispositions promulguées au cours des deux années précédentes). A l'inverse, certaines dispositions proviennent d'autres lois (du 13 février 2008, relative à la réforme de l'organisation du service public de l'emploi par exemple).

Une analyse qualitative est donc indispensable pour apprécier les dispositifs prévus dans le code de la sécurité sociale destinés à détecter et sanctionner les fraudes. De cette revue générale, on peut retenir deux évolutions essentielles :

ii) une diversification des sanctions

Les lois successives ont défini une gamme diversifiée de sanctions graduées. La sanction de la fraude était jusque là définie, aux termes de l'article L 114-13 déjà cité par une peine d'amende correctionnelle. La loi du 13 août 2004 a institué pour la branche maladie une gamme de mesures administratives - avertissement et mise en garde, mise sous accord préalable, pénalités financières - à l'encontre des fraudeurs, mais aussi pour sanctionner les abus persistants, les deux notions n'étant pas distinguées dans les multiples cas qui peuvent justifier des pénalités¹⁶. La loi de financement pour 2009 a assoupli les procédures préalables et renforcé le quantum de sanctions pouvant ainsi être prononcées.

Pour les deux branches famille et retraite, la loi du 19 décembre 2005 a ensuite transposé ce système de pénalités, en visant les diverses modalités de fraudes (ce qui inclut d'ailleurs aussi le défaut de transmission des données actualisées, lorsque celui-ci induit le versement de

16. Voir *infra*.

prestations indues¹⁷). Le décret n° 2006-1744 du 23 décembre 2006, codifié dans les articles R 114-10 et suivants, précise la procédure à suivre par les organismes, les délais, les recours ainsi que les montants des pénalités. Enfin, des dispositions très récentes (en LFSS pour 2010) ont adapté ce dispositif, en le diversifiant et en le simplifiant.

Dans la branche famille, en outre, un dispositif spécifique a été introduit afin de suspendre le versement des aides au logement en cas de fraude.

Ainsi, à l'image de ce qui existe depuis fort longtemps en matières fiscale ou douanière, la lutte contre la fraude aux prestations sociales dispose d'une nouvelle catégorie de sanctions, sous la forme de pénalités administratives qui complètent l'éventail des sanctions traditionnelles, en étant plus rapides et plus dissuasives, pour des cas de « petites fraudes ».

iii) une extension des pouvoirs d'accès aux informations

Une deuxième orientation inspire plusieurs dispositions législatives nouvelles, celle de faciliter les échanges d'informations entre les différents services.

Ces échanges étaient longtemps restés assez réduits, notamment du fait des réticences de la Commission nationale informatique et libertés (CNIL) à l'égard de la constitution de bases de données trop larges et permanentes. Or de tels échanges sont indispensables pour permettre de vérifier les informations déclaratives ou pour permettre de caractériser le recours à des faux documents.

Entre autres évolutions, l'adoption de la loi du 6 août 2004 modifiant la loi du 6 janvier 1978 dite « informatique et liberté » a permis de développer plus largement les traitements informatiques, notamment quand ils impliquent l'usage du numéro d'identification au répertoire (NIR).

Plusieurs dispositions ont contribué à assouplir ou à lever les interdictions liés au secret professionnel. Le droit applicable aux organismes de sécurité sociale, pour ce qui concerne la détection des abus ou des fraudes, s'est ainsi rapproché de celui applicable aux services fiscaux. De multiples dispositifs ont été introduits dans le droit, dans la mesure où des articles distincts posent des principes généraux (ainsi un article lève le secret professionnel à l'égard des personnels des caisses), tandis que d'autres les déclinent pour les échanges spécifiques entre les différentes catégories d'administrations (organismes sociaux entre eux, relations avec la justice, avec le fisc, échanges de données, etc.).

iv) des échanges à sécuriser, un arsenal juridique à simplifier

Ces articles peuvent paraître en partie redondants : pourtant, selon un bilan des efforts menés par les services chargés dans les organismes de sécurité sociale (OSS) de la lutte contre la fraude, dans le cadre des comités locaux (voir infra), la principale difficulté opérationnelle signalée est l'obstacle que constituerait encore le secret professionnel. Il n'est pas évident que les réticences signalées ici ou là tiennent au cadre légal, elles peuvent s'expliquer également par le caractère récent des dispositions nouvelles et par le temps nécessaire pour bâtir des relations de confiance entre services.

17. « L'inexactitude ou le caractère incomplet des déclarations faites pour le service des prestations versées par les organismes chargés de la gestion des prestations familiales ou des prestations d'assurance vieillesse, ainsi que l'absence de déclaration d'un changement dans la situation justifiant ces prestations, ayant abouti au versement de prestations indues, peut faire l'objet d'une pénalité » (article L 114-17 du CSS). Les différents cas de figure sont détaillés dans l'article R110-13 du CSS.

Pour autant, le document de synthèse établi au plan national à partir des remontées départementales pose ainsi la question d'une nouvelle disposition législative, visant à mieux sécuriser les échanges. La DNLF a préparé un texte visant à compléter les dispositions antérieures, pour permettre plus largement aux services de l'Etat de communiquer les informations qu'ils détiennent aux organismes sociaux : un tel article permettrait par exemple aux services de police, lorsqu'ils découvrent des revenus occultes, ou qu'ils caractérisent l'usage de faux papiers, d'en faire part aux organismes sociaux.

Le risque paraît cependant « d'empiler » des dispositions redondantes, alors même que les mesures récentes resteraient mal connues, pour partie en attente des textes d'application réglementaires, pour partie encore insuffisamment déclinées en circulaires, dès lors encore inégalement appliquées par les organismes locaux. L'objectif d'affichage ou la crainte que la diminution du flux de mesures nouvelles soit interprétée comme un relâchement de l'effort gouvernemental contre la fraude ne peuvent suffire à justifier une telle inflation législative.

Le guide établi par la DSS, en décembre 2009, sous l'intitulé de « guide pratique de la réglementation en matière de lutte contre la fraude sociale » identifie ainsi six articles législatifs pour les échanges de données entre organismes de sécurité sociale, dix articles pour les échanges avec l'administration fiscale (dont huit non cités dans le précédent point), six (non précédemment cités) pour les échanges avec des tiers¹⁸. Plus que l'embarras du choix, le guide traduit ainsi le caractère à chaque fois délimité des autorisations données.

On comprend dès lors, selon les documents de synthèse établis par les caisses nationales (et notamment par la CNAF¹⁹), que les organismes de base s'avouent gênés par la multiplicité des supports juridiques qui autorisent des échanges, supports ainsi cloisonnés selon l'origine et la destination des flux.

Il paraîtrait dès lors souhaitable de procéder à une remise à plat du droit désormais constitué, peut-être avec une rédaction plus large, plus simple, allant dans le sens du projet préparée par la DNLF, qui autorise de manière générale les échanges de données pourvu qu'ils contribuent à la lutte contre la fraude. C'est d'ailleurs une habilitation de ce type, simple et large, qui existe pour les échanges de données en matière de lutte contre les fraudes aux prélèvements²⁰. Mais, en complément, il conviendrait de supprimer les dispositions antérieures devenues obsolètes ou inutiles (ce que le projet ne fait pas), puisque la disposition nouvelle peut se substituer à nombre de dispositions actuelles.

18. Le guide décrit en outre les nombreuses dispositions spécifiques applicables aux professions non salariées et au régime agricole, le plus souvent transposées de celles applicables au régime général. C'est également une rubrique distincte qui énumère les dispositions applicables aux « obligations de transmission d'informations incombant aux OSS », notamment pour les prestations d'aide sociale, ou encore aux contrôles et échanges d'informations opérés à l'étranger.

19. Voir en ce sens le bilan des actions contre la fraude pour 2007.

20. La comparaison doit cependant être relativisée : pour les fraudes aux prestations, on admet une asymétrie dans l'usage des informations. Les données recueillies par les organismes sociaux ne sont pas nécessairement portées à la connaissance des services de l'Etat, notamment pour ce qui concerne le contrôle de la régularité des séjours.

Sans exclure l'adoption de mesures nouvelles encore éventuellement nécessaires, il appartient aux administrations de tutelle de procéder à une mise à plat de l'ensemble du dispositif législatif et réglementaire désormais constitué, de veiller à la cohérence des dispositions successives et de rechercher une simplification du cadre juridique de la lutte contre la fraude.

v) *une clarification des textes disponibles pour les services opérationnels*

Dans la mesure justement où nombre de ces dispositions sont très récentes, il est encore tôt pour en évaluer la portée et l'efficacité. Souvent, leur mise en œuvre dans les organismes demande en effet des décrets, puis des circulaires d'application diffusées par les caisses nationales. Or la préparation de ces textes, puis leur « appropriation » par les services dans les caisses peuvent prendre du temps. L'entrée en vigueur des dispositions nouvelles signalées s'en trouve reportée d'autant, ces nouveaux moyens n'entrant ainsi véritablement en vigueur, dans la pratique, que progressivement.

D'après la DSS, la traduction des dispositions législatives en textes réglementaires puis en circulaires avance de manière assez rapide. Ainsi les dispositions de la LFSS pour 2009, relatives aux pénalités financières graduées dans le cas particulier de la branche maladie, ont été complétées par un décret du 20 août 2009. Même dans de tels cas, des éléments de complexité peuvent être parfois notés. Ainsi, la branche maladie signale qu'une autre disposition législative voisine est intervenue, dans le cadre de la loi dite HPST (Hôpital, patients, santé, territoires), le décret d'application correspondant n'étant paru que début janvier 2010. Or les deux textes devaient être présentés ensemble, ce qui a impliqué des délais accrus pour l'envoi d'une circulaire (ou « lettre réseau ») aux CPAM.

En outre, dans certains cas, la procédure est plus lente, en particulier lorsqu'il convient au préalable d'obtenir un avis de la CNIL, par exemple pour la mise en œuvre du répertoire national commun de la protection sociale (cf. infra). Le décret d'application de la disposition législative, votée en loi de financement pour 2007, a été publié en décembre 2009.

Dans un cas au moins, un texte réglementaire est encore en attente, pour ce qui concerne la mise en œuvre de l'article L 162-15-1 du code de la sécurité sociale (complété par l'article 104 de la LFSS pour 2007) qui prévoit une possibilité pour les CPAM de suspendre les effets de la convention lorsque la violation des engagements prévus par ce document est particulièrement grave ou qu'il en résulte pour l'organisme un préjudice financier.

Il serait donc utile qu'un tableau périodique (par exemple annuel) récapitule l'état d'avancement des différents textes d'application encore attendus et signale en particulier les circulaires prises par chaque régime ou chaque branche pour les porter à la connaissance des organismes de base. Un tel suivi d'ensemble n'existe pas, à l'heure actuelle, ni aucune obligation²¹ pour les caisses nationales de transmettre aux tutelles les circulaires (ou « lettres réseau ») qu'elles adressent aux caisses de base pour traduire les dispositions nationales.

Certes, la réunion trimestrielle d'un « comité de pilotage » sur la lutte contre la fraude, associant la DSS, la DNLF, les caisses nationales du régime général et les deux régimes associés, permet d'interroger les caisses nationales en tant que de besoin. Selon un procès verbal de 2008, les caisses nationales déclarent avoir procédé aux envois utiles sans autres précisions. Une procédure plus systématique de communication des lettres réseau à la tutelle

21. Selon la DSS, la demande faite en ce sens par les tutelles n'a pas été suivie d'effet.

paraîtrait cependant opportune, dans la mesure où elle permettrait de dresser un tableau de bord exhaustif de la traduction en dispositifs opérationnels, dans les caisses de base, des mesures législatives adoptées.

Avec des outils de ce type, on pourrait progressivement passer d'une phase de mise en place effectuée par accumulation de dispositions, à une deuxième phase de mise en ordre de l'ensemble juridique nouveau désormais construit.

Il conviendrait que la DSS établisse périodiquement un bilan exhaustif de l'ensemble des mesures législatives et réglementaires désormais à la disposition des caisses, en indiquant en regard des textes législatifs les textes réglementaires et les circulaires d'application des tutelles ou des caisses nationales.

b) Un accès accru aux données, en particulier par des outils informatiques renouvelés

i) des procédures nouvelles d'acquisition de données individuelles

Les croisements de fichiers sont les formes les plus efficaces d'utilisation des données fournies par des organismes tiers, dans la mesure où cette procédure est adaptée à des traitements de masse, très utiles pour détecter des anomalies.

D'autres formes nouvelles de communication des données doivent également être signalées, même si elles correspondent plutôt au travail de mise en évidence d'une suspicion de fraude déjà détectée.

Le droit de communication des informations individuelles en réponse à une interrogation des organismes sociaux a été étendu. Ainsi, vis-à-vis des commerçants, des employeurs ou des organismes bancaires. Dans ce dernier cas, le droit d'accès (sur requête individualisée) au fichier dit FICOPA est considéré comme un outil très précieux.

Selon la circulaire relative à la maîtrise des risques de la branche famille (de 2009), ces demandes d'informations bancaires sont « *source parfois de difficultés ponctuelles* ». De même, les bilans des actions dans la branche retraite signalent dans certaines caisses l'abandon de cette procédure, en raison du refus opposé par certaines banques²². Toutefois, selon les bilans de plusieurs comités locaux de lutte contre la fraude, l'établissement préalable de relations de confiance entre les responsables des organismes et ceux des agences bancaires sollicitées permettrait de faire valoir ce droit nouveau dans de bonnes conditions et avec une réelle efficacité.

Parmi les outils nouveaux, la procédure dite « de l'évaluation du train de vie », étendue par la loi de financement pour 2007 à la branche famille (elle existait déjà pour le fisc) vise à répondre à quelques situations marginales dans lesquelles jusqu'à présent le droit aux prestations et au RMI en particulier ne pouvait être refusé. Elle s'applique au RMI (RSA), à la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE) prestation de base, au complément familial et à l'allocation de rentrée scolaire.

22. Les demandes portent dans certains cas sur des tiers, susceptibles d'encaisser des pensions après le décès des titulaires. Plusieurs banques refusent, dans ces cas, l'accès aux informations, considérant qu'il n'est pas inclus dans le périmètre autorisé aux organismes.

Selon la circulaire précitée relative à la maîtrise des risques, « *les bilans réalisés au cours de l'année 2008 n'ont pas révélé de cas de mise en œuvre effective de l'évaluation du train de vie. La nouveauté de cette mesure, la procédure relativement contraignante, la difficulté à évaluer les éléments de train de vie peuvent expliquer cette situation. Sept cas à notre connaissance ont néanmoins été révélés, dont deux récents qui le cas échéant peuvent aboutir à une évaluation. Il s'avère toutefois que la mesure présente un intérêt certain en dissuadant certains usagers de déposer ou maintenir une demande, ou en provoquant en toute hypothèse un arrêt des droits du seul fait du montant des revenus mis à jour.* »

ii) *des accès nouveaux à des données de masse*

Pour ce qui concerne l'accès aux informations et les croisements de fichiers, l'autorisation, législative ou réglementaire, doit être mise en œuvre par des développements informatiques soumis à l'avis ou à l'autorisation de la CNIL. C'est pourquoi un examen particulier des progrès déjà réalisés ou en cours paraît indispensable, en distinguant ce qui relève de la création de nouveaux fichiers et ce qui relève de croisements de données déjà disponibles. Le bilan, tel qu'on peut le dresser à fin 2009, peut être présenté par catégories d'outils.

La constitution de nouveaux fichiers :

- un fichier national des bénéficiaires (RNB) a été réalisé par la branche famille, dès 2008. Il devait être pleinement opérationnel à partir de 2009, ce qui constitue un progrès majeur pour la branche. Ce fichier permet en effet de détecter des doublons d'allocataires inscrits dans deux caisses d'allocations familiales (CAF) différentes²³. Il ne permet pas toutefois d'étendre cette vérification aux cas éventuels de doublons entre caisses de mutualité sociale agricole (CMSA) et CAF²⁴.
- un fichier national des assurés est en cours de constitution, dénommé « répertoire national commun de la protection sociale » (RNCPS). Il habilite l'ensemble des régimes à consulter des données partagées, rendues accessibles grâce au fichier géré par la CNAV, le système national de gestion des identifiants (SNGI).

Un décret du 16 décembre 2009 précise la disposition législative qui a autorisé la création de ce fichier. Codifié sous l'article R. 114-19, il en définit les objectifs et, parmi « quatre finalités », précise qu'il devrait « (2°) *améliorer l'appréciation des conditions d'ouverture, la gestion et le contrôle des droits et prestations des bénéficiaires de la protection sociale, notamment par : l'identification des bénéficiaires et ressortissants, par l'information des organismes habilités sur l'ensemble de leurs rattachements, droits et prestations de leurs ressortissants et par l'aide apportée à ces organismes pour la détection de droits et prestations manquants ainsi que des anomalies et des fraudes* ».

Ce fichier, géré par la CNAV, autorisera un nombre important d'organismes des régimes de base à vérifier lors de l'instruction des dossiers de prestation, les droits déjà ouverts pour d'autres prestations. On peut même envisager, pour certaines prestations, des contrôles automatiques bloquants. Bien entendu, pour des raisons de confidentialité, ne figureront au dossier que des mentions génériques des droits ouverts et non pas le détail des montants. Les droits d'accès aux données pourront être, en outre, plus ou moins étendus, selon le motif

23. Bien entendu, tous les doublons générés ne sont pas nécessairement frauduleux ; certains peuvent tenir aux lenteurs des procédures de radiation.

24. Voir le rapport de certification des comptes de la branche famille pour 2007, p 93.

(ainsi les collectivités territoriales, gestionnaires de l'aide sociale, seront habilitées à consulter, mais de manière moins étendue que les caisses de sécurité sociale).

Les traitements restent cependant à développer, même s'ils ont été précisés dans le dossier d'autorisation soumis à la CNIL.

Selon la CNAV, l'extension des usages du SNGI rendra encore plus nécessaire le renforcement des contrôles exercés, lors du premier enregistrement du NIR et notamment lorsqu'est attribué un numéro d'identification d'attente (NIA). Aucune présence physique n'est exigée actuellement et la création d'identifiants est autorisée sur simple présentation de photocopies ; de même, les règles de gestion des numéros d'attente seraient peu exigeantes, en l'absence de durée maximale de validité par exemple.

- Un traitement de données à caractère personnel dénommé « échanges inter-régimes de retraite » a été mis en place par le décret n° 2009-1553 du 14 décembre 2009, à titre transitoire car il est appelé à disparaître en 2014 au profit du RNCPS. Ce répertoire doit permettre aux organismes de retraite d'apprécier les droits à la majoration de la pension de réversion, de recentrer le minimum contributif, de revaloriser les pensions servies aux exploitants agricoles mais également de simplifier les démarches des assurés grâce à la mise en commun d'informations liées à leurs pensions.

En revanche, dans sa circulaire technique, la CNAV rappelle que les finalités autorisées par la CNIL se limitent au calcul de la majoration de la pension de réversion et que les données collectées ne doivent pas être utilisées à d'autres fins, telle que la révision d'avantages soumis à une condition de ressources et servis par le régime général (exemple : allocation de solidarité aux personnes âgées - pension de réversion). Dans ce cas précis cependant, on peut regretter que les finalités visées n'aient pas été étendues aux fins de lutte contre les fraudes par sous-déclaration des revenus (dans les cas justement de prestations versées sous condition de ressources « tous régimes »). Une telle extension est d'ailleurs désormais envisagée par la CNAV.

Des reprises de données entre administrations

Deuxième évolution importante, les CAF reçoivent depuis fin 2008 les déclarations fiscales de revenus de tous les allocataires. Cet échange avec l'administration fiscale a permis de mettre fin, en grande partie, aux recoupements antérieurement effectués par croisements annuels de fichiers et qui révélaient de nombreux écarts (plus de 200 000 cas par an, pour lesquels les revenus fiscaux déclarés excédaient ceux déclarés aux CAF). Certes, une partie de ces écarts n'avaient pas d'incidence sur le calcul des droits mais d'autres se traduisaient par des indus, évalués ainsi à 337 M€ pour 2007²⁵. Il est très probable qu'une partie de ces écarts résulte d'une sous-déclaration qui pourrait dès lors être qualifiée de frauduleuse.

Selon la CNAF, « l'acquisition automatisée des ressources auprès de la DGI depuis fin 2008 a permis de disposer d'informations sécurisées par le fisc tout en simplifiant les démarches des allocataires, et de réduire les indus ».

25. Les suites données à ces indus, potentiellement frauduleux pour une part, se sont d'ailleurs avérées insuffisantes, du double point de vue de la caractérisation et des sanctions (ainsi qu'il sera développé infra).

Des croisements de fichiers périodiques :

Outre ces outils structurants, de nombreux croisements de fichiers sont désormais prévus au plan national, quelques uns (mais rares, en réalité) déjà opérationnels, les autres en cours de mise en œuvre ou simplement encore expérimentés ou envisagés.

On peut signaler ici les chantiers les plus significatifs, par branche :

- pour la **branche maladie**, les croisements de fichiers prévus ne sont pas encore opérationnels :
 - les services fiscaux vont fournir aux OSS la liste des personnes qui ont déclaré ne plus résider en France (et qui bénéficient à ce titre d'une exonération de l'impôt sur le revenu), afin qu'ils ne bénéficient pas simultanément de prestations versées sous condition de résidence (CMU et CMUC). Le décret nécessaire à cet effet est intervenu, en date du 26 octobre 2009, « *autorisant la création d'un traitement de données à caractère personnel relatif au contrôle de la condition de résidence des ressortissants du régime général d'assurance maladie* », alimenté à partir du fichier des « non-résidents » de la DGFIP.
 - selon le bilan 2008 de la CNAMTS, un second échange, mené à titre expérimental, est relatif aux revenus des bénéficiaires de la CMU de base et complémentaire. Une expérimentation consiste à mettre en œuvre dans quatre caisses primaires d'assurance maladie un transfert de données relatives aux ressources déclarées à l'administration fiscale, afin de vérifier la concordance (ou la cohérence en matière de CMU complémentaire) avec les éléments déclarés à la branche maladie.
 - est également envisagé un autre échange relatif aux fraudes potentielles concernant les retraités de 85 ans et plus qui seraient bénéficiaires d'une ouverture de rente accident du travail (avec, dès lors, une suspicion de fraude).
- pour la **branche retraite**, est en cours, comme pour la branche maladie, un croisement avec les services fiscaux de données relatives à la résidence. Ce traitement parallèle à celui de la CNAMTS est utile notamment pour le minimum vieillesse. Il a lui aussi été autorisé par la CNIL, le 14 mai 2009, mais le décret n'est pas pris.
 - un autre traitement voisin, puisqu'il résulte d'échanges de données avec la DGI, est fondé sur la comparaison entre les taux différenciés de la CSG due sur les pensions et les bénéficiaires des minima de pension.

- pour la **branche famille**, seuls deux croisements sont opérationnels :
 - les données relatives aux revenus font l'objet d'un croisement avec celles de Pôle emploi, en vue de l'appréciation des revenus pour le calcul du RSA²⁶ ;
 - les données relatives à la résidence font l'objet d'un échange avec la DGFIP.

Plusieurs traitements et croisements sont envisagés :

- le plus productif d'après la CNAF serait le croisement des données relatives aux enfants scolarisés, qui permettrait de connaître notamment les enfants ou adolescents en « décrochage scolaire », ou encore les enfants qui ne séjournent plus en France. Mais un tel croisement en est encore aux travaux exploratoires, en l'absence d'un fichier national unifié des élèves, du côté de l'éducation nationale ;
 - de même, un croisement entre les fichiers de la DGFIP et celui des aides au logement est programmé, permettant de vérifier la réalité du bail qui justifie les aides,
 - est également en projet un croisement avec les données de la CNAMTS, pour vérifier que les revenus déclarés à la CNAF intègrent bien les indemnités journalières (IJ) et les pensions d'invalidité (notamment en vue du calcul de l'allocation d'adulte handicapé).
- pour **l'ensemble des branches**, un croisement est envisagé depuis plus de dix ans entre les données du ministère de l'intérieur et celles des organismes, pour la vérification des identités : le fichier dit « AGEDREF » (application de gestion des dossiers des ressortissants étrangers en France) du ministère de l'intérieur, qui centralise les données sur l'identité et la régularité du séjour des étrangers, pourrait être consulté, par les caisses, en cas de doute, au moyen d'une transaction intranet sécurisée. En cas d'absence dans le fichier, le demandeur devrait se rapprocher des services préfectoraux, pour rétablir son droit éventuel.

Là encore, des croisements périodiques sont également concevables, pour validation des fichiers des organismes. Au cours de l'enquête, la Cour a cherché à évaluer le risque de fraude à l'identité, à partir d'un échantillon de 1 000 dossiers de prestations familiales, qui a révélé un seul cas frauduleux. L'échantillon est trop faible toutefois pour que le résultat puisse être considéré comme fiable. Néanmoins, comme le signale la CNAF elle-même, dans la circulaire précitée, « *le résultat n'est pas négligeable car le risque de fraude (à l'identité) détectée, toutes fraudes confondues, est d'environ une fraude pour 1 700 allocataires* », ce qui justifierait (pour ce critère) des vérifications périodiques d'échantillons de dossiers.

iii) des relations avec la CNIL encore complexes

Certains des projets en cours ont fait ou font encore l'objet d'un examen par la CNIL. La DSS a d'ailleurs décidé « *de mettre en place une centralisation des projets et d'établir conjointement avec la CNIL un tableau de bord de suivi des projets* ». Mais les travaux préparatoires menés en ce sens avec la CNIL n'ont toujours pas débouché, après plusieurs mois, voire années, de discussions techniques. Une actualisation des traitements (il existe un état désormais un peu ancien, établi à fin 2006) a bien été transmise à la CNIL par la DSS, mais n'est pas encore validée.

26. Ces traitements seraient d'ailleurs complexes et auraient connu des dysfonctionnements, selon la CNAF.

La convention déjà évoquée, signée en avril 2008 entre les administrations et organismes parties prenantes de la lutte contre la fraude, prévoyait pourtant une centralisation des informations sur les traitements décidés et en cours. Au delà de l'actualisation ponctuelle que vient d'établir la DSS, il conviendrait de procéder à une actualisation périodique, par exemple annuelle.

Dans nombre de cas, des demandes sont faites mais ne recueillent pas de réponse : ainsi pour la constitution d'une base interne à la branche famille retraçant l'ensemble des fraudes passées. Malgré plusieurs relances, la CNIL n'a pas indiqué quelle serait sa position. Il en est de même pour des demandes de requêtes transmises par la CNAF et la CNAV et restées sans réponse ou traitées tardivement.

Sur ce point, la réponse donnée à la Cour par la CNIL est qu'une autorisation préalable n'est pas indispensable pour de telles requêtes sur des bases de données existantes et internes à une branche. Pour des raisons de sécurité juridique, les organismes chercheraient cependant une forme d'assurance, leur permettant de bien marquer dans leurs rapports avec les usagers et surtout les fraudeurs potentiels que la procédure a été régulière. Les réunions de travail organisées entre les branches et la CNIL semblent en outre attester que des autorisations sont bien nécessaires, ne serait-ce que dans le cadre du suivi des autorisations antérieures.

Enfin, les retards pris dans le dossier déjà signalé AGEDREF proviendraient, selon les administrations, des contraintes excessives envisagées par la CNIL notamment pour l'utilisation des données en provenance des organismes par le ministère de l'intérieur. Selon la CNIL, au contraire, c'est l'instabilité des demandes de l'administration qui a provoqué les retards et même l'abandon de la demande initiale. Le relevé de conclusion de décembre 2009 de la révision générale des politiques publiques (RGPP) a cependant à nouveau inscrit ce dossier comme priorité opérationnelle.

Ces divers exemples montrent qu'au-delà du seul tableau de bord de suivi des croisements, une revue périodique des informations demandées par la CNIL (dans le cadre d'un simple suivi, d'une notification ou d'une autorisation formelle) devrait être instituée. La CNIL, qui a souligné qu'elle souhaitait ne pas constituer un obstacle à la lutte contre la fraude, pourrait ainsi aider les organismes et les branches à surmonter la complexité réelle des différentes procédures instituées.

La désignation au sein de la CNIL d'un référent unique chargé de suivre les dossiers de lutte contre les fraudes et la désignation de correspondants de la CNIL au sein des caisses nationales ont déjà permis d'améliorer le dialogue sur les traitements envisagés. D'autres progrès pourraient encore être imaginés, notamment une meilleure sécurisation des procédures, par une identification précoce de la procédure suivie (selon les cas, le silence de la CNIL vaut autorisation tacite ou au contraire rejet tacite).

Ce suivi pourrait également permettre de mieux appréhender le régime juridique applicable lorsque des traitements voient certains de leur paramètres modifiés ; ou de distinguer les traitements réalisés à titre expérimental, ou sur échantillons afin d'en tester au préalable l'utilité relative, au regard des coûts et des contraintes d'exploitation.

Il conviendrait d'améliorer encore les outils de dialogue entre les caisses nationales, les tutelles et la CNIL afin de mieux sécuriser les procédures applicables et de les simplifier pour les tests sur échantillons.

iv) un tableau de bord partagé paraît souhaitable

Des progrès évidents et importants ont été réalisés et d'autres, également potentiellement très significatifs, sont en cours ou envisagés. Cependant, aucun bilan (par exemple annuel) n'est établi, qui permettrait de faire apparaître :

- l'état de déploiement des applications, en distinguant le cas échéant par organisme (certains organismes mettent en œuvre les traitements, d'autres non, selon leur plan de charge et leurs capacités internes) ;
- les traitements proposés ou même expérimentés par certains organismes, auxquels il n'a pas été encore donné de suite ;
- les difficultés éventuelles rencontrées, dans les formats ou la périodicité des échanges ;
- les suites qui ont été données à ces nouvelles détections (ce qui permettrait de faire apparaître les éventuelles insuffisances de personnel chargé dans les caisses de leur exploitation) ;
- une comparaison entre les estimations initiales, si elles existent, d'abus et de fraudes potentiellement détectés par les nouveaux traitements, et les constats effectifs.

Ce type de demande rejoint d'ailleurs le souci qu'a exprimé la CNIL²⁷ sur les modalités de mise en œuvre du répertoire national commun de la protection sociale. « *La commission estime que le ministère devrait établir un bilan annuel sur le RNCPS en partenariat avec la CNAVTS. Ce bilan, communiqué à la commission, devrait notamment faire apparaître :*

- *les améliorations réalisées et prévues en termes de simplification des démarches pour les assurés ;*
- *les résultats obtenus en matière de contrôle et de lutte contre la fraude ;*
- *les statistiques d'utilisation du RNCPS ;*
- *un descriptif des procédures d'habilitations au sein des organismes partenaires et le nombre d'agents habilités à consulter le RNCPS ;*
- *un descriptif des requêtes préétablies mises en place et à venir (...).* »

Il conviendrait que soit établi, par exemple dans le cadre du rapport annuel de la DNLF, un bilan des traitements automatisés et des croisements de fichiers, faisant apparaître les suites données aux détections nouvelles réalisées.

27. Dans sa délibération « portant avis sur un projet de décret en Conseil d'Etat relatif au répertoire national commun de la protection sociale (RNCPS) ». Le décret lui-même a été pris le 16 décembre 2009.

v) *la définition d'un ordre de priorité pour les traitements envisagés*

Un ordre de priorité des traitements à mettre en œuvre paraît également souhaitable pour l'avenir, dont la définition pourrait relever plus particulièrement de la DNLF. En effet, certains traitements, qui sont considérés comme « productifs » potentiellement par les professionnels des caisses, ne sont pas encore engagés ni même décidés. On peut relever, pour ne donner que ce seul exemple, le lien entre les indemnités journalières (IJ) maladie et les prestations minimales servies par les CAF (seulement pratiqué par une CPAM et une CAF). Il conviendrait qu'un recensement de ces traitements à entreprendre soit effectué.

Selon sa réponse, la CNAF (comme d'ailleurs la CNAV) est en effet demandeur de données relatives aux ressources non fiscalisées des allocataires des CAF (rentes d'accident du travail et d'invalidité, indemnités journalières²⁸), afin de compléter les informations recueillies auprès de la DGFIP (ces ressources sont prises en compte pour le calcul des prestations, et notamment de l'allocation adulte handicapé (AAH), de l'allocation de parent isolé (API), du RMI/ RSA). Or la CNAM se serait montrée jusqu'à présent peu coopérative sur ce terrain. Ce n'est qu'en novembre 2008 qu'elle a transmis les montants des prestations versées en 2007, entraînant dans certains cas le calcul d'indus importants auxquels les allocataires ne peuvent faire face. Seule la caisse régionale d'assurance maladie d'Ile-de-France communique ses informations en temps réel aux CAF concernées.

La CNAF s'est efforcée de renforcer également les croisements de fichiers portant sur la résidence des allocataires. Selon les éléments qu'elle a communiqués, la Poste est en mesure de fournir à la branche un fichier des personnes n'habitant pas à l'adresse (NPAI) actualisé régulièrement, utile pour la mise à jour des fichiers des CAF.

L'élaboration d'un programme prévisionnel de mise en place des nouveaux traitements jugés pertinents et prioritaires paraît donc nécessaire et serait en particulier utile pour détailler les traitements prévus dans le cadre d'un projet aussi complexe que le RNCPS et pour déterminer leur ordre de priorité, ainsi que leur éventuelle mise en test sur échantillons.

3. Des dispositions un peu plus exigeantes dans les COG

Une autre traduction de la priorité nouvelle, reconnue à la lutte contre la fraude, est son inscription dans les conventions d'objectifs et de gestion (COG) passées entre l'Etat et les caisses nationales. L'article 2 du décret précité du 18 avril 2008, relatif à la lutte contre la fraude, mentionne d'ailleurs explicitement les COG, en évoquant « *la coordination des actions menées en matière de lutte contre la fraude (entre autres) entre les services de l'Etat concernés et les organismes de sécurité sociale, (...) notamment dans le cadre des conventions d'objectifs et de gestion (COG) passées entre l'Etat et les organismes de sécurité sociale* »

De fait, les volets « anti-fraudes », inscrits dans la dernière génération de COG peuvent paraître plus conséquents que dans les précédentes, au moins pour les deux COG les plus récentes, passées entre l'Etat et la CNAV et entre l'Etat et la CNAF. L'examen successif de ces branches, puis de la branche maladie, montre cependant que les engagements pris restent très prudents, d'une part, et qu'ils ne sont pas liés à des indicateurs plus mobilisateurs, corrélés à l'intéressement, d'autre part.

28. Celles-ci sont désormais partiellement fiscalisées, y compris pour la branche accidents de travail, ce qui en améliore la connaissance.

a) La branche famille*i) les dispositions de la précédente COG et leur appréciation lors de son bilan*

Des dispositions existaient déjà dans les COG dites « de 3^{ème} génération ». Ainsi, pour la CNAF, l'article 18 de la COG 2005-2008 était consacré au renouvellement de la politique de maîtrise des risques et à ce titre la CNAF s'engageait, entre autres, à analyser nationalement les situations de fraude « *afin de lutter contre celles-ci et d'en renforcer la prévention* ». Dans cette perspective, la CNAF devait mettre en place une mission de lutte contre la fraude, à échéance de mars 2006 (ce qui a été fait). Il convient également de mentionner l'objectif, prévu par cette même COG et connexe aux actions contre la fraude, de mettre en place un identifiant national et un répertoire national des allocataires « *destinés à faciliter le développement de l'administration électronique, les actions de contrôle et l'accès à une information sur leur dossier en tout point du territoire* ».

Le bilan de la COG, établi par l'IGAS, exprime une appréciation plutôt positive, en considérant que la forte augmentation du nombre de fraudes détectées traduit le caractère prioritaire accordé au sujet, « *même si l'interprétation de l'indicateur relatif au montant des fraudes est malaisée car il n'est pas possible de savoir dans quelle mesure exacte il traduit l'amélioration de la politique menée plutôt que l'augmentation des fraudes* ».

Le rapport mentionnait notamment deux initiatives intéressantes dans la lutte contre la fraude : la mise en œuvre de techniques statistiques de ciblage des contrôles des allocataires en fonction de leur profil de risque²⁹ et la constitution d'un répertoire des fraudes devant permettre d'adapter les moyens de contrôle aux différents types de fraudes.

ii) des dispositions nouvelles en apparence plus volontaristes

Il reste qu'une prise en compte plus explicite de la priorité de lutte contre la fraude était souhaitable. Un premier changement peut être relevé dans la 4^{ème} COG signée au mois d'avril 2009. Le développement de la lutte contre la fraude y fait l'objet d'un engagement particulier de la branche et ne constitue plus seulement l'un des sous objectifs du renouvellement de la politique de maîtrise des risques comme dans la convention précédente. Quatre objectifs spécifiques ont ainsi été fixés :

- améliorer la connaissance du phénomène de la fraude en mettant en place des outils statistiques permettant de mesurer son importance³⁰.

Un indicateur de mesure de la fraude qui permettrait de disposer d'une estimation nationale des types d'actes commis, prestation par prestation, et de constituer un tableau de bord indiquant les grandes tendances et leurs évolutions devrait être élaboré. Il sera construit à partir du contrôle sur place, réalisé à compter de février 2009, chez 10 000 allocataires sélectionnés de manière aléatoire ;

29. Dites de « data-mining » ou d'exploration de données : ensemble de méthodes et de techniques qui permet d'extraire des informations à partir d'une grande masse de données. Son utilisation permet par exemple d'établir des corrélations entre ces données et de définir des comportements-type des clients ou ici des assurés.

30. Dans sa réponse au bilan de l'IGAS, la CNAF avait indiqué qu'elle allait mettre en œuvre au cours du premier semestre 2009 « une évaluation des risques, en particulier de la fraude, consistant en un contrôle systématique et global d'un échantillon d'allocataires tirés aléatoirement » dont « les résultats, par extrapolation, devraient permettre d'approcher tant l'ampleur réelle de la fraude que celle des indus et des rappels ». Cette opération, désormais réalisée, est décrite infra.

- mieux détecter les indus frauduleux.

Plus précisément, est prévue la réalisation d'une base nationale dite « Fraudes » qui remplira trois missions principales : assurer une remontée plus rapide des cas signalés dans les caisses locales ; envoyer les signalements aux autres caisses et aux autres branches, en souhaitant une action réciproque de celles-ci lorsqu'elles auront eu elles-mêmes connaissance de cas de fraudes dans leur propre réseau ; offrir à l'ensemble des CAF une typologie des fraudes. La création de cette base fait actuellement l'objet d'une demande d'autorisation auprès de la CNIL qui tarde à répondre ;

- mieux donner suite à la détection des cas de fraude en utilisant notamment les différentes dispositions existantes telles que la fongibilité dans la récupération des indus, les sanctions administratives ou les signalements aux partenaires ;
- développer les actions de prévention de la fraude par la formation des agents et par une information spécifique en direction des bénéficiaires.

En outre, la CNAF s'engage à conduire une étude pour permettre une fongibilité budgétaire entre les sommes recouvrées dans le cadre du mécanisme des pénalités financières et le budget de gestion administrative des CAF dans le but de renforcer l'implication des équipes.

Autre nouveauté par rapport à la COG précédente, plusieurs indicateurs spécifiques liés à la lutte contre la fraude sont définis :

- le « taux de faits générateurs contrôlés ciblés sur le risque de fraude³¹ » : il s'agit du rapport entre le nombre de contrôles ciblés relatifs à des fraudes présumées ou potentielles et l'ensemble des faits générateurs contrôlés (hors croisements de fichiers). La cible est fixée à 8,5 % en 2009 ;

- le « taux de détection de fraudes pour 100 000 allocataires » : il s'agit du nombre de fraudes détectées, pour 100 000 allocataires. Cet indicateur est complété par un indicateur de progression du montant des fraudes détectées ;

- le taux de fraudes ayant donné lieu à sanction : il s'agit de mesurer la part de fraudes notifiées ayant donné lieu à une sanction autre qu'un avertissement (rapportée au nombre total de fraudes notifiées).

iii) des dispositions en réalité peu contraignantes

Ces engagements constituent un progrès indéniable et donnent une « feuille de route » assez nourrie. On peut relever toutefois qu'ils ne sont que peu accompagnés d'objectifs quantitatifs mobilisateurs. Les indicateurs décrits ne sont en effet, pour deux d'entre eux, que des indicateurs de suivi (ce qui signifie qu'ils ne sont pas assortis de cible quantifiée) ; quant au troisième, il est présenté à titre transitoire pour la seule année 2009.

En outre, il existe une déconnection surprenante entre ces indicateurs et ceux retenus pour l'intéressement. En effet, le dernier protocole d'accord relatif à l'intéressement dans les organismes du régime général de la sécurité sociale, signé le 30 juin 2008 pour une période de trois ans (du 1er janvier 2008 au 31 décembre 2010), n'intègre que de manière peu satisfaisante l'objectif de lutte contre la fraude.

31. Il s'agit cependant semble-t-il d'un indicateur transitoire pour 2009.

Dans l'annexe technique spécifique à la branche famille, qui détaille les modalités de calcul des parts locale et nationale de l'intéressement pour le réseau, la lutte contre les fraudes fait bien son apparition, mais seulement au niveau national. Le document indique en effet que, s'agissant des indicateurs retenus pour le calcul de la part nationale de l'intéressement, les critères sont ceux retenus pour la part locale des CAF, *« auquel s'ajoute un critère supplémentaire relatif à la lutte contre la fraude commun à l'ensemble des branches. »*

Pour la première année de l'accord (2008), ce critère est en effet commun à l'ensemble des branches. Pour la branche famille, il correspond seulement à la signature par l'ensemble des 123 CAF de conventions visant à renforcer la coopération avec les autres acteurs publics. Il s'agit donc d'une obligation de moyens (aisée à satisfaire et qui peut encourager une attitude formaliste) pour les caisses locales et non d'une obligation de résultat. Au surplus, même si une caisse ne prend pas de mesure, sa négligence ne pèsera pas sur son propre résultat.

Le document précisait que ce critère serait approfondi dans le cadre d'un avenant à établir dans le cadre de la prochaine COG, puisque le protocole a été adopté avant la signature de la 4^{ème} COG. Il ne semble pas cependant que ces aménagements aient déjà eu lieu. De même, la définition attendue du mode de calcul de l'indicateur de lutte contre la fraude n'est pas intervenue³².

Dernière remarque, enfin, aucun engagement n'est pris en ce qui concerne le nombre de contrôleurs assermentés, aujourd'hui de 650 environ (voir infra) mais dont la démographie est d'autant plus inquiétante que la durée de formation de ces agents est longue : selon les données de la DSS, près du tiers doit partir en retraite d'ici deux ans seulement.

b) La branche retraite

i) les dispositions de la précédente COG et leur appréciation lors de son bilan

Dans la 3^{ème} COG (pour la période 2005-2008), d'une façon un peu similaire à ce qui a été noté dans la branche famille, la lutte contre la fraude dans la branche retraite n'avait pas été dissociée véritablement du dispositif de contrôle interne. Les engagements pris visaient ainsi à améliorer le contrôle interne en améliorant la qualité de la liquidation, en clarifiant le rôle du directeur et de l'agent comptable dans le dispositif de contrôle interne, enfin en développant une stratégie de lutte contre les fraudes. Sur cette question, la caisse nationale annonçait seulement la diffusion d'une instruction commune du directeur et de l'agent comptable.

Le bilan de la COG, établi en fin 2008, n'a pas porté spécifiquement sur ces volets du contrôle interne et de la lutte contre la fraude, dans la mesure où, selon l'IGAS, *« ils ont déjà fait ou feront l'objet de préconisations dans le cadre des travaux de la Cour des comptes, ainsi que dans le cadre de la revue générale des politiques publiques et d'une mission IGF-IGAS sur les procédures de rachat et de reconstitution de carrière »*.

De fait, dans son rapport sur la certification des comptes de la branche pour 2007, la Cour avait relevé que le bilan 2007 de la lutte contre les fraudes établi par la CNAVTS faisait apparaître des résultats limités, confirmant que les indus frauduleux demeuraient imparfaitement recensés et gérés comme tels. En outre, pour la Cour, la politique nationale de

32. Même si l'on déduit logiquement de ce qui précède qu'il pourrait s'agir du pourcentage de CAF ayant signé une convention.

prévention des fraudes continuait à couvrir un champ partiel. Elle omettait notamment d'appréhender le risque fort d'absence de révision des droits dans les cas de changement de situation de leurs titulaires.

C'est pourquoi, sans expertise complémentaire, l'IGAS a inclus parmi ses recommandations en vue de la COG 2009 - 2013 une recommandation visant à mieux prendre en compte la maîtrise des risques et la lutte contre les fraudes. L'IGAS recommandait en particulier que soit inclus un indicateur ciblé sur la lutte contre les fraudes.

ii) des dispositions nouvelles en apparence plus volontaristes

L'examen de la COG signée en juin 2009 confirme que la branche s'efforce de faire le choix d'une « politique active » de prévention et de lutte contre la fraude, reposant sur la vérification de données déclaratives, telles que les ressources ou la résidence, sur le développement d'échanges d'informations avec ses partenaires, sur la détection, la mesure et le recouvrement des indus frauduleux. Un plan global annuel de lutte contre la fraude et de prévention des risques doit désormais décliner cette politique.

En pratique, plusieurs actions plus précises sont d'ores et déjà dessinées dans la convention, même si la plupart d'entre elles n'apparaissent pas d'application immédiate (la CNAV prenant parfois la précaution de les assortir d'un horizon assez vague, « à terme ») :

- la réalisation de contrôles à l'étranger (en application de l'article L.114-11 du CSS) ;
- la signature d'accords internationaux avec certains Etats européens pour permettre à terme des échanges de données ;
- le ciblage des zones géographiques à risques, hors Union européenne, pour vérification de l'authenticité et de la sincérité des certificats de vie dans le cas de paiement des prestations à l'étranger ;
- l'individualisation du suivi des indus frauduleux et la mesure de leur recouvrement à terme, lorsque les outils adéquats seront disponibles.

Ces différentes orientations s'appuieront, selon la CNAV, sur un pilotage rénové. La structure de pilotage national (chargée de la définition des grandes orientations et de l'animation du réseau) devrait être renforcée ; l'organisation des cellules « fraude » réexaminée ; les contrôles et les enquêtes sur place développés, les pratiques harmonisées et une veille instaurée.

S'agissant des moyens humains dédiés à cette fonction, la CNAV s'engage à accroître le nombre d'agents, mais « *dans des proportions conformes à la taille du réseau de l'Assurance retraite et en fonction de la contrainte générale d'évolution des effectifs de la branche* ». Etait cependant prévu le recrutement de 40 agents de contrôle assermentés, dont 20 avant la fin 2009 (le calendrier sera en réalité décalé sur 2010). Le nombre de contrôleurs assermentés, de 17,6 ETP à fin 2009, ferait ainsi plus que tripler, et le nombre total d'agents dédiés à la lutte contre la fraude, d'un peu moins de 45 dans toute la branche, doublerait presque, ce qui témoigne de l'importance relative de cet effort (ou de la relative faiblesse des effectifs jusqu'ici affectés à ces missions).

Outre le renforcement des outils statistiques d'évaluation de la fraude par prestation et d'actions de formations ciblées, la CNAV prévoit également d'élaborer et de diffuser des bibliothèques de requêtes. Elle envisage également de recourir à des outils de « data-mining » (comme la branche famille, avec les mêmes difficultés de mise en œuvre déjà signalées).

La question des régularisations de carrière, qui a posé comme on l'a vu (cf. supra) des problèmes importants, fait l'objet d'un point particulier : est prévu l'examen de la recevabilité des bulletins de salaires, qui pourraient être complétés par d'autres documents « *pour corroborer la réalité de l'activité invoquée et la perception de salaires à ce titre* ». De son côté, la convention précise que l'Etat « *s'engage à examiner les propositions et préconisations qui seront issues de cette étude* ».

iii) des engagements très peu contraignants

Comme pour la branche famille, ces engagements constituent un progrès. Le recrutement de contrôleurs assermentés, engagé début 2010, devrait ainsi permettre de constituer dans chaque CRAM un socle de service dédié à la lutte contre les fraudes.

Pour autant, les engagements quantifiés ne paraissent pas véritablement contraignants. Un seul indicateur est retenu, qui ne sera en outre disponible qu'en 2010 : le taux de résorption des indus frauduleux (il s'agit pour les indus frauduleux sur prestations vieillesse et veuvage, du rapport entre le montant recouvré et le montant total constaté).

Au regard des engagements cités, cet indicateur apparaît assez décevant, en ce qu'il ne mesure pas l'efficacité de chaque CRAM dans la détection des fraudes mais plutôt leur efficacité dans la récupération des indus qui en découlent (cette dernière est un enjeu réel, mais sans doute second).

Comme pour la branche famille, les indicateurs d'intéressement, arrêtés avant la négociation de la COG, n'ont pas été revus, alors même qu'ils paraissent très peu mobilisateurs. Un seul indicateur relatif à la lutte contre la fraude figure en effet dans l'annexe technique de la branche retraite (adopté comme pour la branche famille lors de la signature du protocole le 30 juin 2008). Comme dans la branche famille d'ailleurs, il n'est pris en compte que dans la part nationale, ce qui interdit de discriminer les CRAM sur la base de leurs résultats respectifs.

La cible retenue est le montant du préjudice financier évité ou constaté lié à une fraude.

Le calcul du préjudice évité³³

Depuis 2007, le bilan financier de la prévention et de la gestion des fraudes de la branche retraite intègre les préjudices évités : lorsqu'une fraude est constatée, le montant du préjudice que la caisse de retraite aurait subi en cas de non détection est calculé. Ce montant est ensuite valorisé par exemple (selon la prestation) sur la durée de perception de la prestation, en fonction de l'âge et de l'espérance de vie du bénéficiaire (cette durée peut aller jusqu'à vingt-trois ans, durée moyenne totale en France de service d'une pension). Un tel mode de calcul, malgré sa relative complexité (initialement mal maîtrisé par certaines CRAM, il a été harmonisé à partir de 2008) permet de mieux mesurer l'efficacité de l'action préventive et d'en évaluer le bénéfice sur le long terme.

33. Extrait de la lettre d'information « Rendez-vous retraite » n°16 de mai 2008.

Si le périmètre mesuré peut être admis (à condition que le passage de l'indu constaté à l'indu évité soit suffisamment rigoureux), le niveau de la cible paraît critiquable. Le seuil de déclenchement de l'indicateur (qui donne lieu à attribution de points) est particulièrement bas. Il est en effet fixé à 2,3 M€par an au plan national, pour un objectif cible de 3 M€

Ce montant cible a été atteint dès 2007 (la fraude avérée a été évaluée à 1,1 M€en 2007, la somme des montants avérés et évités dépassait ainsi de peu 3 M€) et apparaît donc très insuffisant³⁴. Certes, la CNAV indiquait que la cible 2013 et les cibles intermédiaires de cet indicateur seraient déterminées fin 2009 sur la base d'une étude d'un échantillon d'indus frauduleux. Les montants devraient donc être réévalués, ce qui n'a pas été fait à ce jour.

c) La branche maladie

i) les engagements de la COG qui s'achève

Dans la COG signée entre la CNAMTS et l'Etat pour la période 2006-2009, la lutte contre la fraude est abordée en premier lieu de façon indirecte, à travers une série d'engagements destinés à mieux « *contrôler le périmètre de prise en charge* ». Il est ainsi prévu :

- de sécuriser la carte Vitale et sa distribution ;
- d'organiser des échanges d'informations avec d'autres caisses, organismes, administrations ;
- de développer l'interopérabilité des systèmes d'information médical et administratif ;
- de mettre en œuvre la liquidation médico-administrative ;
- enfin de contrôler les droits en temps réel avant de délivrer des prestations en tiers payant.

Tous ces objectifs devraient en effet contribuer à limiter les possibilités de fraudes connues. Mais ils constituent des objectifs de longue haleine.

La branche a pris également l'engagement de « *renforcer les actions de lutte contre la fraude et les comportements déviants pour crédibiliser la gestion du risque maladie* ». L'objectif affiché est « *d'influencer les comportements des acteurs de santé en les responsabilisant de manière crédible* ».

Contrairement aux cinq objectifs rappelés ci-dessus, les modalités de ces contrôles renforcés sont décrites précisément dans la convention :

- définition d'un plan annuel de contrôles, comprenant un volet national et un volet régional et suivi dans un tableau de bord semestriel ;
- mobilisation de moyens informatiques et humains : actions de professionnalisation des personnels médicaux et administratifs assurant les contrôles ; modification du dispositif d'assermentation des praticiens conseils, révision du dispositif global d'entente préalable ;

34. A titre de confirmation on peut relever que la lutte contre la fraude au sein de la seule CRAM de Bretagne en 2008 a permis de calculer un préjudice total de 1,05 M€, se répartissant en 183 K€ de préjudices constatés et 863 K€ de préjudices évités (conférence de presse du 14 mai 2009 à la Préfecture des Côtes d'Armor).

- mise en œuvre des sanctions et des pénalités, récupération systématique des indus, publication des résultats des actions.

Ces divers objectifs n'ont cependant pas fait l'objet d'un suivi par indicateur. En effet, l'annexe relative aux indicateurs de réalisation des objectifs n'en mentionnait aucun s'agissant de la lutte contre la fraude stricto sensu. Seul un indicateur « périphérique » (rattaché à la gestion du risque) mesurait le taux des médecins qui auraient modifié leur comportement suite à des actions de la CNAMTS (avec pour objectif un taux de 50 % chaque année sur une action ciblée).

ii) la lutte contre la fraude dans l'annexe technique relative à l'intéressement

La lutte contre la fraude fait partie des objectifs de performance collective de la branche maladie (comme cela a déjà été souligné pour les deux autres branches examinées), au titre de la régulation des dépenses d'assurance maladie. L'indicateur retenu est le montant des fraudes détectées dans le cadre du programme national de lutte contre les fraudes (PNLF). La cible 2008 était fixée à 138,5 M€ et le socle de performance (en deçà duquel aucun résultat n'est valorisé) à 50 M€. Le résultat de l'année 2008 s'étant élevé à 160 M€, le taux de réussite sur cet item est de 100 %.

En apparence, cet indicateur paraît plus contraignant. Mais il reste global, sans déclinaison par caisses ; et le montant mesuré n'intègre pas que des fraudes (voir infra). On peut dès lors, comme pour les autres branches, se demander dans quelle mesure un tel indicateur global peut être mobilisateur.

iii) les orientations envisagées pour la prochaine COG en cours de négociation

Le bilan provisoire de la COG achevée à fin 2009 ne porte pas sur le volet fraude, même si plusieurs observations sont relatives à des domaines connexes, comme la maîtrise des risques.

La question préalable paraît être de poursuivre dans la continuité des travaux antérieurs, ou au contraire d'intégrer des inflexions plus volontaristes, pour aligner la branche maladie sur les progrès déjà accomplis ou en cours dans la branche famille, notamment pour ce qui concerne l'évaluation de la fraude potentielle, ou encore pour clarifier les notions utilisées par la branche (voir infra).

C'est ce que la prochaine COG pourrait prévoir, selon les premières indications recueillies auprès des responsables de la fraude, ce qui irait dans le sens des orientations de la Cour (voir infra). A défaut, subsisterait le risque d'un ciblage insuffisant des fraudes avérées.

d) Eléments de synthèse

Au total, dans les trois branches prestataires les COG reflètent une prise de conscience des enjeux liés à la lutte contre les fraudes. L'inscription d'objectifs relatifs à la lutte contre la fraude dans ces trois documents constitue en effet un progrès, qui va au-delà du symbole dans la mesure où les organismes et leurs responsables sont de fait plus mobilisés sur des objectifs inscrits dans ces quasi-contrats.

Mais ces progrès paraissent encore partiels et insuffisants, dans la mesure où les engagements pris sont trop peu contraignants, pour trois raisons principales :

- sauf pour la branche retraite, ils portent de manière insuffisante sur les *effectifs affectés aux contrôles dans les organismes locaux*, en particulier sur le nombre de contrôleurs assermentés, autorisés à faire des visites au domicile des assurés (pour la branche famille) ou à vérifier la réalité des soins remboursés (pour la branche maladie). Or c'est de ceux-ci que dépend la capacité des organismes de traiter les recouvrements et de caractériser les fraudes.
- Les *indicateurs quantitatifs* inscrits ne sont pas mobilisateurs, soit qu'il s'agisse seulement d'indicateurs de suivi, soit qu'ils portent sur des cibles relativement secondaires, soit enfin qu'ils soient actuellement fixés à un niveau trop faible, comme pour la branche retraite.
- Leur contribution au calcul de l'intéressement collectif est trop indirecte et encore plus nettement déconnectée des performances.

On peut dès lors souhaiter que la négociation en cours de la COG maladie permette de corriger partiellement ces lacunes en comportant notamment un réexamen de la définition des fraudes et un engagement sur le nombre de contrôleurs assermentés.

On doit cependant admettre que la lutte contre la fraude ne constitue qu'une priorité parmi d'autres et surtout qu'elle ne correspond à l'activité que d'une petite partie des agents, spécialisés à cet effet. Dès lors, les outils globaux que sont les COG, destinés à mobiliser les personnels sur des priorités larges, sont insuffisants pour mobiliser ces services spécialisés sur des cibles fines. Ces conventions devraient n'inclure ainsi que des objectifs assez généraux, mais renvoyer vers des outils spécifiques, aussi bien pour les actions à mener que pour leur récompense éventuelle.

D'ores et déjà, certains objectifs liés à la lutte contre la fraude figurent dans les plans de déploiement de la maîtrise des risques : ainsi pour la branche famille, des objectifs précis en termes de contrôles sur place (par l'intermédiaire des contrôleurs assermentés) ont été fixés dans le plan de maîtrise des risques : le taux de contrôle sur place doit par exemple atteindre 3,5 % du fichier des allocataires chaque année. Des objectifs sont également fixés dans le cadre des projets d'entreprise de la CNAMTS et de certaines CPAM.

Les textes ont également explicitement prévu l'obligation pour les branches d'établir un plan annuel de lutte contre les fraudes aux prestations. Il conviendrait de décliner pour chaque organisme les différentes actions de ce plan qui impliquent une mise en œuvre dans les caisses locales, soit la majeure partie des actions. C'est déjà le cas pour la branche maladie, où les organismes de base doivent établir un plan local, pour les actions dites « loco-régionales ». Une telle pratique devrait être généralisée³⁵.

Il conviendrait d'inscrire dans les COG des indicateurs de résultats plus ambitieux et de compléter les conventions elles mêmes par des engagements spécifiques, par exemple inclus dans les plans de maîtrise des risques, engagements ensuite déclinés pour les caisses locales.

35. Ce qui va ainsi au-delà de la simple différenciation effectuée par la branche retraite, entre les actions qui relèvent des niveaux national et local.

4. Un renforcement des moyens humains

En complément des moyens juridiques et informatiques accrus, la priorité affichée à la lutte contre la fraude aux prestations s'est traduite par un renforcement des effectifs dédiés à cette tâche, au moins au niveau national. Des personnels spécialisés sont désormais identifiés, même si c'est encore en nombre réduit, au sein des caisses nationales, sans doute aussi au sein de leurs réseaux, enfin au sein d'administrations de missions nouvelles.

a) Au sein des caisses

i) *éléments généraux sur la méthode*

La DSS ne dispose pas d'un recensement précis des personnels qui contribuent à la lutte contre les fraudes aux prestations au sein des organismes. La DNLF a cherché à construire un indicateur sur ce point, sans véritablement parvenir encore de son propre aveu, à rassembler une information fiable, en tout cas fondée sur des méthodes homogènes entre les différentes branches ou régimes.

Il est vrai que le périmètre des missions, et donc le décompte, n'est pas évident : faut-il inclure les agents chargés de la sécurité et du gardiennage ? On peut assez facilement se mettre d'accord sur ce type de missions pour les exclure. Il est en revanche plus difficile de déterminer comment on doit décompter des agents chargés de missions connexes, comme du contrôle interne, ou des contrôles exercés dans le cadre de la « gestion du risque », pour l'assurance maladie.

En l'absence d'une méthodologie commune, qui aurait été définie par la DSS et la DNLF, les données disponibles sont ainsi difficilement comparables, d'une branche à l'autre, et leur fiabilité est encore plus limitée pour les données relatives aux caisses locales, qui ne sont pas toujours agrégées au plan national de manière fine. Ainsi, pour la branche maladie, le contrôle de gestion de la CNAMTS dispose d'une ventilation des effectifs par mission et fonctions, mais qui ne va pas jusqu'à détailler le nombre d'inspecteurs assermentés.

La connaissance par les caisses nationales de la réalité des missions confiées dans les caisses locales aux agents est en outre partielle.

Des progrès doivent donc être réalisés, de sorte que l'on puisse disposer sinon d'un ratio de personnes affectées au contrôle des fraudes, par rapport à la masse des prestations versées, du moins d'une appréciation des moyens disponibles par rapport aux charges prévisibles. Bien entendu, un tel ratio devra être remis en perspective, d'une branche à l'autre, les prestations n'étant pas « fraudables » au même degré selon les branches. Cet indicateur fournirait cependant une première indication utile sur le degré de mobilisation réelle des branches ou organismes.

Dans l'attente de données plus précises, et avec les réserves signalées, on peut cependant présenter des ordres de grandeur des personnels chargés de la lutte contre les fraudes aux prestations. Bien entendu, il est plus facile de suivre les effectifs affectés à cette mission au plan national, les incertitudes étant redoublées, au plan local, du fait de la difficulté des caisses nationales à suivre l'affectation réelle des agents et la réalité de leurs missions (un agent contrôleur peut se voir confier, dans des proportions variables, des missions connexes plus « sociales »).

ii) la branche maladie

Au sein de la CNAMTS, une nouvelle direction a été créée, chargée « du contrôle contentieux et de la répression des fraudes » ; elle comporte 39 ETP.

Dans une lettre du 6 novembre 2009 adressée à la DNLF, la CNAMTS, en réponse à la demande périodique de la DNLF d'évaluer les personnels affectés à la lutte contre la fraude, inclut en outre 163,5 ETP de praticiens conseils et 208,5 ETP de personnel administratif, en poste dans les directions régionales du service médical. Même si la lettre précitée souligne « *que cet indicateur nécessite, pour son obtention, la réalisation d'une enquête entraînant une phase de concertation et une phase de validation* », aucun détail n'est donné sur la méthode qui a conduit à une telle estimation (la Cour avait justement relevé, dans le dernier rapport annuel sur la sécurité sociale, les limites de la comptabilité analytique dans les services du contrôle médical ; en outre, l'objectif visé, de « lutte contre la fraude » ne semble pas défini de manière délimitée).

Au plan local, la même évaluation conduit à afficher pour l'ensemble des caisses 496,25 ETP. Mais une évaluation postérieure estime le nombre de personnels administratifs des caisses affectés au contrôle contentieux à 691 (le contrôle contentieux correspond en partie à la lutte contre la fraude).

Dans ce total seraient inclus les agents assermentés, dont le nombre serait de 914 à fin 2008 selon la CNAMTS. Mais seule une part de leur activité est dirigée contre les fraudes.³⁶ Il semble d'ailleurs que le niveau national ne suive plus véritablement cette catégorie, considérant sans doute que les techniques de lutte contre la fraude, par requêtage national, ne supposent plus (ou plus autant) de confirmation par enquête locale.

De même, sont inclus dans ce total les coordinateurs régionaux chargés « de la gestion des risques et de la lutte contre la fraude » ainsi que les référents, désignés dans les CPAM ou les services régionaux du contrôle médical.

Compte tenu des difficultés de méthode et des incertitudes dans le dénombrement, il est donc difficile d'apprécier l'évolution des effectifs.

iii) au sein de la branche famille

Au plan *national*, une « mission fraude », chargée de la prévention et de la répression des fraudes, a été constituée au sein de la cellule chargée de la maîtrise des risques. La faiblesse des moyens humains consacrés à cette question avait été soulignée par l'IGAS, dans le cadre du bilan précité de la COG : deux agents seulement, au sein de la mission de lutte contre la fraude sont chargés de diffuser les informations et les bonnes pratiques dans le réseau. Deux autres ont été embauchés en 2008 et en 2009.

Au plan *local*, trois catégories d'agents sont plus ou moins spécialisés (mais aucune à temps plein) :

- les contrôleurs répartis dans les CAF : leur nombre varie selon les documents (580 dans les données issues des paiements, 619 dans le bilan 2009 ou encore 650 à partir du suivi des agréments³⁷).

36. Ils ont d'autres missions : reconnaissance de la matérialité des accidents de travail, recouvrement de créances.

37. Cette procédure d'agrément, prévue à l'article L. 114-10, a été déléguée aux caisses, ce qui explique que les tutelles ne soient pas en mesure de donner des éléments sur les effectifs concernés.

Au-delà des chiffres, il peut arriver qu'un directeur confie des missions de contrôle à des agents non assermentés, ou qu'à l'inverse il accepte que certains contrôleurs effectuent des missions de proximité (justifiées par leur capacité à aller voir les assurés à leur domicile). Leur contribution à la détection des fraudes serait d'ailleurs assez réduite, selon les données de synthèse de la CNAF ;

- les correspondants « fraude » (240 agents dans les CAF) ;

- les référents "fraudes" (deux ont été désignés dans chaque CAF). Ils ont notamment pour mission de donner suite aux signalements transmis par les autres organismes et de recenser les cas présentant un profil atypique, afin d'en diffuser les caractéristiques auprès des autres caisses locales.

iv) dans la branche retraite

Depuis 2006, le pilotage de la lutte contre les fraudes d'origine externe relevait, sur un double plan national et régional, de la direction de la réglementation et du contentieux. Au cours de l'année 2008, l'organisation de la lutte contre les fraudes au plan national a été renforcée par la création d'une structure dédiée, compétente pour la lutte contre les fraudes d'origine interne comme externe : le département national de prévention et de lutte contre les fraudes (DNPLF).

Au plan local, tous les organismes (CRAM ou CNAV, pour l'Ile de France) sont dotés d'un correspondant « fraudes », souvent rattaché à la structure en charge des questions juridiques et du contentieux. Dans son bilan 2008, la CNAV en décompte 13,3 ETP pour 21 organismes. Elle indique en outre que 15,2 ETP assermentés en tout sont dédiés à des contrôles anti-fraudes dont 7 pour la CNAV.

Comme indiqué déjà, ces effectifs viennent d'être renforcés, conformément à un engagement inscrit dans la COG. Dans une lettre du 3 février 2010, adressée aux CRAM, la CNAV a notifié la répartition des 40 ETP supplémentaires prévus et a demandé qu'une organisation minimale soit assurée, avec un coordonnateur régional et un ou deux contrôleurs agréés et assermentés, dédiés à plein temps à la lutte contre la fraude.

v) éléments de synthèse

Un réseau de personnels peu nombreux mais spécialisés a donc été constitué, au plan national, qui rend en principe possibles les transmissions d'informations et d'orientations, de la tête de réseau vers les organismes de base, et inversement.

Le constat est moins évident au plan local, la constitution de réseaux nouveaux de « référents » ou de services chargés de missions connexes comme le contrôle interne ou la « gestion du risque » semblant s'être accompagnée d'une diminution du nombre d'autres catégories, comme les délégués de l'agent comptable, susceptibles de réaliser des contrôles ciblés.

Il conviendrait donc de mieux suivre la réalité des agents affectés à cette tâche, en particulier pour les agents assermentés, la délégation d'une procédure régaliennne aux caisses ne devant pas conduire à perdre l'information utile. Bien entendu, cet état des lieux préalable devrait ensuite être mis en regard des besoins estimés.

Au-delà d'un indicateur fondé sur des données globales, la DNLF devrait progressivement établir un recensement annuel par catégories des agents affectés à la lutte contre la fraude, en particulier des agents assermentés, fondé sur des méthodes aussi comparables que possible selon les branches (et régimes).

b) Une administration de mission a été créée, au plan national et local

Le renforcement des moyens dédiés s'est également traduit au plan administratif : d'abord, en 2006 par l'institution d'une « direction de projet³⁸ » au sein de la DSS, pour procéder à l'élaboration et au suivi des textes législatifs relatifs à la lutte contre la fraude ; ensuite, en 2008, par la création d'une instance spécialisée nouvelle, au plan national et de structures de coordination, au plan local.

i) au plan national

Selon la lettre de mission adressée en octobre 2007 par le Président de la République et le Premier ministre au ministre des comptes publics, la complexité particulière des actions de lutte contre les fraudes aux prestations justifie de renforcer et spécialiser les moyens humains et donc la création d'institutions nouvelles, au plan national et local : *« s'agissant en particulier de la fraude aux prestations, l'éclatement et le cloisonnement des administrations gestionnaires (Etat, sécurité sociale, organismes paritaires, collectivités locales) est un facteur de complexité indéniable, même s'il n'excuse en rien les résultats insuffisants qu'obtient notre pays dans le contrôle des dépenses. Afin de tenir compte de cette situation, il apparaît qu'une organisation administrative nouvelle sera nécessaire pour conduire le vaste plan de lutte contre la fraude que nous souhaitons engager »*.

En conséquence, le choix a été fait de créer, au double niveau central et local, une institution spécialisée, de type *administration de mission* plutôt qu'une administration de gestion aux effectifs nombreux, selon le modèle britannique³⁹. Comme le rappelle dès l'introduction le premier rapport d'activité de la mission nationale *« l'action de la **délégation nationale à la lutte contre la fraude (DLNF)**, instituée en avril 2008, n'a pas pour vocation de se substituer aux intervenants de la lutte contre la fraude, mais a vocation à piloter la coordination de cette dernière »*⁴⁰.

Ainsi, les moyens spécifiques dédiés, au sein de la DLNF, aux prestations sociales versées par les régimes sociaux sont limités : au sein d'une équipe de haut niveau certes, les effectifs sont réduits à un délégué national et 11 chargés de mission. Parmi eux, deux sont plus spécifiquement chargés, l'un des prestations versées par la CNAMTS et la CNAV, l'autre des prestations versées par la CNAF et l'UNEDIC⁴¹. Les autres chargés de mission interviennent en tant que de besoin sur toutes les actions transversales (informatique, suivi des comités locaux, etc.).

38. Un directeur de projet et son adjoint sont rattachés au directeur.

39. Un rapport récent du National audit office (NAO) relève d'ailleurs justement que l'efficacité des actions de lutte contre les fraudes n'est pas suffisante, les coûts engagés par cette administration spécialisée n'étant pas toujours justifiés par rapport aux enjeux potentiels.

40. Rapport d'activité de la DLNF, avril 2009, p. 5.

41. C'est-à-dire par le réseau des organismes piloté par ces têtes de réseau. L'enquête de la Cour n'a pas porté sur les prestations de chômage. Voir note n°3.

ii) au plan local

Comme le prévoyait également le décret du 8 avril 2008, l'action de la DLNF est relayée par des comités locaux de lutte contre la fraude, créés au niveau régional et au niveau départemental, et chargés de coordonner les actions de l'ensemble des organismes concernés. Une des missions de la DLNF consiste à animer ce réseau local.

Expérimentée au cours de l'année 2009 sous des formes diversifiées⁴², la mise en place des comités a confirmé que les moyens consacrés à la coordination resteraient limités. Si des référents ont été identifiés dans l'ensemble des organismes et administrations partenaires, les moyens spécifiques se limitent à un secrétariat permanent à temps partiel (dont la provenance administrative varie selon les départements), peu de départements choisissant de dédier une personne à temps complet pour cette fonction. Au plan local également, le choix a donc été fait d'une administration de mission, reposant sur des effectifs très peu nombreux.

L'utilité des actions engagées paraît cependant évidente, du moins au travers de la consolidation des réponses effectuée par la DNLF. La mise en commun des informations pertinentes ou les échanges sur les procédures complexes (notamment judiciaires) a ainsi permis à plusieurs reprises de mettre à jour des fraudes, parfois d'ampleur, selon cette synthèse. Le bilan transmis par le comité de Vendée souligne par exemple que *« le comité de lutte contre la fraude a permis, en modifiant les habitudes de travail, de faire progresser significativement le nombre de fraudes détectées »*.

La volonté partagée d'échanges d'informations et de partage des « meilleures pratiques », traduite comme on l'a dit par la signature d'une convention nationale de coopération, se trouve ainsi déclinée dans les départements au niveau opérationnel. Une question se pose, cependant, de la possibilité (déontologique, autant que juridique) d'échanger avec l'ensemble des partenaires sur des cas nominatifs, en mutualisant les informations de manière indifférenciée.

Autre progrès notable, un travail plus spécialisé est engagé. Pour les 91 comités existants, environ 150 groupes de travail spécialisés ont été créés, notamment sur la fraude à la résidence (15), les transports sanitaires (15), ou encore la fraude documentaire (11).

Pour autant, certains comités (comme celui des Yvelines) demandaient, toujours selon ce bilan, *« que soit désormais conduite une démarche globale permettant de définir des méthodes d'investigation sur un risque déterminé et des procédés visant à démontrer certains mécanismes récurrents de fraude »*.

42. Le décret signalait même que plusieurs formes différentes de comités seraient expérimentées : cinq en région, les autres dans chaque département, mais les uns limités à la lutte contre la fraude aux prestations, les autres intégrant également le suivi des fraudes aux prélèvements (les actuels comités de lutte contre le travail clandestin, ou COLTI, se trouvaient dès lors intégrés dans ce nouvel organisme).

Un rapport de bilan, en date du 25 septembre 2009, a été établi par la DNLF, sur les actions et l'organisation de ces comités. Il en ressort tout d'abord que la structure régionale « présente un intérêt, pour jouer un rôle d'impulsion, de fédération des institutions et de coordination des pratiques ». Mais la structure la plus opérationnelle est au niveau départemental.

Le choix d'intégrer ou non la mission de lutte contre le travail clandestin a été discuté, la plupart des départements jugeant le rapprochement des deux compétences plus efficient (à l'exception d'un département plus important, la Seine Saint Denis, pour lequel l'échelle des actions à mener justifie peut-être une organisation parallèle spécialisée). C'est dans ce sens qu'a été généralisée la formule de comités aux missions larges.

Ce souhait d'une définition plus précise des méthodes et des priorités confirme le diagnostic déjà esquissé, de la nécessité de référentiels nationaux et d'une stratégie mieux priorisée.

B. Des cibles qui demeurent trop imprécises

Comme on le voit ici, malgré les progrès évidents déjà constatés ou engagés au niveau interministériel, la définition d'une stratégie plus efficace implique des efforts complémentaires, au niveau national :

- pour modifier les méthodes d'évaluation des fraudes utilisées dans les caisses nationales, qui demeurent insuffisantes (1);
- pour clarifier la notion de fraude, en la distinguant mieux des notions voisines d'abus et d'erreurs (2) ;
- pour engager une simplification ciblée des réglementations destinée à réduire la « fraudabilité » des prestations (3) ;
- enfin, pour mieux formaliser une stratégie qui doit être mise en œuvre par des acteurs multiples (4).

1. Les évaluations quantitatives disponibles demeurent insuffisantes

Dès octobre 2006 avait été identifié l'objectif d'une évaluation quantitative des enjeux financiers, liés à la fraude aux prestations. Certes, la difficulté de ce point était soulignée, par exemple dans la lettre de mission précitée de novembre 2007 *« Plus difficile à évaluer encore que la fraude portant sur les impôts ou les cotisations, la fraude aux prestations a fait l'objet d'évaluations très contrastées »*. Un des objectifs du plan évoqué par cette lettre et confié au Comité de lutte contre la fraude, présidé par le Premier ministre, est d'ailleurs de *« répertorier les diverses formes de fraude et de définir une méthodologie permettant de les évaluer »*.

Malgré les annonces répétées d'améliorations prochaines, à fin 2009, deux branches prestataires sur trois ne publiaient ni n'effectuaient d'estimations de la fraude dont elles sont les victimes. Seule la CNAF avait effectué une première évaluation globale de l'incidence potentielle de la fraude, à partir d'une analyse approfondie d'un échantillon. La CNAMTS et la CNAV se bornaient à recenser et à enregistrer l'impact financier des fraudes qu'elles avaient découvertes, avec des approches méthodologiques très hétérogènes.

Ainsi, alors que la question du chiffrage a été présentée comme particulièrement prioritaire et sensible, les démarches engagées pour évaluer l'ampleur des fraudes n'ont que lentement et partiellement progressé. A l'exception de la branche famille, les données publiées par les caisses nationales (a) se limitent encore le plus souvent aux montants détectés (ou évités, sur des fraudes découvertes), ce qui peut donner une perception faussée des enjeux de la fraude, en conduisant à une grave sous-estimation. Il convient dès lors de rechercher les éléments disponibles pour viser des évaluations plus complètes, notamment en s'inspirant des travaux récents de la CNAF et des exemples étrangers (b).

a) Les caisses nationales connaissent d'abord les fraudes constatées

Une procédure de signalement des fraudes constatées dans les caisses locales (et même des suspicions de fraudes) a été établie par les lois de financement pour 2005 et de 2007 et codifiée à l'article L. 114-9 du code de la sécurité sociale. Elle instaure une double centralisation, à la DSS et dans les caisses nationales têtes de réseau. Cette procédure constitue un progrès très significatif, la connaissance des fraudes étant jusque là très imparfaite et lacunaire. Mais les données centralisées par la DSS d'une part et par les caisses nationales ne sont pas identiques, celles adressées à la tutelle paraissant moins complètes (il est prévu que les bases soient communes, dès la fin de 2010)

i) les données centralisées par la DSS

Bien qu'incomplètes, les données centralisées par la DSS ont paru instructives, en ce qu'elles mettent en regard, avec une procédure homogène, les faits de fraude signalés en provenance des trois branches (qui donnent lieu ensuite à des comparaisons instructives par motifs).

Tableau n° 1 : Nombre de fraudes et montants signalés à la tutelle en 2008

Branches	Nombre	Montant (M€)
Famille	4 601	36
Maladie	2 269	13,8
Vieillesse	186	1
Autres ⁴³	132	1

Source : DSS

On relève que la branche famille est la plus concernée, avec près des deux tiers des fraudes signalées en nombre et en montant. La branche maladie serait, selon cette « coupe », à un niveau deux fois inférieur ; quant à la branche retraite, la fraude détectée y demeurerait insignifiante.

Ce constat confirme sans doute l'intuition que les prestations peuvent plus ou moins donner lieu à des fraudes selon les branches : le risque de fraudes est en effet moins élevé dans la branche retraite, notamment parce qu'elle a structuré depuis longtemps son système d'information autour d'un identifiant unique (SNGI) et que les informations utiles au calcul des pensions sont très largement alimentées par des reports directs d'organismes sociaux ou d'employeurs.

ii) la branche maladie

Les données relatives aux constats de fraudes, telles que la CNAMTS les publie, devraient être identiques ou au moins proches de celles de la DSS (si on admet des omissions dans les cas signalés à la tutelle). En réalité, tel n'est pas le cas, car les statistiques de la CNAMTS sont plus larges, notamment parce qu'elles englobent les abus et qu'elles incluent l'incidence des modifications de comportement obtenues grâce aux mises sous entente préalable des

43. Il s'agit soit des fraudes signalées par d'autres régimes, comme le RSI, soit des fraudes concernant plusieurs organismes.

professionnels de santé. La CNAMTS recense les effets financiers directs de ses actions au travers de deux types de résultats :

- le montant des fraudes, fautes et abus détectés ;
- et le montant des économies constatées qui « recouvre plusieurs sources possibles d'économies : demandes de réparation du préjudice subi, application de pénalités et de sanctions financières, préjudice évité. »

Pour s'en tenir au montant des seules « fraudes, abus et fautes détectées », la chronique des résultats affichés fait apparaître une progression sensible⁴⁴. Les montants sont en nette croissance depuis 2005 (aucune donnée consolidée n'est disponible auparavant), comme le montre le tableau suivant :

Tableau n° 2 : Montant des fraudes et abus détectés par la branche maladie

En M€		
Année	Montants détectés et stoppés	Economies constatées
2005	13	10,4
2006	118	90,6
2007	143	125,5
2008	160	131,7

Source : CNAMTS (bilan 2008)

Ces chiffres sont cependant à considérer avec précaution, dans la mesure où ils consolident des informations très hétérogènes, notamment celles résultant des mises sous accord préalable (MSAP)⁴⁵, qui ne peuvent être considérées comme le résultat d'une fraude, mais plutôt d'une vigilance particulière de la part des CPAM. Elles intègrent surtout les abus, qui résultent d'un usage inadéquat des règles, et non pas de leur violation caractérisée.

Un premier effort a été engagé pour évaluer par extrapolation la fréquence des fraudes, par les programmes dits « locaux-régionaux ne comprenant que des actions relatives à la fraude et aux abus stricto sensu, mais n'intégrant pas le résultat des mises sous entente préalable. Ainsi, avec les seules fraudes détectées localement, **le taux de préjudice moyen**⁴⁶ (pour une partie des prestations) aurait progressé considérablement passant de 0,32 ‰ en 2006 à 0,49 ‰ en 2007 pour atteindre 0,77 ‰ en 2008. Cependant, ce type d'estimation n'est pas encore d'une

44. Le cumul des données sur plusieurs années, abusivement retenu dans les publications annuelles de la CNAMTS, amplifie encore en apparence cette croissance.

45. Ainsi, le détail des évaluations qui accompagne le rapport annuel sur les fraudes pour l'année 2008 indique au titre du Programme MSAP/IJ : « le montant des fraudes détectées et stoppées correspond au nombre d'indemnités journalières (IJ) au dessus du seuil de ciblage pour les médecins retenus pour la mise sous accord préalable (MSAP), multiplié par le montant moyen d'une IJ. (N.b : des requêtes permettant à chaque CPAM d'évaluer 4 mois après la MSAP les modifications de pratiques des médecins MSAP ont été adressées au réseau). Les résultats de ces requêtes sont exploités au niveau national ».

Or, même en admettant que certaines MSAP sanctionnent des fraudes, la mesure des résultats qui en est faite dans ces bilans correspond à la période qui suit, pendant laquelle on peut supposer que les abus ou fraudes ont disparu ou au moins diminué.

46. Préjudice subi déclaré au cours de l'année n / montant des prestations (soins de ville et médecine-chirurgie-gynécologie obstétrique ou MCO privé) versées au cours de l'année n.

fiabilité suffisante, notamment parce qu'il repose sur des efforts encore hétérogènes des caisses et qu'il distingue imparfaitement fraudes et abus.

Avec cette réserve, on constate en tout cas un sensible progrès dans les fraudes détectées pour ces actions dites « locales » (même si elles sont souvent le prolongement des actions initiées au plan national) :

- en 2007, 7 660 cas de fraudes et abus suivis d'actions avaient été recensés dans l'ensemble du réseau, pour un préjudice total s'élevant à 31,5 millions d'euros,
- en 2008, le nombre de fraudes et abus détectés a doublé (14 835) et le préjudice total a augmenté des deux tiers (52,0 millions d'euros).

Là encore cependant, cette valorisation est très conventionnelle et en partie trompeuse, puisqu'on ne peut isoler les fraudes des autres notions.

iii) la branche famille

Dans ses bilans annuels successifs, relatifs aux actions de lutte contre la fraude, la CNAF publie des données limitées aux fraudes constatées. Celles-ci montrent une sensible progression, comme le montre le tableau qui suit.

Tableau n° 3 : Nombre et montant des fraudes détectés par la branche famille

Année	Nombre de cas détectés	Montants détectés (M€)
2005	2 295	21,5
2006	3 654	35,1
2007	6 314	58,3
2008	9 397	80

Source : CNAF

Ainsi, les fraudes détectées (qui ne donnaient pas lieu à communication d'ensemble jusqu'en 2004) ont été multipliées par quatre en trois ans (un peu plus en nombre de fraudes, un peu moins en montant).

Ce montant paraît cependant encore assez faible, en particulier si on le rapporte au montant des prestations versées, encore plus si on le rapporte aux plus récentes évaluations des fraudes potentielles (présentées infra) à hauteur de 674 M€ en moyenne, ce qui montre que les fraudes détectées et qualifiées comme telles sont encore plus de huit fois inférieures au montant potentiel estimé.

iv) la branche retraite

Selon le rapport annuel sur la performance du service public de la sécurité sociale (groupe benchmarking établi par la DSS), le bilan des fraudes détectées par la CNAV est encore plus limité, en valeur absolue comme en proportion des prestations versées :

- 1 M€ en 2007, comme en 2006, pour des préjudices constatés ; 2 M€ considérés comme évités (en 2007) ;
- les données 2008 restent très limitées même si elles font apparaître une sensible progression : 2,5 M€ de préjudice constaté et 14,6 M€ de préjudice évité.

- enfin, le nombre de cas détectés en 2009 aurait sensiblement progressé, ainsi que les montants (pour atteindre 5 M€ évités).

Ces données ont pu alimenter un optimisme marqué des responsables de la branche, qui ont indiqué ainsi ne pas être concernés au même degré par la problématique de la fraude⁴⁷. Ce diagnostic est sans doute en partie exact, on l'a vu. Compte tenu des prestations versées, compte tenu des données utilisées pour sécuriser les « carrières » (NIR, reports automatiques sur les comptes individuels, ...), les occurrences de fraudes paraissent a priori moins fréquentes.

On peut cependant nuancer ce raisonnement, pour les différentes prestations versées sous condition de ressources comme le minimum vieillesse ; et se préoccuper de l'incidence sur les retraites des faux bulletins de salaires, présentés par ailleurs dans le cadre de fraudes industrielles à l'indemnisation du chômage.

En outre, cet optimisme paraît quelque peu remis en cause par la découverte de fraudes très nombreuses concernant la reconstitution des carrières longues. Selon les évaluations reprises par le rapport cumul sur les lois de financement de la sécurité sociale (RALFSS), voir supra, on a recensé pour ce seul motif entre 2 510 et 10 000 cas de fraudes pour un coût total potentiel de 10 à 45 M€ (la révision des droits consécutifs à ces reconstitutions frauduleuses est en cours).

Certes, ces fraudes seraient encore en cours d'examen, ce qui empêcherait qu'elles soient décomptées dans les bilans pour 2008 (elles le seront en 2010, après traitement individualisé). L'estimation produite par la CNAV paraît cependant fortement sous-estimée, encore plus nettement que celle des autres branches.

v) un risque de sous-estimation globale des enjeux

Au total, les montants de fraude détectée, même en augmentation sensible depuis 2005, restent très réduits, ce qui peut à tort être interprété comme un signal rassurant. Ainsi, l'ordre de grandeur évoqué par les responsables de la lutte contre la fraude, lors d'un séminaire organisé à la CNAF en mars 2009, s'élevait à 0,1 ou 0,2 % des sommes versées. On mesure l'effet démobilisateur de telles évaluations.

Dans la brochure récemment publiée par la DSS, sous le titre de « guide pratique des fraudes », il est indiqué « *que la fraude constitue un enjeu non négligeable, puisqu'une économie de 0,1 % du montant total des prestations (d'environ 400 Md€) permettrait d'enregistrer des économies de l'ordre de 400 M€* ». Il ne faudrait pas que cela risque d'être compris comme représentatif du niveau de la fraude aux prestations sociales, qui est évidemment d'un niveau plus élevé.

b) La mise en évidence de risques d'un montant plus élevé

A cette fin, il conviendrait de procéder à des réévaluations, avec une méthodologie unifiée pour l'ensemble des branches. Or actuellement, les mesures sont variables, dès lors que les concepts utilisés pour évaluer les fraudes sont différents : « fraudes » pour les deux branches famille et retraite, mais « fraudes, abus et fautes » pour la branche maladie ; fraude « évitée »

47. Voir l'éditorial en ce sens du directeur général, dans la revue interne à la branche au mois de mai 2008 : « Même si la CNAV, à la différence des autres domaines de la protection sociale, est assez largement épargnée par les phénomènes de fraude proprement dite, elle s'est néanmoins attachée depuis plusieurs années à développer des actions de prévention des risques de fraude et à les généraliser à l'ensemble de son réseau ».

pour la seule branche retraite, « économie » induite, pour la seule branche maladie. Il serait souhaitable désormais d'harmoniser ces différentes approches, de manière à faciliter les comparaisons (celles-ci sont indispensables pour établir une démarche stimulante de « bench-marking » entre branches et organismes).

Ce travail de mise en cohérence des données est difficile. D'ailleurs, le groupe chargé (sous l'égide de la DSS) de définir des indicateurs de performance inter-branches et inter-régimes, lorsqu'il a traité du point particulier de la performance comparée de la lutte contre la fraude aux prestations de retraite, n'a pu faire autre chose que juxtaposer les approches, extrêmement hétérogènes.

Des méthodologies progressivement affinées paraissent cependant pouvoir être proposées pour évaluer les fraudes potentielles :

- l'une pourrait, a minima, être fondée sur un examen de la dispersion des résultats, selon les caisses. Moins rigoureuse, cette méthode est cependant utile pour produire une forme de « bench-marking » des organismes ;

- l'autre, plus ambitieuse, doit se fonder sur l'analyse d'échantillons.

i) intégrer les enseignements tirés de la dispersion des performances

Au sein des réseaux, les résultats obtenus par des organismes similaires, gérant les mêmes prestations servies à des populations comparables, sont très différents. Certes, certains organismes pourraient être plus exposés que d'autres aux fraudes. Mais cet effet (qui peut en outre être dans une certaine mesure confirmé ou infirmé par l'analyse des données provenant d'autres régimes, d'autres branches, ou d'autres législations) paraît a priori assez limité, du moins pour une même région.

Or les comparaisons disponibles mettent en évidence des différences qui ne semblent pas tenir à ces supposées spécificités, mais plutôt à l'importance des efforts particuliers consentis par certains organismes⁴⁸. Les fraudes détectées y seraient ainsi plus proches (ou moins éloignées) des fraudes potentielles, ce qui devrait conduire à réévaluer les montants en se fondant sur ces données. La correction que l'on devrait ainsi introduire est d'une grande ampleur. On peut le montrer en particulier pour les CAF.

En 2006⁴⁹, si en moyenne les CAF ont mis à jour 3,4 fraudes pour 10 000 allocataires, certaines n'en découvriraient aucune et la plus touchée jusqu'à 22,77. Si l'on considère les seules fraudes à l'isolement, on en compte en moyenne sur six ans :

- 4,29 pour 10 000 allocataires ;
- mais 39,3 pour 10 000 sur les 10 caisses les plus actives en termes de détection et de qualification des fraudes.

48. N'est pas pris en compte ici l'éventuel effet préventif d'actions ciblées, qui conduirait à diminuer le taux de fraudes. La diversité des prestations qui peuvent faire l'objet de fraudes, comme la relative rareté des actions préventives constatées dans les caisses conduisent à relativiser cet effet.

49. Les montants seraient encore plus contrastés pour les deux années suivantes, du fait de travaux de data mining diversifiés, selon les caisses.

Alors que ces fraudes représentent 17 millions d'euros sur la période, elles se monteraient à environ 160 millions d'euros si l'ensemble du réseau élevait sa performance au niveau des 10 meilleures CAF. Encore plus, si l'on considérait les dix caisses les plus « productives », pour chaque catégorie de prestations.

Tableau n° 4 : Comparaison entre les résultats moyens et les résultats des 10 CAF les plus actives

	Fausse déclarations	Isolement	Faux/escroquerie	Tous cas
a) Taux moyen de fraude pour 10 000 allocataires ensemble des caisses	8,44	4,29	2,38	7,49
b) Taux moyen de fraude pour 10 000 allocataires 10 meilleures caisses	64,09	39,3	13	29,92
Rapport entre b) et a)	7,6	9,2	5,4	4
Part dans l'évaluation	55,87 %	28,36 %	15,77 %	100 %
Montant constaté en 2006 (millions d'euros)	19,61	9,96	5,54	35,10
Montant potentiel (millions d'euros)	148,91	91,20	30,23	140,21

Source : données CNAF pour 2006, calculs de la Cour

Les dernières données disponibles, pour 2008, confirmaient ce constat, comme le reconnaît la CNAF elle-même, dans la circulaire sur la maîtrise des risques : « Ces résultats apparaissent toujours hétérogènes selon les organismes. Le taux de fraude (nombre de fraudes rapporté au nombre d'allocataires) est en moyenne de 0,06 % soit 1 allocataire sur 1 700, mais les écarts entre organismes vont toujours de 1 à plus de 30 (écarts mesurés sur deux groupes de 10 CAF affichant des résultats extrêmes). »

Les autres réseaux présentent également une dispersion des résultats. Ainsi, le bilan des fraudes de la CNAV pour 2007 détaille, par CRAM et par motif, les fraudes constatées : on y lit ainsi que la CNAV (pour l'Ile de France) n'a détecté pour cette année aucune fraude à l'identité (5 CRAM en ont détecté, sur 16 CRAM et 4 CGSS), aucune fraude à la carrière (6 CRAM en ont détecté), aucune fraude à la résidence (6 CRAM en ont détectées) ou aux ressources, mais simplement des fraudes aux paiements. Seules 4 CRAM⁵⁰ cumulaient trois (ou plus) motifs de fraudes détectés, ce qui semble traduire le caractère peu systématique et diversifié des recherches effectuées.

Or ces écarts de performance ne donnent pas lieu à ce jour à analyse systématique, ce qui freine l'identification et la diffusion des meilleures pratiques. Il paraîtrait ainsi possible et souhaitable qu'une estimation corrigée de la fraude potentielle intègre cet effet, à partir des

50. Mais 12 en 2008, ce progrès traduisant la mise à disposition de requêtes nationales et le développement de signalements issus des autres régimes.

constats faits, soit dans les caisses ou les groupes de caisses les plus actives, soit même en décomposant cette analyse par famille de prestations.

Certes, une telle estimation n'a pas la même portée que celle qui est fondée sur un examen approfondi d'échantillons de dossiers. Elle présenterait cependant l'intérêt de renseigner sur la dispersion des pratiques de lutte contre la fraude dans les différents réseaux (en comparant les constats bruts et ces résultats redressés).

Un montant potentiel des fraudes devrait être estimé, par extrapolation des résultats des caisses les plus actives dans le domaine de la détection des fraudes.

ii) le recours à des échantillons rigoureusement contrôlés

- une méthode qui s'étend au plan international

De telles estimations sont couramment effectuées dans plusieurs pays comparables à la France : Grande-Bretagne, Irlande ou Pays Bas. Une estimation de la fraude potentielle y est effectuée par extrapolation également, mais à partir de la sélection d'un échantillon de prestations soumis à un contrôle approfondi (il est procédé à leur analyse complète pour vérifier si elles font l'objet de l'une des fraudes connues). Les résultats obtenus sont ensuite extrapolés à l'ensemble des prestations versées.

Cette méthode est par exemple utilisée en Grande-Bretagne, tant par le Department for Work and Pensions (DWP) compétent en matière de minima sociaux et d'indemnisation du chômage, que par le National Health System (NHS) qui gère le système de santé.

Dans son évaluation de la fraude potentielle, le conseil d'analyse stratégique⁵¹ a d'ailleurs pour sa part retenu comme hypothèse que le montant des fraudes aux prestations pourrait atteindre jusqu'à 5,5 Md€, en retenant des taux de fraudes analogues à ceux constatés en Grande-Bretagne (pays pour lequel les travaux ont été les plus approfondis⁵²).

- les travaux réalisés fin 2009 par la CNAF

Conformément à l'engagement pris dans la COG, la CNAF vient de procéder à une première évaluation de la fraude potentielle, à partir de vérifications systématiques, par agent assermenté, auprès de 10 700 allocataires choisis de manière aléatoire⁵³ dans l'ensemble des caisses.

51. Note du conseil d'analyse stratégique n° 98 de mai 2008.

52. Le taux de fraude estimé pour les prestations sociales britanniques, soit 1,3 %, est appliqué à l'ensemble des prestations sociales obligatoires françaises, soit 400 Md€ environ. Compte tenu des différences importantes entre les deux systèmes de prestations, britannique et français, une telle évaluation paraît assez grossière.

53. Selon la note méthodologique du 9 décembre 2009, qui décrit les modalités de ce sondage, « l'échantillon d'allocataires a été choisi pour s'assurer d'une bonne qualité d'estimation de la fraude aux prestations légales en général et de trois prestations en particulier : le RMI, l'API et l'ALS. Les allocataires de l'API et du RMI étaient surreprésentés par rapport à la population allocataire : 10,8 fois plus pour l'API, 2,1 fois pour le RMI ».

Les conditions de réalisation de l'évaluation des fraudes (source : plan de maîtrise des risques pour 2009)

L'échantillon comprend 10 700 dossiers répartis de façon représentative sur l'ensemble du territoire. L'objectif consistait non seulement à évaluer la fraude en général sur l'ensemble des prestations, mais aussi à tenter de la mesurer sur des prestations sensibles : ALS, API, RMI. A cette fin et pour avoir un échantillon suffisant, un minimum de 2 000 dossiers contrôlés par prestation a été jugé nécessaire, soit 2 000 dossiers pour l'API, 2 000 pour le RMI, 2 000 pour l'ALS, et 4 500 pour toutes prestations.

Le pilotage du projet a été assuré par la direction statistiques, études, recherches et la mission de prévention et de lutte contre la fraude. Les travaux ont été menés avec le concours des experts des pôles régionaux mutualisés, des représentants de CAF, afin de s'assurer le plus possible de l'homogénéité des résultats. A cette fin, un mode opératoire des contrôles a été élaboré. La qualification des fraudes a été assurée par une instance nationale composée de représentants de CAF. On observe aujourd'hui en effet des écarts importants de taux de fraude selon les organismes, une des principales causes tenant à l'appréciation de la fraude.

Dans environ 6 % des visites sur place, même après nouveau rendez-vous, le contrôle s'est révélé infructueux, en l'absence des allocataires. La part des échecs au contrôle imputable à un obstacle délibéré a été évaluée à un tiers de ces absences, à partir d'une appréciation des dossiers.

L'estimation présentée étant fondée sur un échantillon, il a fallu extrapoler, avec une valeur centrale et des valeurs dites « bornes » pour lesquelles la probabilité que la valeur soit inscrite entre les deux bornes est très élevée.

Enfin, on a rapporté le montant estimé, tantôt aux prestations connues de 2008, tantôt à celui estimé de 2009. Les écarts entre ces deux méthodes ne sont pas significatifs, pour le propos ici tenu, qui s'intéresse à un ordre de grandeur.

L'ensemble des précautions ainsi prises a paru conforme aux règles de l'art, ce qui permet de disposer d'une évaluation significative.

Diverses difficultés de méthode sont inévitables. Ainsi, il a fallu estimer la part de fraudeurs parmi les allocataires délibérément absents lors des contrôles sur place et apprécier, dans des cas litigieux, si l'on devait considérer comme fraudeurs les comportements relevés et pour ce faire recourir à l'avis d'une « commission de qualification ». Avec l'inévitable marge d'incertitude⁵⁴, les travaux réalisés ont paru constituer une première base de travail très solide.

Le tableau suivant résume les résultats, en pourcentage de fraudeurs et en montants (en extrapolant le taux constaté à l'ensemble de la population des allocataires) :

54. On peut en particulier se demander si ont pu être suffisamment prises en compte des fraudes difficiles à détecter et à quantifier, qui consistent à dissimuler des heures de travail, notamment à domicile, afin de ne pas dépasser les seuils de ressources fixés pour certaines prestations.

Tableau n° 5 : Résultats de l'évaluation par échantillon pour la branche famille

	En % et en M€		
	Moyenne	Borne basse	Borne haute
Taux d'allocataires avec indus	10,69	10,04	11,35
Taux d'allocataires fraudeurs	1,38	1,16	1,59
Taux révisé avec obstacles à contrôle	2,15	1,86	2,43
Montant estimé y compris obstacles (M€)	674	539,8	808,1
Taux de fraude	1,16	0,93	1,39

Source : CNAF : données 2009 pour l'évaluation des fraudes

Les cas de fraude révélés à l'occasion de l'opération d'évaluation correspondent pour la plupart à des fausses déclarations ou omissions de déclaration de changement de situation ou de revenus. Il s'agit, toujours selon l'étude de la CNAF, « *de fraudes diffuses dont l'impact financier est relativement faible, de l'ordre de 5 660 € à comparer au montant moyen de 8 490 € des fraudes détectées en 2008* ».

Rapporté au montant des prestations versées en 2008 (les données de 2009 n'étant pas encore connues en fin d'année 2009), le montant estimé en hypothèse moyenne de 674 M€ fait apparaître un taux de fraude potentielle de 1,16 % environ. Bien entendu, il s'agit d'un ordre de grandeur), cette première estimation devant à l'avenir être confirmée par d'autres enquêtes selon une périodicité à définir.

Ce taux est une moyenne, qui recouvre des résultats contrastés selon les prestations. Ainsi le taux de fraude est faible pour les allocations familiales (estimé à 0,43 %) ou la PAJE (estimé à 0,24 %). En revanche des prestations aujourd'hui intégrées dans le RSA comme le RMI (estimé de 3,61 %) ou l'API (avec un taux de 3,1 %) font apparaître des taux de fraude plus élevés.

Il convient de souligner que cette estimation de la fraude ne constitue pas une évaluation du préjudice financier, puisque une part très importante des fraudes détectées constitutives d'indus avait déjà été récupérée. Mais les différences entre les procédures de traitement des indus simples ou des indus frauduleux ont des effets financiers : la prescription est plus précoce en cas d'indu simple, ce qui peut constituer un préjudice pour les caisses s'il s'agissait en réalité d'un indu frauduleux.

On peut donc essayer d'estimer le préjudice financier pour la branche famille, en considérant qu'il est constitué en grande part par les montants non recouverts sur ces indus frauduleux. Selon la note précitée, les indus en général sont recouverts à hauteur d'environ 88 % (sur deux à trois ans et plus), 11 % font l'objet chaque année de remises de dette et moins de 1 % d'admission en non valeur (ces deux dernières catégories sont incluses statistiquement dans les sommes recouvrées). Au total, on peut donc estimer au quart des sommes fraudées le préjudice final, ce qui n'est pas négligeable (avec l'estimation centrale de 674 M€ fraudés, on aboutit ainsi à un préjudice⁵⁵ de 168 M€).

55. La même note signale qu'il conviendrait également de valoriser le coût de la lutte contre la fraude, sans donner d'éléments précis toutefois.

Comme le résume une note présentée le 6 avril 2010 devant le Conseil d'administration de la CNAF, qui rend compte de ces travaux d'estimation des fraudes aux prestations, « *dans la mesure où les indus semblent globalement bien détectés par les CAF, le problème se pose davantage dans des termes de mauvaise qualification que de mauvaise détection* ».

Cette première évaluation est au total très instructive. De telles évaluations devraient donc également être effectuées, périodiquement, par les autres branches (et d'ailleurs par les autres régimes).

- *des travaux encore en projet dans les autres branches*

Les deux autres branches, retraite et maladie, ont signalé leur intention de réaliser, elles aussi, des évaluations de la fraude potentielle à partir d'échantillons nationaux d'une taille suffisante.

- Dans la branche retraite, une double démarche de constitution d'un échantillon aléatoire et d'un échantillon correspondant à des requêtes sur des « populations » à risques est envisagée. Une étude était engagée mais aucun commencement de réalisation n'était noté, début 2010.
- Dans la branche maladie, de même, une démarche visant à évaluer, pour chaque type de prestation et de soins, le taux de fraude, est acceptée, même si sa mise en œuvre n'est qu'à peine engagée. Les premiers projets concrets pour 2010 portent sur la fraude aux IJ, pas encore sur les fraudes en provenance des professionnels de santé ou des établissements. En outre, jusque là, aucune réalisation significative n'est disponible.

Comme on l'a vu, les premières estimations, encore très partielles, réalisées par la branche maladie, permettent de supposer qu'un ordre de grandeur de 1 % de fraudes serait assez vraisemblable. Pour la branche retraite, en revanche, même si on peut imaginer des cas de fraudes à la carrière, par production de faux trimestres, ou si divers risques doivent être identifiés et évalués, l'ordre de grandeur de la fraude potentielle est sans doute sensiblement plus bas.

Avec ces hypothèses, on peut estimer la fraude aux prestations, pour le régime général, entre 2 et 3 Md€ Bien entendu, de telles estimations, encore grossières, doivent être affinées et précisées, dans la mesure où les évaluations de la fraude potentielle paraissent bien constituer un socle indispensable pour fonder une politique de lutte contre la fraude bien ciblée et adaptée aux enjeux. Enfin, dès lors que les fraudes sont détectées, le préjudice financier ne correspond qu'aux indus non récupérés.

L'ensemble des branches prestataires, comme l'ensemble des régimes, devraient généraliser les évaluations de la fraude potentielle à partir de vérifications approfondies d'échantillons significatifs de dossiers.

2. Des hésitations sur le périmètre et la définition des fraudes

La sous-estimation quantitative peut en partie s'expliquer par un refus ou une incapacité de reconnaître et donc de qualifier de fraudes des comportements qui sont implicitement requalifiés en erreurs ou en abus. Or il est plus difficile de quantifier un domaine dont les frontières sont mal précisées.

Dans le principe, il est assez simple de distinguer les fraudes, d'une part, qui supposent une irrégularité et l'intention de la commettre, et d'autre part les abus ou les erreurs :

- l'abus, à la différence de la fraude, ne repose pas sur une entorse directe à une règle de droit ;
- l'erreur, à la différence de la fraude, ne comporte pas d'élément intentionnel.

Les constats de la Cour montrent cependant que les caisses locales sont souvent embarrassées pour distinguer ces notions (a), ce qui reflète la complexité de certaines réglementations (b), mais aussi la confusion qui marque encore l'approche des caisses nationales, en particulier dans la branche maladie (c).

a. Des pratiques variables selon les caisses

L'enquête de la Cour a cherché à apprécier la diversité des conceptions rencontrées au sein des branches, en demandant à leurs responsables si tel ou tel comportement doit être considéré comme frauduleux ou non. Les réponses reçues par la Cour sont révélatrices des difficultés ressenties, qui se traduisent dans la diversité des définitions utilisées par les responsables des caisses.

i) dans la branche maladie

Les actes des médecins constituent l'une des cibles des CPAM dans leur lutte contre les fraudes. Mais celles-ci, interrogées par la Cour en 2007⁵⁶, éprouvent les plus grandes réticences à qualifier de frauduleux des comportements qui paraissent pourtant tels de manière manifeste. Trois exemples de comportements qui laissent présumer une fraude ont été testés, les réponses se révélant très disparates :

- dans le premier cas, le questionnaire portait sur les médecins qui effectuent plus de 20 000 consultations annuelles. Une telle activité suppose, avec une moyenne de 20 mn par consultation, plus de 6 666 heures de travail par an, soit plus de 18 heures de travail tous les jours (y compris dimanches et jours fériés). Même en admettant des durées de consultations plus brèves (de 10 minutes en moyenne), on aboutit pour ces

56. Soit à une date où les actions nationales de lutte contre les fraudes montaient en charge. Selon la CNAMTS, les réponses seraient sans doute différentes en 2010.

médecins « hyper-actifs »⁵⁷, à un total d'heures de consultation tel que le soupçon au moins de fraude paraît justifié⁵⁸.

- Second exemple, les consultations pour certificat d'aptitude au sport, qui ne doivent pas être facturées à l'assurance maladie, mais font parfois l'objet d'une feuille de soins, ce qui là encore témoigne d'une infraction à une règle, pourtant rarement perçue comme telle dans les caisses⁵⁹.

Dans chacun des cas, la dispersion des réponses montre que les comportements au moins potentiellement frauduleux ne sont pas, le plus souvent, caractérisés comme tels par les CPAM, et que de ce fait les actions qui paraissent pourtant possibles ne sont pas engagées⁶⁰.

Tableau n° 6 : Exemples d'incertitudes sur la notion de fraude dans le réseau de l'assurance maladie

	oui	non	nsp	Nombre de réponses
Un médecin qui effectue plus de 20 000 consultations annuelles fraude-t-il ?	13,9 %	61,4 %	24,7 %	101
Un médecin qui cote une consultation pour une visite médicale d'aptitude d'un enfant à faire du sport fraude-t-il ?	37,9 %	51,5 %	10,7 %	103

Source : Cour des comptes, à partir des réponses des caisses

Dans ces différents exemples, il conviendrait que la définition générale de ce qu'est une fraude puisse être clarifiée et illustrée, de manière à identifier à l'intention des services des CPAM les critères ou le niveau au-delà duquel une fraude, ou une présomption de fraude, paraît manifeste.

57. La terminologie de la CNAMTS, qui a mis en œuvre à partir de 2009 un programme national de contrôle contentieux ciblé, évoque « les professionnels de santé ayant certains indicateurs d'activité aberrants », visant, outre les médecins généralistes, les radiologues, ophtalmologues, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, chirurgiens dentistes, etc.

Pour les seuls médecins, deux sous-populations pourraient être définies : celle des médecins « super-actifs » qui facturent plus de 12 000 consultations par an, soit 1 347 omnipraticiens au dessus de deux fois la moyenne, et celle des médecins « hyperactifs » qui en facturent plus de 18 000, soit 120 praticiens au dessus de trois fois la moyenne.

58. La durée moyenne de consultation serait selon la DREES de 16 minutes.

Une fraude identifiée chez certains médecins consiste à conserver les cartes VITALE de leurs patients et à enregistrer des actes fictifs, en tiers payant. Ainsi, le programme de travail détaillé du CNLF pour 2007 signale parmi les fraudes médicales repérées comme exemplaires des « consultations facturées par un professionnel de santé mais non effectuées grâce à des cartes Vitale de patients laissées « en dépôt » (d'un) médecin généraliste qui a facturé plus de 1 800 consultations en un mois a été mis en examen pour faux, usage de faux et escroquerie ».

59. La plupart des assurés quant à eux ignorent le caractère non remboursable de ces consultations.

60. Il conviendrait par exemple d'analyser les situations des praticiens correspondants en examinant notamment la part de la suractivité réalisée avec dispense d'avance de frais, en procédant par sondage pour les « super-actifs » et exhaustivement pour les « hyperactifs ». La combinaison de la sélection par l'atypie et du tirage aléatoire permettrait peut-être de distinguer selon les comportements et ainsi d'obtenir une estimation de la fraude - actes fictifs - ou des simples abus - consultations ou visites inutiles.

ii) la branche famille

On retrouve des situations en partie analogues pour certaines prestations versées par la branche famille. Les gestionnaires, au sein des caisses, hésitent parfois sur les critères qui doivent permettre de caractériser comme frauduleux certains comportements. Ainsi pour la condition d'isolement qui est exigée pour le versement de certaines prestations, comme l'allocation parent isolé (désormais intégrée au RSA, sous la forme d'un complément).

La définition de l'isolement n'est pas simple et chaque CAF caractérise une fraude (une prestation induue, avec dissimulation délibérée de la véritable situation de vie commune) selon la doctrine qu'elle a élaborée, ce qui se traduit par des différences de traitement contraires à l'équité. Dans le cadre du faisceau d'indices utilisé, l'existence d'un domicile commun joue bien évidemment un rôle central. Pourtant, dans les réponses des gestionnaires de CAF, la place de ce critère paraît variable, ce qui induit une variation correspondante dans le diagnostic, porté ou non, de fraude.

Tableau n° 7 : Définition de l'isolement dans les CAF

	oui	non	nsp	Nombre de réponses
Deux personnes vivant sous le même toit et disposant chacune de sa chambre sont-elles isolées?	44,6 %	18,8 %	36,6 %	112

Source : Cour des comptes, à partir des réponses des caisses

Une autre source potentielle d'hésitation est la plus ou moins grande tolérance aux « erreurs » ou aux abstentions d'actualisation d'informations. Comment doit-on pondérer l'inertie inévitable d'une part des allocataires qui répugnent à signaler de manière systématique des modifications intervenues dans leur situation ?

La CNAF (département de maîtrise des risques) vient d'ailleurs de proposer une « grille de détection des suspicions de fraudes », qui constitue en réalité une méthode pour la qualification des fraudes. Cette définition désormais homogène repose sur la distinction :

- entre les données insusceptibles d'erreurs (relatives à l'identité ou au logement, par exemple), qui sont présumées fraudées en cas de fausse déclaration ;
- et celles qui sont susceptibles d'erreurs, qui sont selon les cas qualifiées de fraudes s'il y a répétition d'erreurs (deux occurrences), ou même répétition multiple (la fraude est présumée à partir de trois occurrences d'erreurs ou de trois déclarations contradictoires) ;
- les omissions pendant plus de six mois et bien entendu l'usage de faux ou les escroqueries sont également qualifiées de fraudes.

iii) la branche retraite

Jusqu'à très récemment, les distinctions relativement complexes entre « erreurs » et « fraudes » et les critères qui peuvent permettre de distinguer entre ces deux catégories n'ont pas fait l'objet d'un travail analogue de la part de la CNAV qui renvoyait ainsi implicitement vers les organismes et leurs services de contrôle.

Elle vient cependant de remédier à cette lacune avec la publication d'une circulaire du 16 mars 2010 dans laquelle sont redéfinies les modalités de traitement des indus frauduleux. Y sont notamment précisées les conditions d'identification de la présomption de fraude, les compétences respectives des services administratifs, du service du contentieux et des cellules spécialisées, les règles de prescription ainsi que l'articulation du recouvrement de ces indus avec d'éventuelles actions civile, pénale ou administrative.

b) La difficulté de certaines réglementations

Les constats ainsi faits de la disparité des approches, d'un organisme à l'autre, peuvent pour partie s'expliquer par la complexité des réglementations, qui s'efforcent elles-mêmes de s'adapter à la complexité des situations. Deux exemples, parmi bien d'autres, peuvent en être donnés : celui, déjà esquissé, de la condition d'isolement, et celui du respect de l'ordonnancier bizone (OBZ), dans le cas des prescriptions faites aux patients en ALD.

i) la définition de « l'isolement » dans la branche famille

La notion d'isolement est l'une des conditions les plus difficiles à caractériser. Selon le bilan des actions de lutte contre la fraude établi par la branche famille pour 2007, un quart des fraudes constatées (24 %) provenait d'une fraude à l'isolement, c'est-à-dire d'une déclaration mensongère d'isolement.

Dans un avis de décembre 1998, le Haut Conseil de la population et de la famille constatait déjà que *« la prise en compte des situations d'isolement dans la mise en œuvre de régimes juridiques de solidarité et d'assistance n'est plus satisfaisante »*, déplorait *« la multiplicité des règles de droit et leur relative incohérence ... qui, pour la recherche de preuves tendant à établir les droits des particuliers, risquent de porter atteinte à la vie privée, de prendre en considération des faits non pertinents, voire de se révéler arbitraires »* et redoutait que la *« confusion des critères normatifs »* ne conduise à *« une manipulation plus ou moins volontaire de la part des individus des situations de fait dans le but de profiter des conditions financières les plus avantageuses »*.

De fait, les contrôles effectués par les services des CAF ont conduit à une jurisprudence complexe, que la lettre circulaire LC n° 282-96⁶¹ du directeur des prestations familiales de la CNAF s'est efforcée de synthétiser. Il en résulte :

- que la vie maritale suppose la réunion de deux éléments, une adresse commune et des intérêts financiers et matériels communs ;
- et que la charge de la preuve, qui incombe normalement au demandeur de la prestation, repose en fait sur l'OSS en cas de demande de répétition de l'indu.

Cette circulaire se conclut sur la recommandation d'éviter, en raison du faible succès rencontré par les CAF dans ces procédures, d'engager des contentieux sans disposer d'éléments de preuve solides de l'existence d'intérêts matériels communs.

La situation n'a que peu évolué, depuis ces constats. La CNAF indiquait dans sa réponse à la mission d'audit et de modernisation de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) portant sur l'API (rapport de décembre 2006) qu'un concubinage non déclaré ne donne lieu qu'exceptionnellement à une plainte pour deux raisons.

61. Une circulaire est en cours d'élaboration, qui reprend pour l'essentiel ces critères.

« D'une part, la preuve de l'intention frauduleuse est difficile à apporter lorsque en particulier le nouveau concubin ne dispose d'aucune ressource et est perçu par l'allocataire plutôt comme une charge financière. (...) ; d'autre part, l'usager doit avoir une perception de la notion d'isolement claire, sans quoi il n'est pas possible dans nombre de situations mal avérées de tenter de prouver l'intention frauduleuse. »

C'est la raison pour laquelle la CNAF précisait faire figurer désormais la définition de l'isolement sur les nouvelles demandes d'API. Elle ajoutait que les positions des juridictions correctionnelles, notamment les pratiques de classement sans suite de parquets, pouvaient expliquer également les différences de qualification de la fraude.

Les contrôleurs des CAF interrogés par la mission IGAS estimaient *« que le contrôle est faisable et qu'ils ont les moyens de déterminer la situation familiale de l'allocataire »* dans 75 % des cas. A contrario, dans un cas sur quatre, selon les contrôleurs, la situation est difficile à caractériser. On peut certes s'accommoder d'une telle proportion, en considérant qu'elle constitue le « prix à payer » pour un plein respect de la vie privée et de la liberté individuelle⁶².

On peut également considérer qu'une telle proportion est trop élevée, dans la mesure où elle peut inciter à dissimuler de manière délibérée des cohabitations durables, constituant ainsi une forme de « prime » à la fraude. La question se pose ainsi de rechercher des critères plus simples qui pourraient être introduits dans la réglementation. Dans la mesure où la résidence partagée constitue l'un des critères les plus significatifs de la vie maritale, ne pourrait-on créer une présomption légale de « non isolement » en cas de résidence commune ? Bien entendu, cette présomption pourrait être levée, mais la charge de la preuve de l'isolement incomberait dans ce cas au bénéficiaire de la prestation.

En réalité, une telle piste paraît peu féconde : d'ailleurs, elle n'a pas été retenue par la direction de la législation fiscale, confrontée à la même question de fraude potentielle pour l'octroi d'une demi-part supplémentaire (pour l'impôt sur le revenu) aux personnes isolées. En effet, les modalités de preuve sont difficiles à imaginer, l'exigence de leur production par des allocataires souvent en situation de précarité ou de fragilité, peu équitable. Quelle que soit la difficulté de la caractérisation de la situation d'isolement, il reste préférable que la mise en évidence de fraudes éventuelles à la condition d'isolement reste à l'initiative des caisses. On peut alors souhaiter que la CNAF établisse un référentiel actualisé, explicitant à l'intention des contrôleurs assermentés les divers éléments qui doivent être considérés ainsi que leur pondération, en application de l'appréciation du faisceau d'indices.

62. Des investigations plus poussées, sur la nature des relations entre les colocataires paraissent acceptables en Grande-Bretagne. Elles ne sont pas envisagées en France.

ii) le respect des règles de prescription liées à l'ordonnancier bizonne (OBZ)

Un deuxième exemple de cette complexité objective des situations peut être donné avec les prescriptions inscrites sur « l'ordonnancier bizonne ». Les patients reconnus en affection de longue durée (ALD) bénéficient d'un taux de remboursement par l'assurance maladie de 100%, pour les seuls actes et médicaments correspondant à leur affection. Les médecins doivent donc distinguer, dans les prescriptions qu'ils délivrent aux patients en ALD, d'une part les soins et médicaments qui rentrent dans le cadre de l'affection prise en charge à 100 %, d'autre part les soins extérieurs à la pathologie, qui doivent être remboursés au taux de droit commun, inférieur.

Il est tentant, pour un médecin, de globaliser la prescription et de tout rattacher à l'ALD. D'autant plus, sans doute, que le traitement de certaines pathologies (diabète, cancer, sida) provoque des effets secondaires nécessitant des prescriptions non prévues dans le protocole de l'ALD.

On devine cependant les dérives potentielles : certains médecins, au nom de cette supposée difficulté d'imputation à l'ALD de certaines prescriptions, écartent la contrainte de l'ordonnancier bizonne. Le risque, si une telle attitude se développe, est qu'un patient qui n'obtiendrait pas la prise en charge à 100 % de toute la dépense, aille voir un autre médecin. Comme pour nombre d'autres fraudes, faisant intervenir un professionnel dans un contexte de concurrence, le risque est que « la mauvaise monnaie chasse la bonne » et que des pratiques frauduleuses insuffisamment combattues se généralisent.

Comment caractériser les comportements de ces médecins au regard de la définition de la fraude ? Doit-on traiter les anomalies de prescription, qui rattachent à tort certains médicaments à l'ALD, comme une erreur, un abus ou une fraude ?

Il peut sembler a priori que, sauf cas particulier, justifié par la nature protéiforme de certaines affections, le choix d'une attitude sévère est le seul qui permet d'éviter le risque de concurrence déloyale et d'alignement des comportements des professionnels de santé sur la pratique la plus laxiste.

Ce n'est pourtant pas la position retenue par la CNAMTS, qui a demandé que cette irrégularité soit considérée comme une simple « faute », catégorie pour laquelle « *l'assurance maladie met en œuvre des programmes globaux de gestion des risques composée de différentes séquences d'actions* ». « *La séquence de la répression n'intervient que sur les acteurs dont l'activité persiste dans des dérives majeures après avoir utilisé tous les moyens de persuasion et d'incitation* ».

La « séquence » d'actions menées par la caisse nationale et les caisses pour lutter contre le mésusage de l'ordonnancier bizonne repose donc sur la détection statistique des anomalies (définies par la part des dépenses remboursées à 100 %, qui peut être « a-typiquement » élevée), puis sur plusieurs « campagnes » de sensibilisation. Ainsi, par exemple, a été réalisé en novembre 2005 un contrôle des prescriptions déclarées en rapport avec une ALD dite « 30 »⁶³, d'ailleurs sur le fondement de critères assez restrictifs : les indus potentiels n'étaient

63. Affections de longue durée inscrites sur une liste établie par le ministre de la santé.

mesurés que sur un mois⁶⁴. Au 31 août 2007, seules 30 pénalités financières avaient été prononcées par les directeurs de CPAM, soit 1 000 euros environ par fraudeur⁶⁵, pour des comportements qui sont chacun à l'origine d'un préjudice annuel d'au moins 15 000 euros.

Certes, selon le bilan annuel de lutte contre la fraude de la CNAMTS, pour 2008, si les médecins traditionnellement non respectueux de la procédure d'inscription des prescriptions sur l'ordonnancier bizonne restent nombreux, on constate un net changement de comportement parmi les médecins ayant fait l'objet d'une action. Pour les praticiens ayant été sanctionnés d'une pénalité financière, l'inflexion est la plus forte : le ratio des dépenses prises en charge à 100% pour les personnes en ALD passe de 86 % en décembre 2005 à moins de 76 % en octobre 2007.

Compte tenu du faible nombre de pénalités financières prononcées, pour l'ensemble des ALD et des prescriptions associées, les résultats globaux d'une telle procédure ne peuvent être qu'assez limités (même si l'effet sur les quelques professionnels sanctionnés est fort). L'assurance maladie a en effet estimé l'impact indirect de son action par l'infléchissement, très limité, du ratio de remboursement à taux plein pour les ALD⁶⁶ : en moyenne 72 % en 2007 contre 73% en 2005. La modestie de ces résultats⁶⁷ ne confirme pas la pertinence de la stratégie suivie qui repose sur une simple « pédagogie » pour la grande majorité des praticiens (on les suppose simplement en erreur) et l'infliction de sanctions dissuasives à une très petite minorité (on a considéré qu'il était possible de les sanctionner, du fait de la récidive ou du caractère marqué des écarts statistiques).

On voit avec ce deuxième exemple qu'à la définition adoptée pour un comportement (« fraude » « erreur » ou « faute ») correspond une stratégie de lutte, plus ou moins ambitieuse, plus ou moins déléguée au plan local ou animée par la caisse nationale. La définition d'un référentiel adapté permettrait de cibler et de qualifier ensuite les comportements considérés comme frauduleux, que l'action soit menée au niveau national ou local.

64. Sur deux mois, ce ne sont pas 2 000 médecins, mais 9 000 qui auraient été susceptibles d'être sanctionnés, ce qui confirme le caractère très répandu de la pratique, malgré plusieurs années d'explications.

La CNAMTS justifie ce choix par l'ampleur du travail de vérification nécessaire et l'absence des moyens correspondants. La rentabilité d'un tel contrôle – 1 euro dépensé engendre 20 euros économisés selon son propre chiffrage pouvait pourtant justifier un contrôle plus étendu (voir « Coût des actions de contrôle rapporté aux économies et récupérations d'indus réalisées pour les programmes thématiques nationaux OBZ et T2A » (à partir du compte-rendu national) fourni par la CNAMTS.)

65. En outre, au terme des deux premières années de cette action, aucun indu n'a été récupéré ni même notifié, ce qui eût été non seulement possible mais obligatoire en vertu de l'article L. 133-4-1 du CSS, pleinement justifié et aurait encore augmenté le bénéfice de l'opération.

66. Part des dépenses de médicaments consommés par les malades en ALD prise en charge à 100 %.

67. Selon la CNAMTS, l'intensification du traitement des pathologies lourdes aurait porté ce ratio à 79 %, sans action corrective. La stagnation du résultat traduirait donc en réalité un effort de réduction volontariste neutralisant cet effet. En sens inverse, cependant, l'augmentation du nombre de nouvelles admissions en ALD se traduit sans doute par une moindre gravité des traitements pour certaines affections.

Dans le cas particulier, la CNAMTS définirait à l'avance, à l'intention des services locaux, les conditions de répétition (après avertissement) ou d'écart à la norme (en termes statistiques) qui permettent de présumer qu'une fraude (et non un simple abus) est commise, ce qui fonderait des sanctions renforcées contre les fraudes (sans préjudice de sanctions distinctes, plus modérées, pour les abus simples).

c) Des définitions qui restent imprécises ou restrictives au niveau national

Il conviendrait dès lors de continuer⁶⁸ à clarifier la définition donnée à la notion de « fraude », et ce dans une double direction :

- pour mieux la distinguer des abus et des erreurs, d'une part ;
- et pour inscrire dans le droit une définition plus large que la définition pénale, ce qui permet de fonder une stratégie de lutte elle-même élargie.

i) *une distinction encore insuffisante avec les abus dans la branche maladie*

La circulaire 30-2006 du directeur général de la CNAMTS, rédigée à l'attention du réseau des CPAM, distingue trois concepts au sein de la « fraude au sens large » :

- la fraude stricto sensu, « *action de mauvaise foi dans le but de tromper, de porter atteinte aux intérêts d'autrui* » qui suppose « *une intention de nuire* ». Un exemple est cité, celui de la « *facturation d'actes de chirurgie réparatrice pour la réalisation d'actes de chirurgie esthétique* » ;
- la faute, quant à elle, serait un « *manquement aux obligations dont l'origine peut être un fait positif, une faute par omission, une erreur, une ignorance, une imprudence, une maladresse, une négligence...* ». Un exemple est donné, celui du « *non respect des règles de l'ordonnancier bizon* » (voir l'analyse supra) ;
- l'abus, enfin, est un « *usage avec excès d'un bien, d'une prérogative ou d'une pratique outrepassant les niveaux acceptables par incompetence, complaisance ou négligence* ». Il ne serait pas constitué par un « *écart entre les pratiques et les normes législatives ou réglementaires, mais entre les premières et les référentiels médicaux* ». L'exemple donné pour cette dernière catégorie vise la prescription d'arrêts de travail ou les dépassements d'honoraires.

Cette classification ternaire paraît cependant à la fois peu claire et potentiellement démobilisatrice. Ce qui semble véritablement distinguer fraudes et fautes pour la CNAMTS, et de manière très contestable, c'est le degré de diffusion de la pratique condamnable. Selon la circulaire, en effet, « *le non respect de l'ordonnancier bizon, qui pourrait être qualifié de fraude lorsque l'acte est intentionnel et apporte un avantage direct injustifié à l'assuré et indirect au médecin en fidélisant le patient, alors qu'il entre généralement dans la catégorie des fautes car l'infraction est très répandue à la suite d'une négligence de l'ensemble des acteurs... pendant une période prolongée* ».

On constate ainsi une forme de flou et de relativisme dans les définitions retenues par la caisse nationale, à l'usage des services compétents des CPAM. Il paraîtrait beaucoup plus clair et mobilisateur de souligner que, sauf exceptions à préciser (justifiées pour certaines

68. Un travail en ce sens a déjà été effectué par la DNLF qui a retenu une définition claire de la fraude, nettement distinguée des abus ou erreurs. Cette définition n'a pas été reprise par l'ensemble des branches, pas plus d'ailleurs que la typologie des fraudes proposée par la délégation.

pathologies, lorsque les référentiels médicaux sont inadaptés) les infractions à la règle de l'ordonnancier bizonne sont bien des fraudes, mais que leur sanction est seulement différée, dans une première phase, consacrée à une information complète de tous les professionnels de santé.

Au-delà de cet exemple, c'est l'ensemble de la politique de lutte contre les fraudes dans la branche maladie qui est placée sous le signe de ce refus de « stigmatiser » des fraudes et donc d'une confusion entre des notions pourtant très différentes. Les abus et les erreurs justifient également des mesures de prévention et de sanctions. Mais celles-ci doivent être au moins en partie différenciées et ciblées, dans la mesure où les enjeux sont distincts.

Certes, la caractérisation d'une fraude implique souvent une appréciation médicale : ainsi pour la prescription par un médecin d'un arrêt de travail, assorti d'indemnités journalières : dans certains cas, le médecin peut paraître bienveillant ; dans d'autres, en l'absence de toute cause médicale, il sera fraudeur. On connaît d'ailleurs plusieurs cas de fraudes de ce type, révélées par l'existence de filières organisées pour le recours à des médecins complaisants.

Au total il serait utile, selon la Cour, de réaliser une « cartographie », pour les principaux cas de fraudes connus, distinguant entre les « erreurs » ou les « abus » ponctuels, d'une part, et d'autre part les fraudes qui seraient caractérisées par leur répétition, ou leur poursuite malgré des mises en garde. La possibilité de sanctionner des fraudes caractérisées par les seules atypies statistiques rend d'ailleurs possible et même nécessaire cet effort de définition.

ii) une définition plus large que sa formulation pénale

La branche famille, qui a clarifié de manière fine la distinction entre « erreurs » et fraudes paraît constituer un exemple, on l'a dit, pour la branche maladie comme pour la branche retraite. Pourtant, les questions de définition ou de qualification des fraudes restent également une difficulté : la définition désormais retenue pour évaluer les fraudes reste en pratique dans les CAF distincte de celle qui est utilisée pour fonder des sanctions ou apprécier les délais de prescription. Cette deuxième acception reste marquée par l'accent mis sur une approche pénale, et donc restrictive, de la notion de fraude.

Cette approche est ancienne et remonte à 1999 avec la diffusion dans le réseau de la circulaire « Politique de lutte contre la fraude »⁶⁹ toujours en vigueur. Ce document précisait que « l'attention portée au phénomène doit néanmoins être modérée, pour éviter le risque de devenir ou paraître excessif et d'accréditer l'idée de fraude massive du système » et elle préconise notamment, « en présence de situations qui peuvent apparaître frauduleuses, une appréciation très circonstanciée et stricte des cas de fraude... l'engagement de poursuites pénales systématiques mais dans les seuls cas de fraude avérée, qui ne laisse pas place au doute » pour « minimiser les classements sans suite ».

En conséquence, la définition alors retenue se calquait strictement sur les principales incriminations pénales de la fraude que sont les manœuvres frauduleuses, les fausses déclarations, l'escroquerie, le faux et l'usage de faux. Et la circulaire était largement consacrée à une exégèse de la jurisprudence pénale. Or ce choix comporte un certain nombre de conséquences fâcheuses :

69. Lettre LCI 99-222.

- Il est aussi restrictif que le droit pénal. Or, ce qui se justifie au nom des libertés publiques se comprend moins en matière d'équilibre financier et de défense des intérêts patrimoniaux de la sécurité sociale. Si l'on réserve le cas de la fausse déclaration, désormais prévue et sanctionnée par l'article L. 114-13 du CSS, les autres incriminations ne sont pas propres à la sphère sociale et ne sauraient donc en épouser parfaitement les problématiques.
- Lorsque le droit pénal – qui ne concerne logiquement que les formes les plus graves de déviance, celles pour lesquelles la société s'estime, au nom de la défense de l'ordre public, tenue d'agir, sans en réserver l'initiative aux victimes - ne sanctionne pas une violation intentionnelle d'une règle, il n'y a donc pas, selon la CNAF, de possibilité de sanction.

Certes, la CNAF fait valoir que cette circulaire serait désormais obsolète et que la possibilité de prononcer les sanctions financières a permis d'élargir les définitions. Cette orientation serait confirmée par la circulaire du 7 mars 2007 précitée⁷⁰. L'analyse de ce texte semble pourtant confirmer le tropisme antérieur. La définition donnée continue à encourager les réticences avérées dans nombre d'organismes à qualifier de frauduleux les comportements des allocataires (voir infra).

Est cependant prévue par la CNAF la diffusion d'une circulaire, tirant les enseignements des enquêtes destinées à estimer la fraude et notamment des critères retenus pour désormais qualifier les fraudes.

De même, la branche retraite vient d'adresser aux caisses locales une instruction permettant de mieux appréhender les indus frauduleux (directive n° 2010/04, du 16 mars 2010). Cette circulaire précise notamment les modalités d'identification de la présomption de fraude. Elle indique, par exemple, « que l'indu lié à une déclaration tardive ou à une omission de déclaration de reprise d'activité est présumé frauduleux lorsqu'il est supérieur à trois mois ». Là aussi, l'enjeu d'une telle qualification est notamment d'écarter les règles de prescription, un indu simple se prescrivant en deux ans alors qu'en cas de fraude est appliquée la prescription de droit commun, désormais de cinq ans.

Il conviendra que ces critères, en cours de définition au niveau national et de diffusion aux caisses locales, soient bien appliqués dans les deux branches famille et retraite, pour éviter que des fraudes soient à l'avenir traitées dans les caisses locales avec une bienveillance injustifiée, comme de simples indus.

Il conviendrait également qu'un travail analogue soit entrepris dans la branche maladie, même si sa difficulté, liée à la diversité des prestations et des acteurs, ne doit pas être sous-estimée.

Les critères, élaborés par les caisses nationales des branches famille et retraite, qui permettent aux caisses locales de qualifier de manière plus homogène et aisée les fraudes, doivent être diffusés dans les caisses et leur application ensuite suivie. Un effort analogue doit être engagé dans la branche maladie.

70. Il y aurait également lieu de n'appliquer la prescription anticipée qu'en l'absence de fraude, sans autre référence, et de substituer systématiquement dans les circulaires diffusées aux CAF ce terme à ceux aujourd'hui employés (« mauvaise foi », d'« absence de bonne foi », « manœuvres frauduleuses » ou « fausse déclaration »). La CNAF devrait refondre la circulaire de 1999 qu'elle déclare partiellement obsolète.

3. L'utilité d'efforts systématiques pour réduire les possibilités de fraudes aux prestations

Au-delà d'un travail indispensable pour harmoniser et rendre plus opérationnelles les définitions de la fraude, il conviendrait qu'un effort d'adaptation des réglementations soit engagé, pour réduire les possibilités de fraudes. En effet, l'ampleur des fraudes est accrue, lorsque la réglementation est confuse ou que les référentiels sont difficiles à rendre opposables. Un effort multiforme devrait donc être entrepris pour repérer les sources de complexité et de confusion dans le régime des différentes prestations, avec pour objectif de les rendre plus lisibles et plus faciles à appliquer.

Parmi bien d'autres possibles, un exemple a paru particulièrement représentatif, puisqu'il concerne les trois branches : la définition des ressources.

En l'état actuel de la réglementation, le recours à des définitions variées pour une même grandeur, les ressources, comporte deux conséquences fâcheuses :

- elle rend plus complexe le contrôle et plus difficiles les croisements de fichiers ;
- elle réduit l'intelligibilité des obligations déclaratives des bénéficiaires et partant l'appréciation de leur bonne foi en cas d'erreur.

Les divergences peuvent porter sur le périmètre des ressources prises en compte ou sur la période de référence. Alors que les ressources prises en compte pour la CMU sont définies par référence aux revenus fiscaux (article L 380-2 du CSS) de l'année civile précédente pour la période allant du 1er octobre d'une année au 30 septembre de l'année suivante, pour la CMUC ce sont les ressources imposables et non imposables qui ont été effectivement perçues au cours de la période des 12 mois civils précédant la demande (article R.861-8 du CSS).

Certes, il s'agit dans un cas de définir l'exigibilité éventuelle d'une cotisation et dans l'autre le droit à la prise en charge. Mais cela ne peut justifier une telle différence dans les périodes de référence en matière de déclaration des ressources, différence qui rend pratiquement impossible le contrôle des ressources déclarées au titre de la CMUC par croisement avec les données détenues par les services fiscaux. Une expérimentation menée par la CNAMTS (en 2007) a ainsi mis en lumière un nombre si important de divergences entre les ressources déclarées à la caisse et celles constatées dans les fichiers de la DGI (74 %) qu'il devenait impossible d'utiliser ces fichiers pour identifier les fausses déclarations de la part des bénéficiaires.

Mais c'est dans la branche retraite que subsiste la principale singularité puisque les ressources considérées pour le versement des prestations non contributives et des pensions de réversion restent définies par un texte spécifique, le décret du 1^{er} avril 1964. Une harmonisation et une simplification de ces réglementations, d'ailleurs souhaitées par la CNAV, seraient donc un facteur puissant, donnant aux croisements de fichiers une portée accrue.

Il conviendrait de recenser les domaines pour lesquelles des évolutions législatives ou réglementaires paraissent susceptibles de réduire les possibilités de fraudes liées aux prestations. Le rapport annuel de la DNLF pourrait intégrer des recommandations à cet effet.

4. Une stratégie nationale insuffisamment formalisée et priorisée

Comme on l'a déjà indiqué, la priorité reconnue à la lutte contre la fraude a permis des progrès très nets et s'est traduite par une série d'actions efficaces : systématisation des croisements de fichiers, mise à disposition systématique de sanctions nouvelles graduées. Toutefois, il n'est pas certain que l'on puisse repérer, malgré la « commande » en ce sens, un plan stratégique explicite de lutte contre la fraude, établi de manière formalisée. La stratégie paraît en outre incomplète, en ce sens que son champ est trop restreint et qu'elle n'a pas suffisamment identifié la contribution respective des différents acteurs.

a) Les documents d'orientation ne sont pas déclinés par les réseaux

Des orientations nationales ont été fixées, correspondant aux progrès identifiés précédemment. Comme l'a souligné le ministre du budget, des comptes publics et de la fonction publique, lors du comité de lutte contre les fraudes qu'il présidait en mai 2009, « avec l'installation du CNLF et la création de la DNLF, les pouvoirs publics souhaitent définir des axes dans lesquels des progrès gigantesques peuvent encore être faits : - connaître la fraude ; (...) - fixer des objectifs de lutte contre la fraude dans les conventions d'objectifs et de gestion ; (...) - adapter les outils juridiques ; (...) - accroître les échanges d'informations (...). »

De telles orientations devraient être prolongées dans les plans annuels d'actions contre les fraudes qu'établissent les différentes branches : tel n'est pas le cas. Dans ces documents, aucun de ces objectifs ne s'y trouve décliné en objectifs opérationnels et assorti d'un calendrier. Apparaît donc un hiatus entre, d'une part, des orientations nationales et leur insertion dans les programmes opérationnels.

Du fait de cette solution de continuité, les actions annoncées, au plan ministériel, risquent de ressembler à un catalogue de points particuliers, éloignés des cibles prioritaires. De manière symptomatique, le relevé de conclusion arrêté à l'issue de cette réunion fixe des objectifs beaucoup plus ponctuels :

« 1) Actions à très court terme : - Augmenter de 10 % le montant des fraudes détectées en 2009 par les services ou organismes (4,08 Md€ en 2008, y compris les fraudes aux prélèvements) ; - Diffuser dans les prochains jours la circulaire commune Justice-Budget de politique pénale concernant les fraudes aux prestations sociales ; - Lancer une campagne de communication en direction du grand public.

2) Pistes de travail pour les prochains mois : - approfondir les thèmes proposés : levée du secret professionnel entre contrôleurs, profilage informatique, - accélérer et encourager le décroisement entre les services et les organismes de protection sociale, (...); - poursuivre les efforts en matière d'échanges d'informations ; évaluer la mise en œuvre du droit de communication, en particulier au bénéfice des organismes de sécurité sociale ; augmenter très fortement les signalements de suspicions de fraude entre services fiscaux et organismes de sécurité sociale (6 562 en 2008) ; suivre la mise en œuvre du répertoire national commun de la protection sociale ; - poursuivre la sécurisation de l'utilisation de la carte Vitale ; renforcer le contrôle de la condition de résidence pour les bénéficiaires de l'assurance maladie. ».

Tous ces objectifs sont pertinents. Cependant, un cadre d'ensemble devrait mieux les mettre en perspective. Les rares objectifs généraux mentionnés, comme l'augmentation des fraudes détectées, seraient plus mobilisateurs si des objectifs spécifiques étaient fixés à

chaque branche, en rapport avec leurs perspectives de progression : ainsi un objectif de progression de 10 % pour la branche retraite revient à lui demander de détecter 0,2 M€ supplémentaires en 2009, soit 20 fois moins que l'estimation des fraudes caractérisées par la mission d'inspection pour les seules fraudes aux carrières longues.

Quant aux autres actions, elles gagneraient à être placées dans un cadre commun, ensuite décliné par branche et par régime. Ainsi pour la communication, qui devrait distinguer un volet de communication interne, envers les personnels des caisses, un volet de communication spécialisée, par exemple envers les professionnels de santé, enfin un volet destiné au grand public.

Deuxième conséquence de ce décalage, certains volets pourtant essentiels au bon déploiement d'une stratégie de lutte contre les fraudes aux prestations ne sont pas traités, en tout cas de manière explicite : ainsi, les annonces faites sur les évaluations ou la communication sur les fraudes restent peu suivies d'effets.

Rien n'est dit sur le contrôle interne, sur le suivi de l'effectivité des croisements de fichiers, sur les bonnes pratiques pour contrer les fraudes internes... Or sur tous ces points, faute d'un cadrage national, les orientations des caisses nationales risquent d'être insuffisantes et les pratiques dans les caisses locales décevantes.

En réalité, le « plan contre la fraude » évoqué dans la lettre de mission adressée au ministre des comptes publics, n'a pas été établi de manière formalisée. Un tel plan aurait permis de hiérarchiser les objectifs et de mesurer les progrès accomplis. Il serait utile pour permettre aux différents organismes de mieux situer leurs contributions et de mieux décliner leurs propres perspectives.

b) Les missions des différents pôles doivent être précisées et spécifiées

Une telle définition suppose sans doute, au préalable, que soient clarifiées les missions respectives des différents intervenants, DNLF, DSS, en dehors des caisses nationales.

i) les missions de la DNLF

Le décret précité du 18 avril 2008 lui confie une mission de coordination, qui se concentre sur les facteurs relevant de plusieurs organismes ou administrations, mais pas exclusivement. Selon ce texte, elle a pour missions :

« 1° De veiller à l'efficacité et à la coordination des actions menées en matière de lutte contre la fraude, entre les services de l'Etat concernés, d'une part, et entre ces services et les organismes de sécurité sociale, les organismes de gestion de l'assurance chômage, l'association pour le régime de retraite complémentaire des salariés et l'association générale des institutions de retraite des cadres, d'autre part, notamment dans le cadre des conventions d'objectifs et de gestion passés entre l'Etat et les organismes de sécurité sociale (...) ;

2° D'améliorer la connaissance des fraudes ayant un impact sur les finances publiques, et notamment d'améliorer l'évaluation existante, le suivi de son évolution et la typologie des fraudes ;

3° De contribuer à garantir le recouvrement des recettes publiques et le versement des prestations sociales, notamment en favorisant le développement des échanges d'information, l'interopérabilité et l'interconnexion des fichiers dans les conditions prévues par la loi du 6 janvier 1978 susvisée ;

4° De contribuer à la mise en œuvre d'une politique nationale de prévention et de communication ;

5° De définir des axes d'une coopération renforcée avec les organismes et administrations étrangers ;

6° De piloter l'activité des comités opérationnels de lutte contre le travail illégal mentionnés à l'article 8 et des comités locaux mentionnés à l'article 11 ;

7° De proposer toute réforme permettant d'améliorer la lutte contre la fraude, en particulier pour renforcer les prérogatives des agents concernés, les outils à la disposition des services, les méthodes d'enquêtes, ainsi que l'effectivité des sanctions ».

Comme on le voit, ces missions sont diversifiées et variables, selon les domaines : tantôt la délégation est « chef de file » ou « pilote », tantôt elle « contribue ». Une telle énumération est-elle suffisante, par rapport aux enjeux ?

Le conseil d'analyse stratégique (CAS), dans les recommandations qui concluent son évaluation relative à la lutte contre la fraude, a préconisé comme une « hypothèse de travail » de rassembler l'ensemble des instances en charge de la lutte contre la fraude dans une agence aux prérogatives élargies, capable notamment d'assurer « la définition pour chaque prestation de ce qui relève de la fraude, de l'abus ou de l'erreur en procédant ou supervisant le retraitement de certains dossiers sur le principe de l'échantillon représentatif, en testant les dispositifs de contrôle au moyen de dossiers mystères », ou encore de « définir un plan de travail global visant à lutter contre la fraude », enfin « de superviser les mécanismes de pénalités et de suspensions de prestations afin d'assurer une homogénéité de traitement à ces voies alternatives du contentieux de droit commun ».

Certes, la note a été publiée juste après la création de la DNLF et elle ne pouvait donc rendre compte de son action (elle est citée, avec la recommandation qu'elle s'inspire des institutions existant à l'étranger). Il est évident, cependant, que celle-ci ne dispose pas des prérogatives confiées, dans les pays de l'OCDE qui ont déployé des programmes de lutte contre la fraude aux prestations, aux institutions chargées de les mettre en œuvre.

Pour autant, la recommandation faite, si elle revient à donner un pouvoir direct de prescription à cette nouvelle instance, risquerait, au nom de cette seule politique de lutte contre la fraude, de saper l'autorité des caisses nationales et de les déresponsabiliser, alors qu'elles doivent mobiliser les organismes de leurs réseaux.

Une voie moyenne serait donc de confier à la DNLF une mission élargie :

- à la définition d'un plan global, assorti d'objectifs individualisés par acteur incluant l'ensemble des volets constitutifs de la politique de lutte contre la fraude ; (communication, contrôle interne, mise en œuvre des pénalités, résultats de tests « mystères »,...) ;
- à l'évaluation des actions effectives réalisées. Le rapport annuel de la DNLF, d'ailleurs explicitement prévu par le décret⁷¹, pourrait être ainsi enrichi pour donner à la délégation, cette fonction d'évaluation critique, en complément de son rôle de coordination des seuls aspects partagés des politiques.

71. L'avant dernier alinéa du même article 2 précise qu'elle « établit un rapport annuel qui fait le bilan des actions réalisées et des résultats obtenus dans la lutte contre la fraude et qui donne des orientations sur la coordination en matière de lutte contre la fraude ».

Un plan de lutte contre la fraude devrait être établi, pour une durée de trois à cinq ans, détaillé par opérateur et donc par branche et régime, puis être évalué de manière formalisée.

La DNLF pourrait se voir confier cette double mission d'établir ce plan, après avoir recueilli les avis et les propositions des branches, puis d'évaluer les réalisations constatées.

ii) les missions de la DSS

Au sein de la DSS, un directeur de projet a été nommé en 2006, chargé de coordonner les actions des différentes sous-directions sectorielles (par branches), dans le domaine de la lutte contre la fraude. Comme on l'a vu, c'est ce cadre qui a assuré le secrétariat général du comité interministériel de lutte contre la fraude, avant la création de la DNLF, désormais chargée de cette tâche.

Un risque de concurrence existe entre cette cellule (le directeur de projet et son adjoint), qui poursuit ses missions, et la DNLF. Des missions propres lui incombent, notamment celle de coordonner les orientations qui doivent figurer dans les COG ou d'assurer une veille sur les textes relatifs aux prestations ou au contrôle. C'est d'ailleurs cette cellule qui suit également le bon avancement des textes législatifs et leur traduction en textes réglementaires et en circulaires. C'est elle aussi qui coordonne les relations entre les caisses nationales et la CNIL.

La coordination entre les deux pôles, de la DNLF et de la DSS, est assurée par la création d'un rendez-vous mensuel entre le DSS et le DNLF, élargi tous les trimestres aux directeurs des caisses nationales. Plusieurs groupes de travail spécialisés ont également été créés.

On note cependant des exemples de dysfonctionnements : ainsi les indicateurs recherchés par la DNLF (comme le nombre d'agents affectés au contrôle) ont été identifiés sans que la DSS soit consultée, par interrogation directe des caisses nationales, et sans qu'une méthodologie harmonisée soit définie (ce qui rend les données moins fiables et moins comparables). De même, la campagne de communication nationale engagée à l'initiative de l'ACOSS, à l'automne 2009, a été étendue aux branches prestataires, sous forme de spots dédiés, mais sans aucune participation ni de la DSS, ni même de ces caisses nationales.

L'élaboration d'une typologie des fraudes constitue un deuxième exemple d'une forme de concurrence peu productive : la DNLF a élaboré à mi 2009 une typologie a priori assez séduisante, mais sans concertation avec la DSS, ni semble-t-il avec les caisses nationales, dont les systèmes d'information ne sont pas adaptés pour suivre les catégories ainsi proposées. La DSS quant à elle vient d'engager un travail avec les caisses nationales, justement à partir des systèmes d'information des caisses, pour construire une typologie des fraudes homogène entre les branches. Mais elle n'a pas associé la DNLF à ce travail.

D'une manière plus générale, il paraît évident qu'une complémentarité existe entre ces deux pôles :

- la DNLF apporte sa connaissance des administrations financières et permet d'intégrer les efforts des branches prestataires dans un cadre plus large ;
- à l'inverse, la DSS permet de coordonner les interventions contre la fraude avec les autres politiques que mettent en œuvre les régimes et les branches.

En raisonnant par analogie avec les notions de « maîtrise d'ouvrage » et de « maîtrise d'ouvrage déléguée », on pourrait poser comme principe que la maîtrise d'ouvrage des différents chantiers incombe à la DNLF, qui est donc responsable de leur inscription dans un agenda global (bien entendu, en concertation avec les différents opérateurs et avec les tutelles) ; mais que le suivi plus précis des chantiers qui ne concernent que les branches du régime général (ou les régimes) devrait relever de la DSS, au-delà des seuls points inscrits dans les COG.

Il conviendrait donc que l'organisation des groupes de travail, ou le suivi des relations avec les caisses nationales soient clarifiés, par une identification plus précise de l'administration « chef de file ».

La « mise en mouvement » des caisses nationales et par leur intermédiaire des caisses de base est en effet un chantier complexe, qui exige continuité et cohérence. D'autres impératifs publics peuvent entrer en conflit avec cet objectif, comme la volonté (pour ne donner que l'exemple de la branche maladie) d'obtenir le consentement des professionnels de santé et de leurs organisations collectives, et donc d'éviter de multiplier les actions contentieuses ou les sanctions pécuniaires. La pratique d'un « contingentement » quantitatif, par instructions orales des cabinets chargés de la santé, du nombre des actions autorisées au plan national à l'encontre des médecins a ainsi été évoquée à plusieurs reprises, sans toutefois pouvoir être documentée.

Dans ce contexte, il paraît particulièrement nécessaire que les diverses administrations de l'Etat chargées à un titre ou à un autre du suivi et de l'impulsion des actions de lutte contre la fraude présentent un « front uni », capable de convaincre les interlocuteurs des caisses de la détermination à changer les pratiques et à mieux faire respecter des règles qui, dans certains cas, avaient été perdues de vue.

c) La définition d'indicateurs d'efficacité plus pertinents

Il est enfin souhaitable que soit constitué un tableau de bord sélectif des objectifs et des résultats obtenus, éventuellement des moyens mobilisés en regard. Les deux pôles que sont la DSS et la DNLF ont tous deux réfléchi à des indicateurs pertinents, d'ailleurs dissemblables :

- La DSS a cherché à mettre l'accent sur l'usage effectif des dispositions nouvelles. Les indicateurs de son « tableau de bord » suivent ainsi :
 - le nombre de recours au droit de communication (par grandes catégories d'opérateurs),
 - le nombre de pénalités infligées,
 - le nombre de procédures engagées, en application du décret dit « train de vie »,
 - un bilan de l'expérimentation de la contre visite employeurs (article 103 LFSS 2008),
 - le nombre de sanctions prononcées « pour l'avenir » (article 110 I de la LFSS 2008).
- La DNLF de son côté a cherché à constituer une base plus large, portant notamment sur les moyens mobilisés, les montants détectés et le montant des sanctions. Elle interroge ainsi (de manière directe) les caisses nationales sur le nombre de contrôles, sur le nombre et le montant des dossiers de fraudes détectés, sur le nombre de transmissions à d'autres services, le nombre de sanctions administratives ou de dépôts de plaintes. Elle met en regard ces indicateurs de résultats avec plusieurs indicateurs de moyens, en ETP et en coût.

- Un suivi d'ensemble devrait cependant reposer sur des résultats plus limités en nombre, mais tous susceptibles d'objectifs mobilisateurs, puisqu'ils correspondent aux trois grandes phases d'action :
 - estimation de la fraude potentielle pour la branche (et objectif corrélatif quantifié de diminution, grâce à la *prévention*) ;
 - estimation de la part détectée, soit fraudes détectées rapportées aux fraudes potentielles (et objectif d'augmentation de cette part, due à la *détection*) ;
 - estimation de la part des fraudes détectées qui fait l'objet d'une sanction (avec pour objectif l'augmentation de cette part de *sanctions*, au moins dans la phase actuelle).

Seule la CNAF est en mesure aujourd'hui de renseigner ces données de manière suffisamment fiable. Il conviendrait que l'ensemble des branches y parviennent pour que des objectifs à la fois réalistes et mobilisateurs puissent être fixés.

Un tableau de bord simplifié, commun à la DSS et à la DNLF, devrait permettre de définir des objectifs relatifs aux trois phases des actions de lutte contre la fraude.

II. Du fait d'impulsions insuffisantes des caisses nationales, les actions des caisses locales restent trop limitées

Une politique de lutte contre la fraude conduit à cibler (outre le préalable qu'est l'évaluation du montant des fraudes) trois objectifs distincts et cumulatifs :

- diminuer le total des fraudes potentielles (qu'on peut appeler par analogie avec le vocabulaire policier, le « chiffre noir » de la fraude), ce qui renvoie à l'efficacité des actions de prévention ;
- augmenter la part détectée au sein de ces fraudes estimées, ce qui renvoie à l'efficacité des actions de détection et de caractérisation,
- enfin, sanctionner une part accrue des fraudes détectées, ce qui renvoie à l'efficacité des actions de sanction ou de répression.

On l'a vu, les progrès accomplis ou en cours au plan national ont permis dans une large mesure de diversifier les outils mis à la disposition des organismes, chargés des actions opérationnelles, pour ces différents segments. Mais l'efficacité réelle dépend de l'usage que font les organismes de ces outils, de leur capacité et de leur volonté à se les « approprier ». Il est dès lors indispensable de passer en revue les actions menées dans les trois réseaux prestataires, sous ce triple aspect.

Au préalable, cependant, il a paru utile de situer la capacité d'action des caisses nationales, leur aptitude à transmettre une impulsion suffisante aux caisses locales dans ce domaine de la lutte contre les fraudes.

A. Une impulsion encore insuffisante de la part des caisses nationales

Dans ce domaine particulier de la lutte contre les fraudes, les caisses nationales « têtes de réseau », ont acquis des compétences nouvelles ; en outre, elles ont pu surmonter divers obstacles que l'on peut qualifier au sens large de « culturels ». Mais elles ne se sont pas dotées d'outils adaptés au suivi des actions effectives des caisses.

1. Une capacité juridique désormais suffisamment reconnue

a) Malgré les responsabilités étendues des directeurs locaux ...

L'intensité des actions contre les fraudes varie fortement, on l'a vu, d'une caisse à l'autre, et ce dans les trois branches prestataires. Quelques organismes se sont de longue date impliqués, d'autres, plus nombreux, semblent marquer une forme d'inertie délibérée, la plus grande part des organismes se situant entre ces deux extrêmes, avec des résultats souvent assez faibles.

Les choix du directeur, dans ce domaine, constituent un des facteurs d'explication, dans la mesure où les textes lui confient un rôle particulier. Il est en effet chargé, et c'est sa première responsabilité, selon le texte de l'article L. 122-2 du code de la sécurité sociale « *de décider des actions en justice à intenter au nom de l'organisme dans les matières concernant (notamment) les rapports dudit organisme avec les bénéficiaires des prestations, les*

producteurs de biens et de services médicaux et les établissements de santé (...) ». Dans les autres domaines il peut recevoir délégation du conseil d'administration pour agir en justice⁷².

On relève, pour ne donner que cet exemple célèbre par son incidence médiatique, l'impact donné par la CPAM de Nantes à la lutte contre la fraude, en vertu d'un choix personnel du directeur qui avait décidé, dès 1993, de constituer une équipe renforcée de cinq contrôleurs assermentés.

Reflet de cette plus ou moins forte implication, les moyens disponibles pour lutter contre la fraude ou le nombre de procédures pénales initiées sont très variables, comme sont très variables les actions recensées, d'une caisse à l'autre du même réseau.

b) ... une « nationalisation » partielle de cette politique

L'article L 114-9 du code de la sécurité sociale, issu de la LFSS pour 2006, précise « *que les directeurs (des organismes) sont tenus lorsqu'ils ont connaissance d'informations ou de faits pouvant être de nature à constituer une fraude, de procéder aux contrôles et enquêtes nécessaires. Ils transmettent à l'autorité compétente de l'Etat le rapport établi à l'issue des investigations menées* ». (...) « *Les organismes nationaux suivent les opérations réalisées par les organismes (locaux). Ils en établissent une synthèse qui est transmise au ministre chargé de la sécurité sociale. Un arrêté (de ce ministre) en définit le contenu et le calendrier d'élaboration* ».

Les deux alinéas suivants prévoient, d'une part une obligation de dépôt de plainte avec constitution de partie civile, au-delà d'un certain seuil financier ; d'autre part une possibilité de substitution. En cas de carence, ou s'ils sont mandatés à cet effet, les organismes nationaux peuvent aussi déposer plainte avec constitution de partie civile.

En réalité, ces articles instaurent une surveillance par les caisses nationales, mais pas une responsabilité partagée. D'ailleurs, les articles qui définissent les domaines dans lesquels est reconnue une responsabilité particulière des caisses nationales du régime général (par exemple, l'article L. 221-1 du code de la sécurité sociale, pour les missions de la CNAMTS) énumèrent des domaines comme la prévention, le contrôle médical, la coordination de l'action sanitaire et sociale des caisses, entre autres missions, mais n'incluent pas parmi ces missions la lutte contre la fraude, ou même simplement la coordination des actions des caisses dans cette lutte. Cette habilitation, dans le contexte d'une présence de plus en plus affirmée des têtes de réseau dans la gestion des caisses locales, est cependant suffisante pour permettre aux caisses nationales de donner les impulsions nécessaires.

2. Des obstacles « culturels » progressivement levés

Au niveau local comme d'ailleurs au niveau national, la reconnaissance d'une priorité à la lutte contre les fraudes n'allait pas de soi, compte tenu de divers obstacles, progressivement levés, semble-t-il.

a) Des facteurs locaux

Au-delà de l'implication variable du directeur ou des agents de direction, une forme d'identité collective des agents de la caisse influe sans doute aussi, qui se perçoivent, dans les

72. Dans la branche maladie, depuis la loi dite LAM de 2004, c'est le directeur qui représente l'organisme en justice.

branches prestataires, comme étant au service des allocataires et des assurés, et donc conduits à « distribuer » des prestations plus qu'à surveiller le risque d'éventuels trop versés et à en exiger le reversement.

Cette culture est plus ou moins marquée selon les branches : elle paraît notamment forte dans la branche famille, qui verse une part significative de prestations sous conditions de ressources, à des allocataires proches de la précarité (les prestations les plus souvent fraudées le sont, statistiquement, par des allocataires ne percevant que des revenus réduits).

Selon les interlocuteurs rencontrés, cependant, une acceptation voire une adhésion croissante existerait désormais à l'égard des actions de lutte contre les fraudes. Le contenu des supports de communication interne examinés en témoigne (voir infra).

b) Des réticences récurrentes au niveau national

Deuxième frein potentiel, les caisses nationales elles-mêmes peuvent établir des ordres de priorité qui seraient défavorables à la lutte contre la fraude, laquelle suppose des actions de long terme pour des résultats peu spectaculaires, tout en demandant des moyens significatifs. Même si les réticences sont à chaque fois différentes, d'autres politiques, difficilement compatibles avec la lutte contre la fraude, peuvent être considérées comme prioritaires :

- dans l'assurance maladie, la politique de « gestion du risque », qui vise d'abord à infléchir les comportements des professionnels de santé, peut paraître prioritaire. Sans être contradictoire avec une politique de lutte contre la fraude, elle suppose de rechercher des relations de confiance avec les organisations représentatives des professionnels de santé, ce qui peut conduire à ne progresser que lentement dans les mesures de sanctions.
- Dans la branche retraite, le ciblage des actions de lutte contre la fraude conduirait à poser la question du contrôle des carrières et en particulier à rechercher d'éventuels faux bulletins de salaires, ce qui est très coûteux en temps, puisque cela implique d'étendre les missions des liquidateurs et ne correspond pas aux priorités actuelles de la branche, confrontée à une croissance des flux annuels de liquidation.
- Dans la branche famille, de même, la priorité est de réussir la mise en œuvre des réformes nouvelles telles que le RSA.

Une des conséquences directes de cette hiérarchie de priorités est le risque de voir les agents disponibles affectés à d'autres missions, des contrôleurs partis en retraite non remplacés, donc d'un sous-calibrage des effectifs nécessaires au contrôle.

A l'inverse, la certification des comptes a conduit les caisses à renforcer les démarches de contrôle interne qui incluent la prévention de la fraude. De la même façon, selon les interlocuteurs rencontrés, les partenaires sociaux au sein des conseils ont évolué sur cette question (notamment avec le retour au sein des conseils des représentants du MEDEF). Leur soutien serait suffisant pour poursuivre des politiques ambitieuses dans les trois branches.

3. Une animation encore insuffisante de l'action des organismes locaux.

La lutte contre la fraude n'a pas été suffisamment intégrée dans les mécanismes, peu nombreux, qui permettent aux caisses nationales de mettre sous tension de résultat les caisses locales.

a) Des actions croissantes*i) des modèles différenciés selon les branches*

D'une branche à l'autre, les modalités de pilotage national de l'action des caisses dans le domaine de la fraude empruntent des voies assez différenciées, correspondant sans doute aux particularités de chaque branche.

- dans la *branche retraite*, celle qui dispose du réseau d'organismes le moins nombreux, une « animation » directe est exercée par la responsable de la cellule fraude, sur les référents de chaque caisse ;

- dans la *branche maladie*, comme pour la gestion du risque, le suivi est exercé par l'intermédiaire de la direction de réseau, qui co-signe par exemple les lettres réseau relatives à la fraude. Ce domaine est donc implicitement intégré dans le suivi général des performances des caisses ;

- dans la *branche famille*, enfin, la caisse nationale suit les progrès des caisses locales en matière de lutte contre la fraude par l'intermédiaire de la démarche de maîtrise des risques.

ii) le développement de requêtes ciblées dans les trois branches

Depuis 2007, date de la mise en place effective de la direction de lutte contre les fraudes, la CNAMTS a développé une série de travaux consistant à extraire des bases de données sur les soins et les remboursements des « profilages », qui permettent de faire apparaître des atypies marquées, et donc dans certains cas des suspicions de fraudes.

Les outils législatifs et réglementaires nouveaux permettent en effet de sanctionner les seules atypies, sans qu'il soit nécessaire de démontrer l'intention frauduleuse ou de prouver qu'une règle a été enfreinte.

Dans la branche famille, de même, dans le cadre de la démarche de maîtrise du risque, ont été définies des « cibles » de contrôle de plus en plus précises et détaillées qui reposent sur une analyse des systèmes d'information (mais le travail sur les fichiers et l'exploitation des traitements sont délégués aux caisses locales).

De telles requêtes sont déployées depuis 2008 par la branche retraite.

iii) des actions de formation et de sensibilisation en nombre croissant

A l'exception de la CNAV, qui inclut la présentation de sa procédure « carrière à risque » dans les formations initiales et qui propose des formations pour les agents chargés du contrôle, les caisses nationales n'ont pas, jusque très récemment, mis à disposition des caisses locales des modules de formation consacrés à la fraude. Les organismes locaux ne peuvent donc compter que sur leurs propres moyens, ce qui limite pour l'instant ce type d'action aux caisses les plus importantes. En revanche, la sensibilisation de l'ensemble des personnels a été assez largement réalisée par des actions de communication interne, comme le montre le tableau qui suit.

**Tableau n° 8 : Sensibilisation, formation et motivation
des personnels dans les organismes locaux**

	OUI		Nombre de réponses	
	CAF	CPAM	CAF	CPAM
Les techniciens ont-ils été sensibilisés à la fraude?	97,4%	93,2%	116	100
les techniciens ont-ils été formés à la détection de la fraude?	37,0%	33,7%	111	98
Leur participation à la lutte contre la fraude est-elle valorisée?	28,4%	62,5%	116	91
Leur participation à la lutte contre la fraude est-elle rémunérée?	2,6%	2,0%	117	103

Source : Cour des comptes (données recueillies auprès des CAF et des CPAM)

c) Un suivi encore trop limité des performances comparées des caisses locales

La création d'une cellule spécialisée dans chacune des caisses nationales avait pour objectif de mieux appuyer l'action des caisses locales, de mettre à leur disposition des outils nouveaux et de favoriser les échanges d'expérience. Il est logique que la montée en charge de ces unités nouvelles demande du temps.

Même en tenant compte de cet effet, les constats qu'il est possible de faire, à fin 2009, paraissent marqués par une insuffisance des actions visant à consolider les résultats des différents organismes et à mutualiser leurs expériences.

i) la faiblesse des outils

Ainsi, dans la branche famille, alors que les contrôles effectués mettent à jour chaque année plusieurs milliers de cas de fraude, il n'existe aucun bilan coût/produit par contrôle, ni système d'enregistrement et de restitution de la typologie des fraudes, autre que très sommaire. La réalisation d'un tel outil est seulement en cours. Par ailleurs, si le produit des différentes cibles est connu, ses variations d'un organisme à l'autre ne sont pas analysées.

La défaillance dans la circulation de l'information est aussi descendante ; la caisse nationale ne peut diffuser dans le réseau des bonnes pratiques qu'elle ignore. Cette défaillance a notamment pour conséquence que les organismes locaux développent des pratiques différentes pour faire face à des problématiques strictement identiques. Ainsi en est-il notamment pour les conséquences tirées par les organismes d'un retour de courrier NPAI.

Un constat analogue peut être fait pour la branche maladie : d'une manière générale, dans le cas des actions décentralisées, la pauvreté des informations remontées à la caisse nationale est patente. Il s'agit avant tout de contribuer à l'élaboration de statistiques nationales qui pourront être présentées à la tutelle mais pas de synthétiser les expériences et de partager les savoirs.

ii) la rareté de diffusion des meilleures pratiques

Paradoxalement, alors que sont recherchés des échanges d'informations et d'expériences plus intenses entre organismes des différentes administrations et branches, dans une même région ou un même département, les échanges sur la lutte contre les fraudes restent encore limités entre les organismes d'un même réseau, et entre ceux-ci et les caisses nationales. Seule

« La lutte contre les fraudes aux prestations dans les branches prestataires du
régime général » - Communication à la commission des affaires sociales de
l'Assemblée Nationale (art. LO.132-3-1 du CJF)

la branche retraite réunit ses référents, chaque trimestre et procède à des échanges périodiques sur les meilleures pratiques.

On peut donner un exemple de l'absence de diffusion des « meilleures pratiques », avec la question de la lutte contre les fraudes liées à la consommation de SUBUTEX®⁷³. Introduit sur le marché en 1996, c'est en France le vecteur privilégié de la politique de désintoxication des opiomanes. Ce produit peut néanmoins être détourné de son usage thérapeutique par le trafic de revente.

Débutée en septembre 2004, une action nationale de contrôle se prolongeait encore en 2008 avec des résultats limités. Selon l'observatoire français des drogues et toxicomanies (OFDT) : « *il semble que le contrôle exercé par les CPAM n'ait eu que peu d'impact sur la présence globale du SUBUTEX® sur le marché parallèle, les détournements non contrôlés continuant à l'alimenter* »⁷⁴.

Dans son « Etat des lieux et tendances récentes (2007-2009) », paru en janvier 2010 sur les drogues et l'usage des drogues en France, l'OFDT poursuit l'analyse des effets de la politique de contrôle menée par les CPAM : « *ces contrôles ont été menés avec des stratégies variables selon les départements, à l'origine de situations locales diverses. À l'exception du site de Toulouse, il semble que le contrôle exercé par les CPAM n'ait eu que peu d'impact sur la présence globale du Subutex® sur le marché parallèle jusqu'en 2007 où des tensions se sont clairement fait sentir sur le marché.* »⁷⁵

Certaines CPAM semblent pourtant avoir au moins partiellement⁷⁶ résolu le problème des « méga-consommateurs », en imposant aux bénéficiaires de prescription de BHD la désignation d'un médecin prescripteur et d'un unique pharmacien dispensateur du produit. Une CPAM a ainsi ramené la proportion de gros consommateurs de 8,15 % en janvier 2004 à 4,14 % en juillet de la même année (soit -50 % en 6 mois) et à 0,51 % en février 2008. Leur nombre est passé de 86 à 6 alors que le nombre total de patients traités augmentait de 1 055 à 1 167. Les consommations aberrantes ont donc été très significativement réduites, sans que la distribution à bon escient du traitement ait été compromise. Cela n'empêche certes pas complètement le trafic mais en complique considérablement le mode opératoire puisqu'il faut alors multiplier les identités bénéficiant du tiers payant. Cette bonne pratique n'a cependant pas été généralisée ni même portée à la connaissance du réseau.

73. Buprénorphine haut dosage ou BHD. Les traitements de substitution des dépendances aux opiacés (TSO) suppriment les signes de manque consécutifs à l'arrêt de l'héroïne, en permettant aux personnes une réinsertion sociale.

74. « Phénomènes émergents liés aux drogues », Huitième rapport du dispositif TREND, Février 2008, p.83.

75. En revanche, toujours selon le même organisme la nette diminution des sujets recevant 32 mg/j de BHD ou plus est à porter au crédit de l'assurance maladie. « C'est une conséquence directe du plan de contrôle de l'Assurance maladie mené depuis 2004 auprès des assurés suspects de détournement voire de trafic de MSO et basé sur différents types d'actions selon les cas observés (établissement d'un protocole de soins entre le médecin prescripteur et le patient, suspension de certaines prestations non médicalement justifiées voire poursuites pénales) » cf « Données récentes relatives aux traitements de substitution aux opiacés » TENDANCES – OFDT mai 2009.

76. Selon la CNAMTS, il est possible que les comportements des fraudeurs se soient modifiés, et que désormais une fraude de type nouveau, par multiplication des petits consommateurs, soit apparue. Il est d'ailleurs possible que cette modification soit une réponse aux mesures prises, ce qui confirmerait, paradoxalement, leur efficacité relative (d'autres mesures devront donc être imaginées en réponse aux évolutions / modifications des formes de fraude).

iii) l'absence de conseil pour l'organisation des tâches de traitement des fraudes

Alors même que les tâches élémentaires sont assez complexes, elles ne sont que peu décrites par les caisses nationales :

- le quantum de temps nécessaire pour traiter un dossier de sanction n'a été évalué, ni par la CNAF, ni par la CNAV, ni par la CNAMTS. Il paraîtrait pourtant indispensable que la progression attendue du nombre des sanctions financières prononcées, en particulier par les deux branches maladie et famille, puisse être assumée par des agents dédiés à cet effet, au sein d'un service disposant des compétences requises.
- Le choix entre les différentes procédures, pour des cas types, n'a pas fait l'objet de description particulière.

iv) l'absence de « mise sous tension de résultats »

Le suivi se limite souvent à un appui dans les cas les plus lourds, voire à une simple prise de connaissance des fraudes d'une certaine ampleur, plus d'ailleurs par précaution, du fait du risque d'écho médiatique allant au-delà du rayon de la caisse locale.

Au total, donc, les caisses nationales ne se sont pas dotées d'outils leur permettant :

- d'établir un diagnostic critique sur l'exercice par un organisme local des missions de lutte contre la fraude ;
- d'apporter des conseils pour l'organisation de la fonction, au sein de l'organisme ;
- enfin de demander et de suivre un plan d'actions, en cas de carence évidente.

Il conviendrait que chaque caisse nationale « tête de réseau » se dote des outils qui lui permettent de réaliser une analyse critique des actions de lutte contre les fraudes de chaque organisme local et de demander des plans d'actions correctives en cas de carence persistante.

B. Des actions encore limitées dans le domaine de la prévention des fraudes

Dans le domaine de la prévention de la fraude, on note une prudence excessive :

- les actions de communication ciblées restent rares et peu explicites ;
- le déploiement du contrôle interne n'a pas véritablement intégré la fraude comme cible prioritaire.

1. Une communication externe peu active

Des actions de communication interne, en direction des agents, peuvent être notées en nombre croissant, dans les diverses revues destinées aux personnels des trois branches. Par contre, il n'y a de véritable action d'envergure de communication externe, en direction du grand public, dans aucune des branches. Certes, le sujet de la fraude n'est certainement pas le plus simple à traiter pour un organisme de protection sociale qui redoute toujours d'accréditer l'idée qu'elle se développe impunément ou qu'elle serait généralisée. Les caisses locales, quelle que soit la branche, paraissent de même craindre qu'un discours ferme puisse incommoder une majorité des allocataires, des bénéficiaires ou des professionnels de santé.

Pourtant, un discours direct comme en matière de tabagie ou d'accidentalité, même s'il peut parfois choquer, pourrait fort bien constituer le meilleur moyen de dissuader les comportements frauduleux potentiels. Plus les personnes susceptibles de commettre une fraude percevront les risques qu'elles courent, moins elles franchiront le pas. Ce raisonnement inspire les très vigoureuses campagnes lancées en Grande-Bretagne, notamment pour les prestations sociales. Il a aussi inspiré en France des campagnes de la part des entreprises de transport public qui s'efforcent de culpabiliser les fraudeurs et insistent sur les amendes qu'ils encourent dans les affiches apposées dans les wagons.

Cet exemple a commencé d'être suivi, très récemment, par la branche recouvrement du régime général, qui a engagé en octobre 2009 une première campagne d'ampleur « grand public », avec le slogan « ne pas franchir la ligne jaune ». Les branches prestataires, en revanche sont restées, par comparaison, très passives (certes, un spot radiophonique a été ajouté à cette campagne pour chacune des branches prestataires : cet ajout, au demeurant peu compréhensible, ne pouvait tenir lieu de plan de communication).

a) La communication par la branche famille

Les messages émis par les organismes de la branche famille, aussi bien au niveau local qu'au niveau national, paraissent très réducteurs, par rapport à la réalité et aux enjeux de la fraude aux prestations.

i) au niveau local

Dans les CAF, la communication aux allocataires porte moins sur la fraude elle-même que sur les obligations déclaratives qui pèsent sur eux et sur l'existence d'un contrôle d'origine légale, susceptible d'engendrer des suspensions de prestations et des remboursements d'indus. Cette communication, respectueuse des principes de la charte déontologique de la branche, vise d'abord à l'exactitude des droits et peut donc aussi bien se traduire par des rappels de prestations que par des récupérations d'indus. Les sanctions n'y sont que très rarement abordées.

Dans les documents examinés par la Cour, les fraudes sont souvent qualifiées de « très minoritaires » et il s'agit avant tout de mettre en avant la relation de confiance avec l'allocataire dont la généralisation de la déclaration sur l'honneur est l'expression privilégiée.

On en trouve une confirmation dans la réticence à demander et à procéder à l'affichage dans les locaux des condamnations obtenues. Ainsi, seuls 54% des organismes (selon les réponses au questionnaire de la Cour) demandent systématiquement au juge pénal le droit d'afficher et de publier les éventuelles condamnations et seulement un tiers procède systématiquement à l'affichage.

Il est vrai que la publicité de la condamnation, peine additionnelle, est rarement octroyée aux victimes. Il serait pourtant possible et souhaitable d'afficher systématiquement dans les locaux et de publier dans les organes d'information propres aux CAF les condamnations obtenues. Cela ne requiert aucune autorisation préalable dès lors que l'on prend soin de dissimuler l'identité des personnes condamnées. Le plus important n'est pas, en effet, d'ajouter l'infamie à la peine principale, mais de faire savoir qu'on court des risques si l'on fraude. Et donc faire état des condamnations anonymisées comporterait, même s'il était faible, un effet dissuasif à peu de frais.

De la même façon, les pénalités administratives infligées devraient systématiquement faire l'objet de mesures de publicité anonymisées. Cela ne semble pas être le cas.

ii) au niveau de la caisse nationale

Au plan national, dans les messages délivrés, la communication de la CNAF semble chercher d'abord à minimiser les enjeux. Ainsi, elle souligne à la fois l'importance des contrôles effectués et leur renforcement en même temps que la faiblesse des fraudes mises à jour en proportion des sommes gérées par la branche.

Le principal vecteur de diffusion est la lettre des allocations familiales qui précisait au troisième trimestre 2006 que *« les citoyens ne veulent pas être fichés... qu'il n'y a aujourd'hui pas de fichier national unique... ce système ne permet pas de lutter efficacement contre certaines fraudes (...) (mais que) pour autant la malhonnêteté de quelques uns doit-elle faire peser sur la majorité un a priori négatif ? Clairement la réponse est non »*. Ce document est précédé par un entretien avec la présidente du conseil d'administration qui soulignait que la fraude est *« à la marge »* et que *« quel que soit le système mis en place il y aura toujours des fraudeurs »*.

En fait, la CNAF semblait douter de l'effet dissuasif des sanctions et, par conséquent, de l'utilité d'en faire la publicité, démarche pourtant élémentaire de dissuasion. Ainsi, la circulaire de 1999 précitée expliquait qu'*« il convient d'observer que la fonction de prévention collective des peines est assez controversée, le lien entre la peine, sa sévérité, et la criminalité n'étant guère prouvé, sauf dans une certaine mesure peut-être en matière de crimes. Ce lien entre criminalité et peine n'est établi ni statistiquement, ni sociologiquement, ni psychologiquement »*.

Dans les derniers mois, les responsables de la CNAF ont paru changer d'attitude. La COG, on l'a vu, contient des engagements allant dans le sens d'une communication d'ampleur. Lors d'un séminaire récent consacré à la fraude, un responsable de la CNAF admettait que les projets en ce sens étaient freinés par les réticences des administrateurs. De fait, aucune campagne n'a encore été initiée.

La prudence des organismes locaux paraît ainsi assez logique dans un tel contexte et faute d'une impulsion plus ferme du niveau national.

b) La branche maladie

i) au niveau local

Les pratiques constatées dans les CPAM, en matière de communication des actions menées contre les fraudes, sont très variables. Certains directeurs, comme celui de la CPAM de Nantes, avaient fait depuis plus de 10 ans de la lutte contre les fraudes le vecteur d'une communication très médiatique ou en tout cas très médiatisée⁷⁷. Son action est cependant apparue comme relativement isolée, la plupart des caisses ne communiquant que rarement sur ce sujet (même si la découverte de fraudes d'une certaine ampleur est suivie d'une communication externe assez intense, par exemple dans la presse locale).

77. Son essai, *« Adieu Sécu », retrace ses différents « combats »* (Le cherche midi, 2006).

Deux formes de communication paraissent ainsi avérées dans les CPAM :

- des actions « opportunistes », à l'occasion des affaires découvertes ou des divers événements organisés (conférences devant les professionnels de santé, par exemple) ;
- à l'attention des assurés qui se déplacent dans les services, sont affichées dans les locaux, mais seulement dans ceux-ci car ce n'est pas possible ailleurs, les décisions d'interdiction de délivrance des soins aux assurés sociaux prononcées par les ordres des professionnels de santé. Y sont publiés également les résultats chiffrés obtenus.

Dans l'ensemble, le discours est souvent assez direct - notamment lorsqu'il vise les assurés - puisqu'on n'hésite pas à y menacer les fraudeurs de sanctions ou à mettre en garde contre les « imposteurs » qui essaient de soustraire les cartes VITALE des bénéficiaires en se faisant passer pour des agents de l'assurance maladie.

Mais on ne note pas de plan de communication dédié et spécialisé. Il est vrai que le sujet est rendu plus complexe par la diversité des publics et leur hétérogénéité.

ii) au niveau national

Au niveau national, la communication de la CNAMTS paraît pour l'instant porter principalement sur les résultats de la lutte contre la fraude, qui se trouve à cet effet médiatisée (le bilan national fait état de quelque 400 articles parus dans la presse à ce sujet). Ce message semble cependant principalement destiné à convaincre les décideurs politiques et administratifs de l'implication et de la mobilisation de la branche. Certes, au-delà du discours direct, on pourrait soutenir qu'indirectement un message est adressé aux fraudeurs ; mais une telle stratégie indirecte est peu efficace. Comme en matière de sécurité routière, après de nombreuses années de sensibilisation, il serait sans doute temps d'aborder plus directement les problématiques.

Comme pour la branche famille, une telle communication est en projet. Selon le bilan publié à l'automne 2009, un plan national structuré de communication en matière de lutte contre les fraudes, les fautes et les abus devait être élaboré et mis en œuvre en 2009. A fin 2009, cependant, aucune action d'ampleur n'avait été réalisée.

c) La branche retraite

La branche retraite prévoit d'établir un plan de communication sur la lutte contre les fraudes. Mais ce plan prévoit surtout des actions de communication interne ou des insertions dans les supports écrits. Aucune action grand public ne semble programmée.

On constate également, comme dans les autres branches, une communication jusqu'ici surtout « opportuniste », c'est-à-dire ciblée sur les cas de fraudes détectées et donc plutôt défensive (par exemple pour les fraudes « aux carrières longues »).

d) L'absence de démarche intégrée inter-branches et inter-régimes.

Au-delà des observations propres à chaque branche, on relève l'absence de stratégie conjointe. Certes, les « cibles » visées par chacune sont distinctes et il serait contre-productif de chercher à construire une communication sur la notion trop vague de « prestation sociale ».

Une coordination minimale des « messages » et des calendriers pourrait cependant être utile. Elle permettrait peut-être à chaque branche de surmonter plus aisément les réticences qui semblent entraver la mise en œuvre des orientations envisagées.

Un plan national de communication externe contre les fraudes aux prestations, comportant un « socle » national commun devrait être arrêté, puis décliné à moyen terme (deux à trois ans) pour chacune des trois branches prestataires.

2. Le déploiement du contrôle interne a trop peu intégré le risque de fraude

a) Des synergies évidentes entre contrôle interne et lutte contre les fraudes

Le déploiement d'un contrôle interne effectif et efficace constitue pour les organismes de sécurité sociale un enjeu très important, qui va au-delà des seuls risques de fraude : l'ensemble des procédures est analysé, les risques de non qualité étant appréciés et corrigés.

Bien entendu, les liens entre le déploiement des actions de contrôle interne et la lutte contre les fraudes sont évidents. La fraude est l'un des risques pris en considération et les actions générales prévues, même si elles sont dirigées contre tous les risques d'erreurs conduisant ou non à indus, ont évidemment des incidences très positives du point de vue de la prévention des fraudes.

La définition de référentiels de contrôle interne de plus en plus complets et exigeants a donc constitué un moyen d'action jusqu'ici privilégié par les trois branches prestataires du régime général dans leurs efforts de lutte contre la fraude. Il paraît indéniable que la formalisation et l'informatisation des processus ont réduit les erreurs⁷⁸ commises par les OSS dans la gestion des prestations. De même, le développement des outils informatiques a aussi permis, dans un certain nombre de cas, de détecter et de combattre les fraudes.

De manière logique, la cohérence et l'efficacité des actions de lutte contre la fraude souffrent donc des limites qui continuent à marquer la mise en œuvre des actions de contrôle interne dans les organismes et que l'on peut résumer en s'attachant au cas particulier des fraudes, par trois limites :

- une mise en œuvre hétérogène, surtout dans les domaines où la répartition des rôles entre niveaux national et local reste confuse ;
- malgré la volonté de réaliser une « cartographie des risques » et les projets exposés en ce sens, la description et l'appréciation de la gravité des risques, notamment de fraude, sont encore insuffisantes ;
- enfin, le risque de fraude interne paraît, de manière générale, sous-évalué et insuffisamment pris en compte.

78. Même si les chiffrages ont l'effet paradoxal de révéler des erreurs jusque là invisibles. Ainsi le taux d'indus détectés dans la branche famille a crû, alors même que les actions de détection de ces indus se développaient.

b) Un risque d'hétérogénéité dans la mise en œuvre des actions

Des exemples pourraient être donnés pour chaque branche, notamment à partir des observations publiées dans les rapports de certification⁷⁹ des comptes du régime général.

Deux exemples plus détaillés sont ici développés, à partir des observations portées à la connaissance de la seule branche retraite, dans le cadre des vérifications dites « préliminaires », qui portent de manière systématique sur l'état de déploiement du contrôle interne :

- l'un est relatif à la mise en œuvre inégale d'une vigilance renforcée pour les carrières dites « à risque » ;
- l'autre porte sur la mise en place, là encore inégale, des requêtes demandées au plan national.

i) une vigilance inégale selon les CRAM pour les « carrières à risque »

En 1998, la CNAVTS, en sa qualité de caisse régionale pour l'Ile-de-France, a mis en place une procédure, dite « carrière à risque », qui consiste en une confrontation des éléments produits par l'assuré avec les informations dont pourrait disposer la branche grâce à ses bases de données ou par la réalisation d'enquêtes auprès de l'assuré et/ou de tiers (employeur, organisme social). Lorsque les informations communiquées par l'assuré n'ont pas permis d'identifier l'employeur, l'existence de ce dernier est ainsi vérifiée auprès de l'URSSAF.

La procédure « carrière à risque » s'applique dans quatre cas :

- production de documents d'apparence frauduleuse ;
- signalement de fraude ou de tentative de fraude par un autre organisme ;
- trois demandes successives de régularisation de carrière accompagnées de la production de bulletins de salaires ou d'une attestation de l'employeur ;
- dans le cadre d'une régularisation de carrière, conjonction d'une période lacunaire d'au moins 24 mois consécutifs et de la production par l'assuré de bulletins de salaires, d'une attestation de l'employeur ou d'une attestation d'un organisme social.

Avant 2008, l'effectivité de la procédure « carrière à risque » reposait entièrement sur la vigilance des techniciens. En novembre 2008, elle a été renforcée par l'introduction dans l'applicatif de liquidation des pensions, l'Outil retraite, d'un signalement et d'un mécanisme d'inactivation des contrôles obligatoires dans le cadre de l'outil de maîtrise du risque financier (OMRF) au titre des deux derniers critères énumérés ci-dessus : le dossier est alors nécessairement contrôlé par l'agence comptable, appelée ainsi à vérifier la réalisation des enquêtes et le traitement de leurs résultats.

79. Parmi les travaux impliqués par la certification des comptes figure l'évaluation du risque d'anomalies significatives dans les comptes du fait de fraudes, définies par la norme NEP 240 comme des actes intentionnels portant atteinte à l'image fidèle et induisant en erreur l'utilisateur des comptes ou portant sur des détournements d'actifs.

Par ailleurs, les dispositifs de contrôle interne doivent procurer l'assurance raisonnable qu'ils préviennent et détectent les risques d'anomalies significatives de toute nature dans les comptes. A ce titre, en application des normes d'audit, les certificateurs prennent connaissance des dispositifs de contrôle des fraudes aux prestations, en tant que composantes du risque inhérent aux activités des branches de prestation, ou facteurs de risques d'anomalies significatives résultant du non respect de textes légaux et réglementaires.

Les rapporteurs de la Cour ont constaté que la procédure « carrière à risque » est désormais généralisée à l'ensemble des organismes audités, contrairement à 2007 où elle était en cours de montée en charge au sein de la branche. Cependant, des limites au traitement des « carrières à risque » se manifestent :

- les modalités d'organisation sont hétérogènes entre les organismes, ce qui est susceptible d'affecter la bonne application de la procédure. Certains organismes spécialisent des agents, tandis que d'autres laissent le traitement des « carrières à risque » à tout agent (y compris pour les diligences les plus complexes, comme l'analyse des statuts d'une SARL). Certains organismes instaurent une supervision obligatoire et un contrôle a priori obligatoire, d'autres ne prévoient pas de supervision, ni de contrôle systématique lorsque le dossier n'est pas soumis au contrôle par l'OMRF (au titre des deux premiers critères de déclenchement) ;
- on note un manque de fiabilité du suivi statistique, qui interdit toute comparaison entre organismes.

ii) la mise en œuvre des requêtes nationales de prévention des fraudes

L'instruction nationale de la branche retraite sur la fraude (octobre 2006) prévoyait la mise en œuvre de requêtes destinées à identifier des situations potentiellement anormales en matière de paiement des prestations.

La création du DNPLF au sein de la CNAV s'est accompagnée de la diffusion de requêtes nationales (août 2008) et, en principe, d'une clarification du statut des requêtes. Ont un caractère obligatoire sept requêtes correspondant à des situations visées par l'instruction nationale⁸⁰. De manière implicite, les autres requêtes à caractère national ont un caractère facultatif⁸¹.

Il n'est pas demandé aux organismes de la branche de traiter les requêtes diffusées pour tous les cas qu'elles permettent de détecter (y compris, de manière implicite, les requêtes obligatoires). Mais il est recommandé, en fonction du nombre de situations potentiellement anormales, de retenir les situations les plus atypiques (en termes d'âge, de résidence, de nombre de personnes à la même adresse...).

80. 1 - Prestataires + 110 ans en France et à l'étranger (fraude au paiement) ; cette requête est de fait absorbée par deux autres requêtes nationales sur les prestataires de + 100 ans connus pour résider en France ou à l'étranger.

2 - Prestataires domiciliés en France chez un tiers et non titulaires d'un avantage non contributif (fraude au paiement).

3 - Pluralité de prestataires domiciliés en France à une même adresse et non titulaires d'un avantage non contributif (fraude au paiement).

4 - Prestataires domiciliés en France chez un tiers et titulaire d'un avantage non contributif (fraude à la résidence).

5 - Pluralité de prestataires domiciliés en France à une même adresse et titulaires d'un avantage non contributif (fraude à la résidence).

6 - Multiplicité de retraités payés sur un même compte bancaire en France (>2) (fraude à la résidence).

7 - Multiplicité de retraités payés sur un même compte bancaire à l'étranger (>2) (fraude à la résidence).

81. Par exemple, titulaires d'un droit propre avec une majoration pour conjoint lorsque le conjoint a plus de 80 ans et titulaires de l'allocation supplémentaire ou du complément de retraite avec une adresse à l'étranger.

Lors de ses interventions dans les organismes de la branche, la Cour a constaté que les requêtes sont inégalement exploitées. Devant le nombre élevé d'occurrences révélées par les requêtes⁸², une partie des organismes audités n'ont pas mis en place de filtres destinés à cerner les situations potentiellement les plus risquées et à investiguer celles-ci. Compte tenu de la lourdeur d'exploitation des requêtes, seuls des résultats limités étaient disponibles. Dans certains cas, les situations mises en exergue par les requêtes correspondaient à des anomalies dans les fichiers, qui ont été corrigées.

La sécurité accrue attendue du déploiement des référentiels de contrôle interne, qui constituent des progrès indéniables (avec les requêtes ou le ciblage sur les carrières à risque) reste donc encore insuffisante et surtout hétérogène, la mise en œuvre des outils nouveaux étant encore inégale.

Ce qui est vrai dans le réseau réduit des CRAM (moins de 20, tous bénéficiant de la taille critique pour consacrer des moyens importants au contrôle interne) l'est a fortiori dans les deux réseaux, de plus d'une centaine d'organismes, des branches famille et maladie.

iii) des observations confirmées par les contrôles de la Cour sur les comptes 2009

D'une manière générale, les observations faites par la Cour sur les comptes 2009 de la branche retraite confirment la disparité des contrôles effectués, selon les CRAM, même sur des points où les risques de fraudes paraissent avérés.

L'instruction nationale de contrôle de l'agent comptable⁸³ (qui date de fin mars 2009) est ainsi partiellement appliquée, certains items récurrents ne faisant en effet pas l'objet de contrôles tels que préconisés par le niveau national, comme les changements d'adresse vers l'étranger, les changements de coordonnées bancaires, les certificats d'existence, les décès et annulations de décès, etc.

- les changements d'adresse « Etranger » doivent faire l'objet, selon l'instruction de contrôle, d'un contrôle obligatoire a posteriori exhaustif. En pratique, dans les caisses auditées, ils étaient selon les cas :

- pas du tout vérifiés,
- l'objet de contrôles croisés à hauteur de 5 % de la production,
- contrôlés exhaustivement depuis novembre 2009 ;

- les changements de coordonnées bancaires relèvent d'un contrôle obligatoire a priori mis en œuvre par sondage ou de façon exhaustive. Les mêmes modalités de contrôle que pour l'item précédent ont été notées dans les caisses ;

- pour les certificats d'existence, il est demandé aux caisses d'effectuer un contrôle obligatoire a posteriori par sondage : une CRAM ne met en œuvre aucun contrôle, une deuxième a contrôlé 8,3 % des certificats reçus au second semestre 2009. Une troisième n'avait pas instauré de contrôle, mais une supervision à hauteur de 5 % jusqu'à fin août. Une autre contrôle à hauteur de 5 % comme autorisé, mais selon la méthode moins rigoureuse des contrôles croisés. La dernière enfin réalise un contrôle par sondage à hauteur de 25 % ;

82. Par exemple, pluralité de retraités logés dans des logements sociaux ou des maisons de retraite et couples de retraités titulaires des prestations du minimum vieillesse. S'agissant des résidents dans des pays du Maghreb, dont la pratique écrite du français est souvent limitée ou inexistante, pluralité de titulaires de pensions domiciliés auprès d'un écrivain public ou d'un commerçant.

83. Elle précise les conditions du contrôle des opérations de gestion des comptes des prestataires.

- pour les décès est prévu un contrôle a posteriori et par sondage et pour les annulations de décès, un contrôle obligatoire a priori et exhaustif. Une des CRAM auditées n'a effectué pas de contrôle en la matière. Dans une deuxième, jusqu'à fin août 2009, ces deux items n'ont pas fait l'objet de contrôles, mais d'une simple supervision à hauteur de 5 %. Enfin, une autre met en œuvre des contrôles croisés à hauteur de 5 % ;

- les successions doivent être contrôlées de façon obligatoire a priori et par sondage. Pourtant, dans l'une des CRAM, elles n'ont pas été vérifiées mais supervisées à hauteur de 5 % jusqu'à fin août 2009 ;

- les reprises de paiements doivent être contrôlées de façon obligatoire a priori et exhaustivement. Dans une CRAM, elles donnent lieu à des contrôles croisés.

Ces données sont d'ailleurs confirmées par celles présentées lors de la réunion du comité national de prévention et de lutte contre les fraudes, consacrée au bilan des actions pour 2008. Il en ressort en effet que :

- sur les 17 requêtes dites nationales, en 2008, 56 % des caisses avaient exploité les requêtes, 30 % avaient sélectionné des dossiers et 20 % avaient effectué des investigations ;

- sur les 12 requêtes dites « IRMA », 41 % des caisses avaient exploité les requêtes, 20 % avaient sélectionné des dossiers et seulement 10 % avaient effectué des investigations.

Les observations faites, dans le même cadre, pour *la branche famille*, témoignent elles aussi du caractère très variable des contrôles exercés. La Cour a noté ainsi que l'interrogation du fichier national des bénéficiaires du RMI/RSA n'était pas systématique, voire que des doublons signalés aux CAF n'étaient pas exploités. La consultation du fichier de Pôle emploi connaît toujours des défaillances. Les échanges des données entre les CAF et les CPAM gestionnaires des rentes AT et des pensions d'invalidité ne sont pas encadrés par une convention.

c) La démarche de contrôle interne ne se fonde pas encore sur une cartographie des risques

Le déploiement des « pratiques recommandées » (selon la terminologie de la branche vieillesse) ou de « plans de maîtrise socle » (selon celle de la branche maladie) ne s'appuie pas encore sur une cartographie des risques, où serait apprécié le risque de fraudes aux prestations.

i) pour la branche famille

Les critiques les plus vives ont porté sur le contrôle interne de la branche famille, jugé inadapté : selon le rapport de certification pour 2008, les tests de reliquidation nationaux effectués ont montré qu'un peu plus de 20 % seulement des indus ainsi mis en évidence étaient détectés par les contrôles prévus. Selon la Cour, « *le contrôle interne de la branche famille se fonde sur une analyse des risques insuffisante voire inappropriée* »⁸⁴.

Divers progrès sont cependant attendus. Une nouvelle cartographie des risques est en cours de définition. A compter de 2010 (au plus tôt), la CNAF devrait disposer d'un nouveau référentiel des risques, réorganisé à partir d'une analyse des risques effectuée prestation par prestation et à chaque stade de la gestion de toutes les allocations versées. Les règles de mise

84. Rapport de certification des comptes du régime général pour 2008, p. 89.

en œuvre du contrôle interne devraient être harmonisées sur l'ensemble du territoire alors que la pratique actuelle apparaît très variable d'une caisse à l'autre⁸⁵.

ii) pour la branche maladie

La Cour a pris acte des progrès notables dans le contrôle interne de la branche maladie, avec le déploiement progressif des « plans de maîtrise socle ». Mais là encore, on ne peut pas se fonder sur une cartographie d'ensemble des risques. Une des conséquences est que la hiérarchisation des procédures et des contrôles paraît insuffisante, du moins en termes d'enjeux financiers. C'est en particulier le cas pour ce qui concerne le ciblage des interventions des services du contrôle médical⁸⁶.

- La branche consacre des ressources qui peuvent paraître disproportionnées au contrôle des IJ maladie, qui représentent moins de 5 % des dépenses, alors que leur contrôle accapare entre 20 % et 30 % de la capacité des médecins conseils⁸⁷. Certes, un tel ciblage traduit la priorité affirmée par les pouvoirs publics sur ce thème qui a fait l'objet au cours des dernières années de plusieurs mesures législatives, destinées à favoriser le contrôle et à infléchir la progression des dépenses. Il n'est pas certain pour autant que les enjeux les plus efficaces en termes d'économies potentielles soient liés à ces prestations.

En outre, au sein des seules IJ, plutôt qu'un contrôle systématique des indemnisations supérieures à une certaine durée, il semblerait préférable de distinguer selon les affections alléguées en concentrant les contrôles approfondis sur celles qui présentent des difficultés de diagnostic (comme les lombalgies ou les dépressions, dont les symptômes sont plus difficiles à caractériser).

- La branche focalise ainsi l'action de répression sur les prestations en espèces versées aux assurés, alors que le risque principal, en termes d'enjeux, paraît lié aux comportements des professionnels de santé et qu'au surplus l'arsenal répressif en matière d'IJ est limité puisque l'on ne remet pas en cause le diagnostic initial et que le médecin prescripteur ne peut être attrait en responsabilité.

- Dernier exemple, qui met en évidence les insuffisances de ciblage des contrôles, en fonction d'une évaluation ex ante des risques et notamment des risques de fraude, le volet national du plan comporte un thème consacré au contrôle de la T2A qui a permis de mettre à jour des fraudes ou des abus relativement significatifs, puisqu'ils représentent plus du tiers des résultats affichés. Mais le choix des établissements contrôlés ne paraît pas découler d'une analyse suffisante des risques relatifs présentés par les différents établissements.

Le tableau qui suit montre en effet que la « rentabilité » des contrôles, en termes d'indus constatés, se révèle plus forte lorsqu'ils portent sur des établissements privés :

85. Rapport MECSS, p.22.

86. Voir RALFSS de 2009, l'insertion sur le contrôle médical, page 215 et suivantes.

87. L'absence de ciblage des interventions du service de contrôle médical a été soulignée dans le RALFSS 2009.

Tableau n° 9 : Taux de contrôle et taux de fraude dans les établissements en T2A

	Etablissements publics	Etablissements privés
Part dans les établissements pratiquant la T2A	48,52%	51,48%
Part dans les établissements contrôlés en 2006	45,03%	54,97%
Part dans les établissements contrôlés en 2007	48,34%	51,66%
Part dans les indus notifiés en 2007	19,68%	80,32%

Source : Cour des comptes, données CNAMTS,

Certes, le poids relatif des établissements publics dans les dépenses hospitalières⁸⁸ (près de 33 Md€ en 2008 pour les dépenses de MCO du secteur public, contre 9,4 Md€ pour les établissements privés⁸⁹) peut justifier une orientation sélective du contrôle, dans les domaines où les effets d'apprentissage et de correction des pratiques sont les plus forts.

Mais on retrouve ici l'ambiguïté des définitions, et donc des actions menées par la CNAMTS, qui ciblent à la fois les abus et les fraudes. Les erreurs de codage sont explicitement visées à l'article L 162-22-18, qui prévoit que des pénalités peuvent être prononcées, en complément de la récupération des indus détectés à l'occasion des contrôles. Il s'agit ici, sinon d'abus, au moins d'erreurs dont la fréquence justifie une sanction qui permet de pallier le caractère partiel des sondages effectués sur les actes tarifés.

Le même article prévoit que des pénalités analogues peuvent être imposées, « *en cas d'absence de réalisation d'une prestation facturée* ». Il s'agit ici clairement de cas de fraudes qui devraient justifier des actions plus énergiques.

Dans un autre domaine, celui de la médecine de ville, l'article L 162-1-14 qui prévoit la possibilité de prononcer des pénalités, mélange de même plusieurs catégories :

- des cas avérés de fraudes, comme « *l'absence de déclaration par les bénéficiaires d'un changement dans leur situation justifiant le service des prestations* », ou « *des agissements visant à obtenir ou faire obtenir par toute fausse déclaration ; manœuvre (...) l'admission à l'aide médicale de l'Etat* », ou encore « *le fait d'organiser ou de participer à une fraude en bande organisée* » ;

- des cas relevant d'abus persistants, comme « *6° une récidive après deux périodes de mise sous entente préalable* », des abus constatés (en matière de prescription d'indemnité journalière) ;

- des situations mixtes, ainsi « *toute inobservation du code de la sécurité sociale, ayant abouti à une demande, une prise en charge ou un versement d'un indu par un organisme local d'assurance maladie* » ;

- enfin des comportements qui relèvent d'obligations de procédure : « *le refus par un professionnel de santé de reporter dans le dossier médical personnel les éléments issus de chaque acte ou consultation* ».

88. En outre, le tableau ci-dessus se rapporte à des exercices pour lesquels la tarification à l'activité s'appliquait de façon progressive aux hôpitaux publics (et ne reflètent donc pas une situation stabilisée ultérieurement). Par ailleurs, les sanctions financières sont prononcées par les directeurs des ARH qui ont, en 2008, notifié un montant inférieur de 48 % par rapport au montant proposé par les unités de contrôle régionales (UCR).

89. Hors MIGAC (voir l'insertion sur le T2A dans le Ralfss de 2009, page 183).

Les versements indus aux établissements de santé du fait d'inobservations des règles de codage peuvent entrer dans cette catégorie. Les contrôles exercés sur les établissements débouchent ainsi sur deux catégories de pénalités, au titre de l'article L. 162-1-14, relatif aux fraudes, ou au titre de l'article L. 162-22-18.

Le ciblage d'une politique anti-fraude conduirait plutôt à affecter les moyens vers les secteurs où les indus frauduleux sont les plus élevés (et peut-être avec des requêtes distinctes). A l'inverse, la prévention des erreurs ou des abus de codage conduit à cibler sur les établissements dont l'activité est la plus importante, pour bénéficier de l'effet d'échelle, et à partir de requêtes ciblées sur des zones où les erreurs sont fréquentes.

La répartition des contrôles (voir le tableau n°9) semble ainsi indiquer que le ciblage ne distingue pas ces deux objectifs. En outre, au moins en 2007, l'objectif de prévention des erreurs semble avoir été privilégié.

iii) la sous-estimation des risques de fraude interne

L'analyse des fraudes détectées a mis en évidence la part parfois prise par des personnels des caisses.

Dans certaines branches, les fraudes réalisées par le moyen de la déclaration de trimestres fictifs, en vue de départs anticipés pour carrières longues, ont impliqué des agents de plusieurs caisses, tantôt complices, tantôt bénéficiaires directs ou indirects (par ascendants).

Face à ces risques, les organismes paraissent insuffisamment armés. Certes, il est en général prévu d'exercer une surveillance particulière sur les mouvements intéressant les comptes des personnels ou sur les remboursements qui leur sont destinés. Mais il conviendrait d'étendre le champ de cette vigilance, aux opérations concernant leurs proches.

En effet, dans trois cas de fraude interne sur les neuf recensés au deuxième trimestre 2007 par la CNAMTS et pour lesquels elle disposait de fiches d'analyse, c'est toujours au profit de proches – père, mère, épouse, compagnon et cousin - que le détournement a été effectué⁹⁰.

iv) l'utilité d'un volet dédié dans le plan de contrôle interne

Les meilleures pratiques en matière de contrôle interne identifient un volet de lutte contre les fraudes, au sein du plan de contrôle interne (PCI). Telle n'est pas la pratique de toutes les branches qui, certes, établissent des plans d'actions contre les fraudes aux prestations, mais parfois encore indépendants des référentiels de contrôle interne.

L'intégration explicite d'un volet « anti-fraudes » dans les plans de contrôle interne (PCI) permettrait d'en renforcer l'efficacité.

C Des efforts de détection et de caractérisation des fraudes à organiser

La prévention des fraudes doit s'accompagner d'une politique efficace de détection des fraudes avérées.

90. On relève également dans le bilan 2008 de la CNAMTS que 7 cas de fraudes internes ont été détectés pour un montant total de préjudice (subie et évité) de 403 000 €. Il s'agit du montant moyen par fraude (+55 000) le plus élevé, toute fraudes confondues.

S'agissant de la capacité des organismes à détecter et à caractériser les fraudes, on a vu que des moyens accrus, informatiques et juridiques, avaient été récemment mis à la disposition des services dans les caisses, ce qui constitue un progrès indéniable. Certains, très médiatisés, sont cependant d'un usage assez rare, telle la faculté nouvelle donnée aux services des CAF d'apprécier les revenus à partir du train de vie⁹¹.

Il serait surtout optimiste d'en déduire que l'ensemble des organismes de base se trouve au niveau requis. L'examen des politiques suivies révèle d'abord que nombre d'informations pertinentes sur les fraudes ou le risque de fraudes restent sans suite, ce qui fait craindre une déperdition analogue pour les nouvelles sources d'informations désormais disponibles (1).

La capacité des agents à traiter des suspicions de fraudes et à les qualifier comme telles est donc une question primordiale, longtemps trop peu étudiée par les caisses nationales (2).

L'animation et l'encadrement par les caisses nationales des travaux menés par les caisses locales en matière de détection des fraudes paraissent enfin encore trop limités.

1. Des signalements laissés sans suites suffisantes

D'une manière générale, peu d'analyses comparatives sont menées sur la pertinence des données disponibles. Plus grave, sans doute, des informations pourtant précieuses restent sous-utilisées ou même non exploitées.

a) L'absence d'examen critique des sources disponibles

La question n'est pas seulement d'obtenir des signalements : on a vu qu'ils se multiplient, grâce aux croisements de fichiers notamment. La question est aussi de la capacité des organismes à les transformer en actions. Le risque est en effet de laisser sans suite, ou sans suite suffisante, des informations pertinentes, faute qu'elles soient suffisamment caractérisées comme frauduleuses.

Contrairement à la Grande-Bretagne, il n'existe pas encore en France d'analyse comparative des mérites respectifs des différentes sources de détection des fraudes (exploitabilité, taux de conversion en fraudes avérées, etc.). Or la transformation d'une information sur une fraude potentielle en constat objectivé, susceptible de fonder une sanction, ne va pas de soi.

Une telle analyse devrait être menée au niveau de chaque caisse nationale. Elle permettrait de prioriser les données les plus utiles, en veillant à ce qu'elles soient utilisées de manière aussi complète que possible. Son principe est décidé, au sein de la branche famille, comme le montre la circulaire précitée sur la maîtrise des risques. Mais aucune synthèse utilisable, à l'attention des CAF, n'est encore disponible.

Or l'enquête de la Cour a mis en évidence nombre de situations, dans lesquelles les signalements étaient soit ignorés, soit sous-utilisés. Deux cas peuvent être distingués :

- dans certains cas, les informations ne sont utilisées qu'incomplètement, ainsi pour les dénonciations dans la branche famille ou pour l'historique des fraudes antérieures, dans les deux branches famille et maladie ;

91. Comme pour les services fiscaux, ce type de disposition permet d'éviter des situations choquantes, mais en nombre très limité puisque seuls sept cas potentiels auraient été repérés par la branche famille. Cette procédure est surtout utile, à titre dissuasif, lors de l'ouverture des droits.

- dans d'autres cas, des données disponibles par lecture directe ou rapprochement de fichiers ne sont pas caractérisées comme relevant de fraudes, malgré l'évidence.

b) Les dénonciations

i) éléments généraux

Les dénonciations soulèvent une double difficulté :

- d'une part, elles ne sont pas toujours exploitables parce que parfois confuses ou infondées ;
- d'autre part, elles posent des problèmes moraux notamment lorsqu'elles sont anonymes.

Mais elles sont une source majeure d'information sur des opérations qui présentent tous les aspects extérieurs de la régularité et que les fraudeurs s'efforcent de rendre indécélables par les systèmes habituels de contrôle. Selon le rapport du National Audit Office⁹² consacré à l'efficacité du Department for Work and Pensions (DWP) dans sa lutte contre la fraude, plus de 240 000 des 450 000 cas de suspicion de fraude sont le produit de dénonciations du public pour le recueil desquelles une ligne téléphonique spéciale gratuite a été mise en place.

En France, les services des impôts, de la douane et de police y ont recours et rémunèrent parfois ceux qui s'y livrent. Selon le rapport d'évaluation réalisé par la DSS en 2006 sur l'implication des OSS dans la lutte contre les fraudes, dans les CPAM, les dénonciations⁹³ sont le deuxième mode de détection de fraudes potentielles avec 18 % des fraudes détectées derrière les contrôles sur pièces qui en représentent 46 %. La situation semble identique dans la branche famille.

Tableau n° 10 : Origine de la détection des fraudes identifiées dans une CAF en 2006

	Total	Dont exploités	Taux d'exploitation	Montant des indus	Part dans le total	Dont montant des indus frauduleux	Part dans le total
Dénonciations anonymes	215	89	41 %	50 383	38 %	20 168	44 %
Dénonciations signées	83	50	60 %	41 677	31 %	4 464	10 %
Signalements des partenaires	42	42	100 %	16 147	12 %	5 841	13 %
Signalements de la branche famille	79	44	56 %	25 195	19 %	15 881	34 %

Source : Cour des comptes

92. Rapport « Progress in tackling benefit fraud », NAO, 2007 page 24.

93. Rapport d'évaluation transversale 2006 « L'implication des OSS dans la lutte contre la fraude », DSS, p. 26.

On relève que :

- si elles sont moins souvent exploitées que les autres sources d'information sur les fraudes, les dénonciations, notamment anonymes, sont particulièrement pertinentes ;
- les dénonciations représentent plus de la moitié des indus frauduleux constatés cette année-là.

ii) *la situation spécifique de la branche famille*

Pourtant, la CNAF avait émis des directives sinon hostiles du moins réticentes à leur exploitation. L'argumentaire confidentiel qui accompagne la charte institutionnelle de contrôle est explicite : « *il paraît souhaitable de ne pas donner suite aux dénonciations de tiers, qu'elles soient anonymes ou non* ». Il convient cependant de relativiser cette décision de principe : aussi la charte mentionne-t-elle restrictivement les faits générateurs du contrôle, sans proscrire explicitement la prise en compte des signalements des tiers.

Cette doctrine a été complétée par la lettre circulaire n° 2001-109 du 2 mai 2001 de la CNAF qui nuance cette affirmation, notamment pour prendre en compte explicitement l'article 40 du code de procédure pénale (qui oblige à donner suite à une information relative à un délit). Il s'agit toujours, cependant, de limiter au maximum l'exploitation des dénonciations. La circulaire invite ainsi les CAF, dans un nombre de cas qui devait « demeurer très réduit », à faire signer par le dénonciateur non anonyme une déclaration insistant abondamment sur les risques de condamnation auxquels il s'expose lui-même, pour dénonciation calomnieuse ou mensongère.

Ces indications se sont traduites par des pratiques variées d'une CAF à l'autre, sans que ces variations résultent des conditions particulières de la lutte contre la fraude dans le ressort de chacune des CAF mais plutôt des convictions éthiques ou idéologiques de leurs directeurs respectifs.

La plus récente circulaire, relative à la maîtrise des risques, annonce cependant une évolution de la position de la CNAF (qui devra être confirmée par une évolution des pratiques dans les caisses locales) : « *la circulaire du 2 mai 2001 prévoyait, d'une part d'attirer l'attention du dénonciateur sur l'importance de son acte et ses suites et, d'autre part de demander confirmation par attestation avec copie de pièce d'identité. Cette procédure qui semble aboutir de plus en plus, en lien sans doute avec la plus grande sensibilisation de l'opinion sur la fraude, apparaît désormais dans le contexte actuel inappropriée, car incitative à ne pas donner suite à la plupart des dénonciations. Dans ces conditions, les dénonciations, quand il s'agit d'une fraude potentielle (ce qui reste souvent difficile à déterminer au seul vu de la dénonciation) seront prises en compte et accompagnées simplement d'une information au dénonciateur (cf. modèle en annexe). En cas de dénonciation anonyme cette information ne peut avoir lieu mais pour autant la dénonciation peut être traitée s'il s'agit d'une dénonciation de fraude.* »

Cette attitude, peut-être désormais révolue, de la branche famille ne se retrouve pas dans les branches retraite et maladie qui, sans avoir éprouvé le besoin d'en encadrer par circulaire les conditions d'exploitation, considèrent la dénonciation comme une des sources d'information sur la fraude. Les pratiques étrangères les plus connues consistent à susciter voire à rémunérer les dénonciations, tout en garantissant l'anonymat voire l'impunité des dénonciateurs.

c) L'absence de bases sur les fraudes passées

Une deuxième source de données s'est révélée également sous-utilisée par les organismes : les informations relatives aux fraudes antérieures.

Les systèmes des OSS enregistrent fort peu d'informations relatives aux fraudes découvertes ; il n'existe pas de bases de données nationales permettant de garder la trace des modes opératoires ni des identités des fraudeurs. Il peut ainsi se produire qu'une personne ayant été convaincue de fraude, voire condamnée au pénal dans le ressort géographique d'une caisse, perpétue cette même fraude dans celui d'une autre, sans que les systèmes d'informations actuels en préviennent le renouvellement.

Ainsi, Mme X, qui est bien connue dans la branche famille depuis sa condamnation à cinq années de prison ferme par le tribunal correctionnel de Melun le 16 mai 2007, avait déjà été condamnée pour des faits comparables par le tribunal correctionnel de Toulouse le 22 décembre 2003. Cela ne l'a pas empêchée de se présenter sous sa véritable identité dans au moins une des CAF auxquelles elle a prétendu être la mère de quintuplés, sans que celle-ci connaisse le précédent ; le montant détourné à l'occasion de cette seconde escroquerie s'élève à 200 000 euros sur 15 CAF différentes.

De même, le docteur Y, qui s'est installé dans le département de l'Essonne en 1990, avait suscité l'étonnement de la CPAM d'Evry, à la fois par son activité très supérieure à celle de tous ses confrères en termes de consultations, de visites, de majorations de nuit et de jours fériés et par l'importance de ses prescriptions d'arrêts de travail. En décembre 1997, il a été condamné pour actes fictifs par le conseil régional de l'ordre des médecins. La récidive des mêmes faits lui a valu la même condamnation de première instance, mais cette fois confirmée en appel en février 2002, accompagnée d'une restitution d'un peu plus de 1 000 euros indûment versés.

Ces multiples procédures n'empêchaient pas le docteur Y de rester particulièrement actif : ses honoraires s'élevaient à 1,4 million d'euros en rythme annuel en 2005 et 2006. Cela aurait pu durer encore longtemps si la police ne l'avait appréhendé en juillet 2006 pour des raisons autres.

Il est encore plus remarquable de constater que lorsqu'il s'est installé en Essonne, ce médecin avait déjà été placé sous mandat de dépôt en 1989 au titre de fraudes commises aux dépens de la CPAM de Charente (actes fictifs, utilisation abusive de l'OBZ), interdit d'exercer 18 mois sur tout le territoire français et 10 ans sur celui de la Charente et condamné ultérieurement à ce titre à 7 mois d'emprisonnement avec sursis en 1998.

Pendant qu'il escroquait la caisse d'Evry, il était donc sous le coup d'une procédure pénale diligentée par celle de Charente, sans que la première en ait connaissance ou en ait tiré les conséquences. Il convient de souligner à ce titre que si les interdictions d'exercer font l'objet d'un fichier centralisé consultable pendant leur déroulement, le Fichier national des professionnels de santé (FNPS), elles ne sont pas archivées : la seule information accessible quand un praticien s'installe dans un endroit est l'absence d'interdiction en vigueur pour lui de délivrer des soins aux assurés sociaux.

D'une manière plus générale, il n'existe dans aucune branche de fichiers des fraudeurs confondus ou des individus soupçonnés de fraude même si quelques OSS ont mis en œuvre des dispositifs locaux d'une légalité parfois incertaine. Mais, à défaut d'un système national, le démenagement géographique garantit aujourd'hui aux fraudeurs une virginité apparente propice au renouvellement de leurs agissements.

Certes, de telles bases sont en projet et sont annoncées, aussi bien par la CNAF que par la CNAMTS. Pour la branche maladie, le développement informatique prévu interviendrait au troisième trimestre 2010.

d) Des données non interprétées

Comme on l'a dit, certaines données paraissent plus indirectes et ne permettent pas de caractériser une fraude de manière aussi immédiate qu'une dénonciation ou un signalement. Les données disponibles paraissent dans certains cas très révélatrices et pourtant ne sont pas utilisées. On peut donner l'exemple des dépassements tarifaires des médecins en secteur 1.

Pour les généralistes du secteur 1, seul le dépassement exceptionnel (DE), c'est-à-dire en raison des exigences particulières du malade, peut être pratiqué.

- Or, si pour près de 87 % des médecins généralistes, l'activité cotée en DE représente moins de 1 % de l'activité globale,
- pour environ 10 000 d'entre eux elle se situe au-delà de ce seuil,
- dont 3 000 pour laquelle elle se situe au-delà de 10 %,
- et pour une trentaine elle dépasse 90 %.

La présomption de fraude paraît évidente dans certains cas, au moins pour ceux qui appliquent un dépassement exceptionnel à 90 % de leurs actes.

Plus largement, il paraît probable que dans la plupart de ces cas, le dépassement tarifé n'est pas justifié et pourrait à certaines conditions être qualifié de fraude (par exemple en cas de récidive dans le recours abusif, après mise en garde, ou en cas de dépassement systématique). Pour estimer ces cas, on pourrait retenir par exemple un seuil de 10 %. Il ne s'agirait pas de prétendre que tous les actes correspondants sont frauduleux mais que cette grandeur constitue à la fois un instrument de ciblage et une approximation raisonnable de la fraude au dépassement en secteur 1 qui, ainsi entendue, concerne 4% des praticiens mais représente environ 60 % des DE versés.

Il serait dès lors éclairant d'analyser les situations des praticiens concernés en procédant par sondage pour ceux qui se situent au-delà de 10 % et exhaustivement pour ceux qui sont au-delà de 90 %.

Or de telles actions ciblées ne sont pas engagées par la CNAMTS, qui n'a pas incité les caisses locales à agir dans ce type de situation⁹⁴. On relève à l'inverse que la circulaire diffusée par la CNAMTS le 25 octobre 2006, pour préciser la portée des nouveaux textes sur les pénalités financières⁹⁵ précise que les professionnels de santé (sauf cas particuliers

94. Pour la période la plus récente, un vide juridique a été introduit, interdisant de sanctionner les écarts constatés au principe du « tact et de la mesure » dans les honoraires. La possibilité de sanction n'avait pas été reconduite dans l'article relatif aux pénalités, issu de la LFSS pour 2009, dans l'attente de la disposition prévue et finalement adoptée dans la loi HPST. En effet, le nouvel article L. 162-1-14-1 dispose que peuvent faire l'objet d'une sanction, prononcée par le directeur de l'organisme local d'assurance maladie, les professionnels de santé qui :

1° Pratiquent une discrimination dans l'accès à la prévention ou aux soins, définie à l'article L. 1110-3 du code de la santé publique ;

2° Exposent les assurés à des dépassements d'honoraires excédant le tact et la mesure ;

3° Exposent les assurés à des dépassements d'honoraires non conformes à la convention dont relève le professionnel de santé (...)

95. Articles L. 162-1-14 et R. 147-6 du code de la sécurité sociale.

limitativement énumérés au 3.2 de cette même instruction), peuvent faire l'objet d'une pénalité mais « uniquement dans le cadre d'un programme thématique national », ce qui revient à limiter la capacité des organismes à réagir face à des données pourtant peu justifiables. En l'absence de ciblage national, dès lors, ces dépassements restent sans suite.

Un deuxième exemple encore plus net de dépassements tarifaires, constitutifs de fraude (ils sont contraires à la réglementation et délibérés) est lié aux dépassements tarifés aux bénéficiaires de la CMU-C par des médecins du secteur 2. Selon les éléments transmis par la CNAMTS, en réponse aux questions posées par la Cour, « 2 660 généralistes avaient facturé au moins un dépassement à un bénéficiaire de la CMU-C sur le premier semestre 2007 ; soit 64% des généralistes de ce secteur ; et 11 529 spécialistes, soit 47 % des spécialistes de ce secteur ». Une analyse plus fine montre que 29 médecins ou encore 32 pédiatres pratiquaient vis-à-vis des bénéficiaires de la CMU-C des dépassements sur au moins 90 % de leurs actes cliniques. A la connaissance de la Cour, aucune sanction n'avait été engagée ni même aucune action n'avait été entreprise contre ces pratiques.

e) Un risque de signalements non exploités : l'exemple des prestations familiales des fonctionnaires

Un exemple un peu ancien, puisqu'il remonte à 2005, est fourni par la branche famille et paraît cependant particulièrement instructif des conséquences potentielles de l'absence de suite, définie au plan national, donnée à des informations pourtant suffisamment caractéristiques de fraudes.

Le transfert aux CAF du service des prestations familiales dues aux agents de l'Etat a révélé en effet une série de doubles paiements d'allocations (de montants certes assez modérés globalement), concernant un nombre important de dossiers. Certains ménages percevaient les mêmes allocations à la fois de l'Etat employeur et d'une CAF. Cependant, la CNAF n'a donné aucune directive en matière d'appréciation de la fraude. Il en est résulté une hétérogénéité des décisions des CAF et une inégalité de traitement des usagers.

La Cour a contrôlé 600 dossiers et a essayé de reconstituer quelles procédures avaient été appliquées aux doubles paiements identifiés, malgré l'impossibilité pour un certain nombre de CAF de retrouver ces informations.

L'enjeu financier global s'est élevé à quelques dizaines de millions d'euros avec une valeur moyenne de l'indu légèrement supérieure à 3 000 euros⁹⁶.

Dans les dossiers examinés, il n'y eut suspicion de fraude par les CAF ou les services administratifs que dans six cas dans lesquels :

- le montant paraissait vraiment trop important pour que l'allocataire pût raisonnablement prétendre l'ignorer ;
- les fonctions assumées par l'agent faisaient douter de sa bonne foi car il encadrait un service de gestion de ressources humaines.

Dans le cas de personnes ayant perçu de mauvaise foi des sommes qu'elles savaient indues, il aurait paru au moins indispensable de tenter de récupérer l'intégralité des montants versés à tort.

96. Il s'agit d'un indu vraisemblablement après prescription c'est-à-dire environ trois fois moindre que l'indu réel. Par ailleurs, les indus ont été bornés par l'historique informatique disponible qui, parfois, ne remontait pas à avant 2002, alors que le versement de certains indus avait commencé en 1994.

Par ailleurs, aucune sanction disciplinaire ni poursuite pénale n'a été engagée même dans les cas les plus scandaleux. La direction générale de l'administration et de la fonction publique (DGAFP) a précisé à la Cour que les ministères ne lui avaient signalé aucun cas de fraude.

Des exemples plus récents confirment ce risque de sous utilisation d'informations là où des suspicions de fraudes pouvaient pourtant en être tirées : ainsi, la mise en place du fichier unique des allocataires a mis en évidence un nombre important de doublons, mais la CNAF signalait en 2009 (à l'intention des caisses de base) que leur exploitation aux fins de sanction des fraudes éventuelles devrait être faite (ce qui sous-entend que tel n'était pas le cas, au moins dans nombre de caisses).

Une situation similaire est liée aux discordances, issues jusqu'en 2008 des croisements de fichiers entre la DGFIP et la CNAF, sur les ressources des allocataires et qui a déjà été évoquée. Un nombre important de déclarations faites aux CAF révélait ainsi des revenus sous-estimés (environ 250 000 par an, selon la CNAF), ce qui a conduit certes au constat d'indus de montant significatif (337 M€ par an selon la circulaire relative à la maîtrise des risques de la CNAF), mais seulement très rarement à la caractérisation de fraudes. D'ailleurs, aucune analyse d'ensemble n'avait été effectuée au niveau national pour examiner la variété des cas et notamment les montants les plus importants, aux fins de ciblage des cas potentiels de fraude. Aucune action spécifique des caisses locales n'était connue du niveau national.

2. Des organisations très hétérogènes et non évaluées

On mesure avec ces exemples que la capacité des organismes locaux à caractériser comme frauduleux des indus dépend à la fois des directives qui leur sont données par les caisses nationales et des moyens humains dont ils disposent.

Lorsqu'une présomption de fraude est identifiée, la plus grosse partie du travail, qui consiste à réunir les éléments de preuve, reste à faire, qu'il s'agisse d'éléments matériels (documents papier, fichiers informatiques, témoignages) ou moraux, car la preuve de la mauvaise foi du suspect est à la fois difficile à rapporter et indispensable pour retenir une qualification susceptible d'être suivie de sanctions. Et cela suppose la maîtrise par les services qui en sont chargés d'un ensemble de techniques qui ne leur sont pas nécessairement familières ou pour lesquelles ils n'ont pas d'appétence particulière: enquête, interrogatoire, respect de procédures précontentieuses strictes, collationnement de preuves. Cela ne demande pas seulement de réaliser d'importants efforts de formation mais aussi de créer les conditions d'une véritable mobilisation. Or ces conditions ne paraissent pas suffisamment réunies, dans nombre d'organismes.

a) Des modes d'organisation des contrôles très hétérogènes

Les méthodes d'investigation ne font l'objet ni de partage d'expérience ou de diffusion de bonnes pratiques ni, le plus souvent, d'encadrement procédural, à l'exception notable de l'action du contrôle médical de l'assurance maladie.

i) les visites à domicile au sein de la branche famille

Alors que les contrôleurs des CAF existent depuis plusieurs décennies, leurs pratiques paraissent encore très variables d'une caisse à l'autre faute de directives nationales pour les encadrer, comme le montre l'exemple des visites à domicile.

La charte du contrôle précise en point 5 : « *En principe, l'allocataire est avisé préalablement par la CAF de toute visite à son domicile d'un contrôleur, et ce quel que soit l'objet du contrôle* ». L'ambiguïté de la charte procède de la contradiction entre le fait que le principe posé s'applique à « toute » visite alors que l'expression « en principe » sous-entend qu'il peut y avoir des exceptions. L'argumentaire joint ne permet pas de lever le doute.

Cette formulation est, à ce point, ambiguë qu'elle a fait l'objet d'une lettre ministérielle (du 25 octobre 2007) relayée par une lettre CNAF du 19 novembre 2007 visant à renverser le principe et à faire de la surprise un élément clef des visites à domicile. De fait, dans les CAF visitées par la Cour, la pratique générale de bon sens – rejoignant l'instruction ministérielle – consiste à prévenir l'allocataire dans la plupart des cas, sauf si le caractère inopiné de la visite permet la constatation d'éléments déterminants de la vie maritale.

Imprécises sur certains points, les directives applicables aux contrôles domiciliaires sont muettes sur d'autres, ce qui donne lieu à d'importantes disparités, même si une forme de normalisation résulte de la définition dans la démarche de maîtrise des risques de 13 faits générateurs applicables aux contrôles sur place.

Tableau n° 11 : Densité et activité des contrôleurs des CAF

	Moyenne	Maximum	Minimum	Ecart type
Quels sont les effectifs de contrôleurs au 31/12/07 en proportion des allocataires de votre CAF (pour 10 000)?	0,53	1,2	0,26	0,17
Combien chacun d'entre eux a-t-il réalisé de visites domiciliaires et/ou de contrôles sur place en 2007?	569	1 162	154	173

Source : questionnaire Cour des comptes

Ces variations importantes sont aussi bien le résultat d'écarts d'efficacité entre contrôleurs, que de conditions de déroulement ou de contexte des contrôles. Il n'est pas possible, en l'état actuel, de faire la part des différents facteurs, ni de mesurer l'efficacité et les résultats des différentes démarches. Ainsi, environ 300 000 contrôles principalement domiciliaires sont effectués chaque année, sans qu'un effort minimal de standardisation ait été accompli et qu'une procédure ait été écrite, concernant la préparation, le déroulement et le compte-rendu de ces contrôles.

Sur ce sujet, comme sur les autres, on l'a vu, la branche n'a pas cherché à confronter la diversité des expériences des caisses locales. Il y aurait pourtant matière à analyse. Ainsi, une CAF a pratiquement renoncé en matière de contrôle de la situation familiale aux visites domiciliaires, qu'elle estime beaucoup moins productives que celles des services fiscaux, municipaux ou scolaires pour l'investigation de situations frauduleuses. Mesurée par les remontées annuelles, sa performance ne paraît pas en pâtir puisque son taux de découverte de fraudes est assez largement supérieur à la moyenne nationale⁹⁷.

97. 18,53 pour 10 000 allocataires sur la période 2000-2006 contre une moyenne nationale de 7,49 (calcul par la Cour sur données CNAF).

On note, cependant, des progrès très récents : la circulaire précitée (ou plutôt son annexe) relative à la maîtrise des risques pour 2009 s'efforce d'encadrer l'activité et les procédures : est ainsi prévue « *une augmentation du nombre de contrôles par agent, en respectant les ratios de 400 à 500* ». Il est souligné que « *d'autres modes de contrôle notamment sur pièces et par échanges locaux ou nationaux peuvent faciliter les contrôles sur place (exemple des nouvelles cibles de contrôle de situation familiale auprès de la DGFIP, de la CPAM) et contribuer à une meilleure efficacité des dits contrôles* ». Enfin, il est indiqué « *que des outils logiciels développés par certains organismes permettent de mieux préparer et d'optimiser les tournées ainsi que de préparer les informations substantielles* » ; ou qu'une « *amélioration de certains outils à disposition des agents de contrôle est en cours : guide de procédure, modélisation du rapport d'enquête, guide d'enquête recensant les différents partenaires détenteurs des informations utiles au contrôle.* ». A la fin de l'année 2009, ces outils n'étaient que très partiellement réalisés.

ii) *la détection des faux papiers dans la branche maladie*

Un exemple plus limité, mais révélateur de pratiques plus larges, peut être cité dans la branche maladie. Lorsqu'elle a testé la mise en place de dispositifs de détection des faux papiers, qui sont couramment utilisés par les services de Pôle emploi, la branche maladie a pris soin de le préciser aux bénéficiaires, qui ont ainsi pu se prémunir pour éviter de se voir confondus.

Elle l'a fait en se fondant sur le devoir d'information qui pèse sur elle en vertu de l'article L 162-1-11 du CSS, auquel elle a ainsi conféré une portée tout à fait inattendue et exorbitante.

Le bilan des contrôles des identités fut en conséquence relativement décevant : une seule fraude à l'identité a été détectée sur 1 672 contrôles réalisés. Le bilan a néanmoins été considéré comme positif « *en termes d'affichage et de valorisation de l'action de l'assurance maladie en externe et en interne... qui peut se mesurer qualitativement par une bonne appréciation de cette expérimentation tant au niveau des assurés que des agents d'accueil* ».

b) La faible spécialisation des moyens alloués

Les caisses nationales se sont donc pour l'instant abstenues d'émettre des instructions ou des directives en ce qui concerne l'organisation de la détection des fraudes. Il en résulte une très grande disparité de situations locales.

En matière d'investigation, ce sont les ressources humaines qui constituent l'essentiel des moyens.

L'analyse des organisations de lutte contre la fraude montre que très peu de personnes ou de structures sont spécialisées dans ce domaine, malgré sa spécificité et la technicité qu'il requiert. Or, l'efficacité des équipes répressives procède de leur spécialisation. Les « référents fraude » qu'on rencontre dans beaucoup d'organismes locaux sont souvent désignés parmi les fondés de pouvoir de l'agent comptable et les responsables du contentieux. Ils n'assurent ces responsabilités qu'à titre partiel et marginal.

Dans la branche famille, la prise en compte de la lutte contre la fraude au niveau des pôles régionaux mutualisés est très inégale et dans les CAF des référents fraudes ont aussi été désignés sans que leurs attributions soient définies. Toutefois, ces caisses sont depuis longtemps pourvues de contrôleurs à temps plein. L'action de ceux-ci, dont les effectifs

globaux n'ont pas évolué depuis les années 50 alors que l'écheveau des prestations s'est beaucoup complexifié, est gouvernée par la charte du contrôle précitée : leur objectif n'est donc pas de lutter contre la fraude mais par priorité de vérifier l'exactitude des droits. Il est, enfin, symptomatique que l'accès à la fonction de contrôleur ne soit soumis à une formation initiale obligatoire et préalable que depuis mars 2008.

c) Une intégration encore insuffisante de l'analyse statistique

Sans être aussi déterminant que la vérification à la source de la régularité des documents, le rapprochement des données statistiques issues des systèmes de gestion des prestations et des données collectées par ailleurs permet parfois de mettre en lumière des incohérences ou des atypies qui sont autant de suspicions de fraude. Bien entendu, ces éléments doivent ensuite être confirmés par des contrôles ciblés et renforcés, destinés à expliquer les anomalies apparentes.

Même si des travaux de plus en plus nombreux sont conduits, des marges de progression paraissent encore significatives pour chacune des branches, comme le montrent les exemples qui suivent.

i) l'exemple du risque de fraude au décès

Pour la branche retraite, le risque de fraude au décès des pensionnés résidant à l'étranger doit faire l'objet d'une surveillance appropriée. En France, ce risque est considéré comme faible puisque l'INSEE collecte les informations relatives aux disparitions et que, depuis 1990, un lien informatique quotidien entre ses services et les CRAM a été établi (il conviendrait du reste qu'un lien semblable soit mis en place entre l'INSEE et les CPAM qui liquident les pensions d'invalidité).

En revanche, pour ce qui concerne les retraités qui résident à l'étranger, les principales sources d'information sont les banques, sur les comptes desquelles les pensions sont très généralement versées, et les attestations de vie. Compte tenu de la réticence des banques à assurer des fonctions de contrôle, un risque de dissimulation des décès ou de déclaration tardive existe. Pour valider cette hypothèse, la Cour a comparé les âges de décès des pensionnés en fonction de leur pays de résidence.

Sur ces bases, elle a retenu un échantillon de cinq pays méditerranéens ayant fourni à la France des contingents importants de travailleurs manuels dans la période qui a suivi la seconde guerre mondiale : l'Algérie, l'Espagne, le Maroc, le Portugal et la Tunisie.

On observe que les pensionnés nés en Algérie meurent plus tardivement que ceux des autres pays de l'échantillon (à l'exception de la France elle-même), sans que ni l'âge de la population pensionnée ni sa structure par sexe ne puisse l'expliquer, au contraire.

La structure par âge des décédés comporte également des anomalies. La part des décès des pensionnés résidant en Algérie survenus après 90 ans et après 100 ans paraît supérieure à celle observée dans les autres pays du Maghreb.

Certes, à elles seules ces atypies ne permettent pas de conclure que des paiements significatifs soient effectués à des personnes décédées résidant en Algérie avant leur décès. Plusieurs indices semblent cependant confirmer l'utilité de contrôles renforcés :

- selon le bilan des actions contre la fraude pour 2007, une fraude documentaire a été découverte par la CRAM du Nord-Est, constituée par la production de faux actes d'état civil algérien, pour 8 prestataires sur 111 domiciliés à Merouana, en réalité

décédés. D'autres pensions, versées par la CNAV, domiciliées à la même adresse, n'auraient cependant pas révélé de fraude⁹⁸.

- Selon la DSS, le nombre de centenaires pensionnés du régime général en Algérie est supérieur à celui de l'ensemble des centenaires recensé dans tout le pays par les services chargés du recensement.

On ne peut cependant, dans ce cas précis, mettre en évidence une absence de travail des services statistiques de la CNAV qui ont au contraire produit des analyses nombreuses et approfondies. En dernier lieu, la CNAV a ainsi mis en évidence un écart difficile à expliquer en particulier entre les espérances de vie des retraités algériens, telles qu'elles ressortent de la base de données issues des paiements, et les données globales issues de l'OMS.

Tableau n° 12 : Comparaison des espérances de vie de l'OMS et de la CNAV

	60	65	70	75	80	85	90	95
France								
Hommes	1,02	1,02	1,02	1,03	1,04	1,06	1,07	1,06
Femmes	1,01	1,01	1,01	1,01	1,02	1,04	1,05	1,01
Maroc								
Hommes	0,91	0,85	0,78	0,74	0,67	0,62	0,57	0,62
Femmes	0,83	0,78	0,73	0,65	0,58	0,50	0,48	0,56
Tunisie								
Hommes	0,88	0,81	0,77	0,72	0,68	0,66	0,68	0,82
Femmes	0,89	0,84	0,80	0,75	0,75	0,65	0,70	0,85
Algérie								
Hommes	0,82	0,78	0,75	0,72	0,69	0,68	0,66	0,64
Femmes	0,84	0,81	0,77	0,72	0,69	0,64	0,60	0,55

Source : CNAV (note n° 2009 060 de juin 2009 de la direction des statistiques et de la prospective)

Clé de lecture : l'espérance de vie à 60 ans des hommes en Algérie (source OMS) est inférieure de 18% à l'espérance de vie à 60 ans des hommes retraités de la CNAV et résidant en Algérie (rapport de 0,82).

Il semble toutefois que les conséquences potentielles en termes de lutte renforcée contre les fraudes n'en aient été tirées que très progressivement et encore partiellement, même si on doit souligner que les moyens d'enquête à l'étranger ont été notablement renforcés, en application de la loi de financement de la sécurité sociale de 2008 et du décret du 5 octobre 2009.

Ces moyens devraient donc être affectés prioritairement aux pays qui font apparaître des anomalies statistiques. Or, on constate que le ciblage des contrôles, tel qu'il vient d'être décidé par la CNAV (où un contrôleur a été chargé d'une mission sur ce point), porte sur la Tunisie, pays qui ne se signale pas particulièrement par une atypie statistique.

98. Des investigations complémentaires, menées par la CNAV pour 39 assurés domiciliés dans cette même commune et pensionnés par la CNAV (IdF) n'ont pas révélé de fraude supplémentaire.

ii) le risque de fraude au taux d'effort pour les allocations de logement

Un dernier exemple est lié aux allocations de logement, versées par la branche famille. La minoration des ressources constitue également une fraude identifiée. Or, le logement est à la fois le premier poste de dépense des ménages et le fondement d'allocations très substantielles. L'analyse du *taux d'effort*, qui mesure la part du revenu consacrée au paiement des loyers ou à celui des remboursements d'emprunts et aux charges dans un revenu constitué des ressources propres du ménage et des allocations diverses qu'il perçoit, peut servir de fondement à un chiffrage.

Si les données communiquées à cet égard par la CNAF ne semblent pas incohérentes avec celles des enquêtes INSEE sur la structure de consommation des ménages, ce qui infirme l'hypothèse d'une fraude de grande ampleur, la situation des ménages ayant les taux d'effort les plus élevés et notamment les 360 000 pour lesquels il dépasserait 70 %, aurait dû susciter des contrôles particuliers. On relève notamment quelque 1 500 personnes qui ont un taux d'effort supérieur à 200 %, dont 1 250 avec aucun autre revenu déclaré que les prestations familiales. Au surplus, ces taux seraient minorés par la prise en compte, réglementaire, de charges locatives calculées forfaitairement qui sont inférieures aux charges réelles.

Bien entendu, il est concevable que certains ménages sans revenus soient aidés par leurs proches. D'autres types d'explications sont recevables. Sans qu'il soit donc question de stigmatiser à l'avance une catégorie statistique, il paraîtrait raisonnable d'en faire un critère possible dans le choix des cibles de contrôle, ce qui n'est pas le cas.

On constate donc, au total, que les techniques de ciblage des contrôles pourraient être affinées, ce qui contribuerait à sécuriser les procédures, là où des risques semblent exister. L'amélioration recherchée des outils de détection des fraudes rejoint ici, logiquement, la démarche de contrôle interne de réduction ou de maîtrise des risques.

D. Récupération et sanctions

Lorsque la dissuasion et la prévention ont échoué et que l'intention frauduleuse a été démontrée, il convient non seulement de récupérer les sommes détournées mais également de faire passer au fraudeur repéré l'envie de recommencer, comme aux fraudeurs potentiels l'envie de l'imiter. C'est pourquoi, au même titre que la détection, la répression de la fraude est un volet indispensable de la politique de lutte contre les fraudes aux prestations.

Comme on l'a vu, plusieurs dispositifs ont été créés récemment, pour graduer les sanctions et mettre à la disposition des services des outils mieux adaptés aux petites fraudes, peu susceptibles de procédures lourdes. Ils permettent en principe de recentrer les procédures pénales (et dans le cas de la branche maladie, ordinale et conventionnelle) sur les cas les plus lourds.

Il est encore tôt pour apprécier la mise en place du système de sanctions ainsi redéfini, même si le nombre des pénalités prononcées augmente. D'ores et déjà, et à partir des données disponibles à fin 2009, on peut cependant constater :

- que la montée en charge réelle de ces nouveaux dispositifs, de récupération des indus, de suspension des prestations ou surtout de pénalités administratives, paraît encore en-deçà des niveaux requis ;

- que les procédures les plus lourdes restent, malgré les efforts réalisés pour leur redonner plus d'efficacité, relativement décevantes.

1. Une récupération insuffisante des indus

Les indus posent plusieurs questions : sont-ils repérés et dès lors traités de manière spécifique ? Ce traitement est-il suffisamment efficace ?

a) Un traitement spécifique trop rarement établi.

i) pour la branche famille

La répugnance susmentionnée des CAF à qualifier de frauduleux des comportements qui le sont se traduit donc par une amélioration seulement apparente des taux de recouvrement, obtenue au préjudice des finances sociales : la précarité apparente des fraudeurs qui hypothèque le recouvrement induit la tentation d'excuser leur conduite et de remettre leurs dettes.

L'évaluation DSS précitée soulignait que : « *Dans la branche Famille, nombreux sont les organismes qui pour des raisons tenant à la situation sociale des allocataires classent la plupart des dossiers en tant que fausse déclaration. Ainsi ce n'est que lorsqu'il y a réellement escroquerie avec usage de faux qu'il y a dépôt de plainte devant la juridiction pénale. Si le principe est l'interdiction des remises de dettes en cas de fraude, certains rapports font néanmoins état de remises de dettes accordées jusqu'à hauteur de 50 % de l'indu, y compris en cas de mauvaise foi avérée ! En tout état de cause, l'importance du montant de l'indu récupérable et les preuves recueillies sont déterminants pour la transmission des dossiers aux juridictions compétentes. La longueur des délais et la pratique récurrente du classement sans suite ont un effet dissuasif* ».

Cette tendance à remettre les indus frauduleux a été favorisée par des directives qui avaient pour effet de les prescrire en deux ans, alors que la prescription de droit commun de cinq ans devrait leur être appliquée. Comme le rappelait encore la circulaire de 2001 sur le traitement des dénonciations : « *par circulaire d'orientation du 21/9/1999 précitée, la CNAF vous demandait d'appliquer la prescription biennale en l'absence de fraude constatée judiciairement, que ce soit par une juridiction pénale, une juridiction civile ou une juridiction administrative* ».

Hors l'intervention d'un juge, qui n'est réservée qu'aux très rares cas de fraudes graves, les indus étaient donc systématiquement prescrits en deux ans et partiellement remis, qu'elle qu'ait pu être la mauvaise foi des allocataires. La lettre circulaire de 2007 ne revient qu'en partie sur cette doctrine laxiste : « *L'existence de pénalités en cas de fraude, pouvant être prononcées en dehors de toute décision judiciaire par le directeur de la Caf, conduit désormais à considérer que la Caf a légalement la possibilité d'apprécier la fraude. En cas de pénalités, la prescription du recouvrement de l'indu pourra être portée au-delà de 2 ans, mais limitée à 3 ans, par assimilation au délai de prescription pénale en matière de délits. En cas de fraude particulièrement grave notamment faux et usage de faux et escroquerie, la prescription trentenaire⁹⁹ peut être appliquée* ».

99. C'est désormais une prescription de cinq ans qui s'applique, depuis la loi n° 2008-561 du 17 juin 2008.

Si les capacités financières des fraudeurs et la gravité de leurs actes constituent des critères pertinents pour la détermination du quantum des sanctions, il n'en va pas de même de la détermination des durées de prescription qui ne dépendent que de la qualification ou non de fraude.

Une définition moins restrictive de la fraude – constituée pour tout indu perçu de mauvaise foi - devrait conduire à réduire l'importance des remises et limiter les prescriptions accélérées. Pour les allocataires en situation sociale difficile, leur récupération pourrait être effectuée par compensation sur prestations futures, à un rythme qui prendrait en compte leurs capacités et dans les limites de l'insaisissabilité, mais sans l'impunité actuelle.

L'instruction de 2009 précitée relative à la maîtrise des risques, tout en annonçant une inflexion, paraît encore trop peu rigoureuse : *« l'interdiction de remise de dette constitue une sanction en soi probablement plus dissuasive et un enjeu financier important dans la mesure où les cas de fraude, essentiellement des fausses déclarations et omissions frauduleuses, peuvent être détectés »*. Une réflexion devra être conduite en 2009 en lien avec le ministère et la DNLF afin de mieux encadrer les conditions légales des remises de dettes, notamment en présence d'indus répétés, conditions qui aujourd'hui se limitent à l'existence d'une situation de précarité, l'absence de fraude et, selon la pratique, l'erreur imputable à l'organisme gestionnaire.

ii) pour la branche retraite

Une situation analogue caractérise la branche retraite, qui n'a que très récemment mis en place un dispositif de suivi, distinguant les indus frauduleux. Jusqu'à fin 2009, un suivi distinct n'était pas possible, ce qui laisse penser que la rigueur dans l'application des règles de prescription n'était pas générale.

D'ailleurs, lors des réunions du comité de prévention et de lutte contre les fraudes, plusieurs référents venus des CRAM avaient signalé cette lacune et demandé des instructions à la caisse nationale. Comme on l'a vu, celles-ci ont été envoyées en mars 2010. Il conviendra donc d'examiner leur mise en œuvre.

b) La récupération des indus

La récupération des ressources soustraites par les fraudeurs, sans constituer une sanction à proprement parler, constitue l'un des objectifs principaux de la lutte contre la fraude. Elle présente par rapport à celle des indus normaux des caractéristiques spécifiques qui la rendent plus délicate : alors que les indus provenant d'erreurs sont mieux répartis sur l'ensemble de la population bénéficiaire des prestations, ceux résultant de fraudes affectent plus fréquemment des personnes percevant des minima sociaux et en situation précaire (plus rarement, le recouvrement est également difficile dans le cas des escrocs qui prennent soin d'organiser leur insolvabilité et en mettent par exemple le produit au nom de comparses ou de conjoints).

Si un certain nombre de mesures législatives ou réglementaires intervenues ces dernières années ont renforcé les moyens de recouvrement dont disposent les OSS, il est encore possible d'améliorer les performances. Or les systèmes d'information des OSS ne permettent pas en l'état de connaître précisément les taux de recouvrement des différentes catégories d'indus.

Certes, la CNAV a pris récemment conscience des enjeux liés à une telle distinction et suivra à compter de 2010 de manière distincte les indus issus de fraudes et les autres indus. Mais les données correspondantes ne sont pas encore disponibles.

Malgré cette lacune des systèmes d'information, les réponses apportées aux questionnaires adressés par la Cour aux OSS fournissent un certain éclairage.

Tableau n° 13 : Taux et modalités de recouvrement des différentes catégories d'indus

		Part des indus nés en 2006 récupérée au 31/12/2007	dont par compensation	Part des indus résultant de fraudes nés en 2006 récupérée au 31/12/2007
CAF	FNPF	83,28 %	64,37 %	36,63 %
	FNAL	80,30 %	53,76 %	
	FNH	84,70 %	54,29 %	
CPAM	Créances sur bénéficiaires	83,26 %	42,55 %	34,48 %
	Créances sur professionnels de santé	88,02 %	36,09 %	47,71 %
	Créances sur fournisseurs	60,44 %	18,42 %	21,02 %

Source : cour des comptes

Les taux de récupération des indus frauduleux sont significativement inférieurs – entre le tiers et la moitié – à ceux des indus généraux. Pour ce qui concerne ces derniers, la compensation entre la créance des OSS et les prestations restant à verser aux fraudeurs constitue une source primordiale de récupération.

Le taux de recouvrement apparent des indus rapproche les encaissements des indus exigibles constatés c'est-à-dire ceux qui n'ont été ni prescrits ni remis. Mais l'amélioration du taux de recouvrement apparent peut ainsi se faire au détriment des finances sociales, si la prescription abrégée ou les remises sont appliquées généreusement.

L'action de l'allocataire pour le paiement des prestations familiales se prescrit en effet par deux ans. Cette prescription est aussi, aux termes de l'article L. 553-1 du code de la sécurité sociale, applicable à l'action intentée par un organisme payeur en recouvrement des prestations indûment payées, sauf en cas de manœuvre frauduleuse ou de fausse déclaration. Dans ces cas, l'action de la caisse est soumise à la prescription de droit commun. Par ailleurs, en principe, les commissions de recours amiable ne prononcent pas de remises en cas de fraude.

En l'état, ces deux règles sont mal respectées, la part des indus qui font l'objet d'un traitement rigoureux étant très inférieure à la proportion des indus d'origine frauduleuse.

2. Une montée en charge encore incomplète des dispositifs alternatifs

a) Des pénalités financières a priori adaptées aux fraudes constatées

Les pénalités financières¹⁰⁰ ont été rendues possibles depuis la loi de 2004 pour la branche maladie. Elles ont été progressivement étendues aux autres branches prestataires, puis assouplies dans leurs procédures et rendues plus efficaces. Le quantum d'amende qui peut être prononcé a été accru et l'appréciation des montants des sanctions est désormais corrélée non plus avec le montant des indus constatés, mais avec la gravité des faits.

Au terme de ces évolutions, ces pénalités paraissent constituer une arme particulièrement adaptée aux fraudes constatées dans le champ des organismes sociaux qui portent sur des montants unitaires assez réduits :

- la procédure est simplifiée et son coût (qui n'a pas été évalué, cependant) paraît en rapport avec le montant des fraudes constatées, souvent faible (en tout cas très inférieur au coût d'une procédure pénale) ;
- la définition des cas qui peuvent être sanctionnés est assez large pour couvrir l'ensemble des situations, notamment l'abstention ou l'omission d'une information sur la modification des droits ;
- ce type de sanction permet une progressivité dans la peine, elle peut suivre d'éventuels avertissements, en cas de doute sur la réalité de la fraude, elle peut être suivie d'une deuxième sanction majorée, en cas de récidive.

b) Une mise en place lente et une application encore restreinte

Pourtant, la mise en place de commissions des sanctions administratives au sein des organismes a été relativement lente. Et le nombre de sanctions administratives décidées reste inférieur à ce qui serait attendu.

- Pour la *branche retraite*, le nombre de sanctions administratives prononcées restait inférieur à celui des plaintes pénales, alors qu'elles devraient constituer la forme de sanction la plus courante parce que peu coûteuse, rapide et directement exercée (on compte en 2008 8 pénalités financières pour cette branche, contre 33 plaintes pénales ; et la situation n'est pas modifiée pour 2009¹⁰¹).

La voie pénale devrait en effet être réservée aux cas les plus graves ou les plus emblématiques, ceux pour lesquels les sanctions administratives sont inadaptées : fraudeurs quasi-professionnels comme ceux cités plus haut – qui s'inventent des quintuplés ou consultent depuis l'étranger – et pour lesquels on souhaite donner un retentissement exemplaire à la condamnation dont ils feront l'objet.

100. La pénalité financière constitue la première étape des sanctions administratives qui comprennent aussi la mise en demeure, la majoration et la contrainte, sur ces pénalités. Par simplification, on considérera dans ce qui suit que les pénalités financières sont seules suivies, en faisant abstraction de ces procédures connexes éventuelles.

101. Selon les responsables de la CNAV, une éventuelle « montée en charge » de cette forme de sanction est possible à partir de 2010, notamment avec le traitement de masse des quelque 1 000 dossiers suspectés de fraudes, dans les demandes de départs pour carrières longues.

- Pour la *branche maladie*, le montant total des pénalités financières notifiées en 2008 s'élève à 623 743 € (307 047 € en 2007) pour 521 dossiers (201 en 2007). On note ainsi une progression, mais très en-deçà des cas de fraudes patentes évoquées supra. Selon la CNAM, un des motifs de cette progression lente est l'instabilité juridique, dans la mesure où les procédures ne peuvent être rétroactives.

Malgré tout, le tableau ci-dessous montre que le nombre de pénalités financières notifiées aux assurés entre 2007 et 2008 a triplé entre 2007 et 2008 et a plus que doublé en ce qui concerne les professionnels de santé.

Tableau n° 14 : Nombre de pénalités notifiées et montant selon l'acteur concerné

Acteurs	2007	2008	Montant moyen 2008
Assurés	108	310	1 515
Prof. Santé	82	200	605
Employeurs	6	8	3 445
Etablissements santé	5	3	1 833
Total	201	521	

Source : CNAMTS

On peut voir dans cette progression l'incidence d'un effort volontariste de la CNAMTS. Ainsi l'indicateur sur les sanctions financières a pour finalité d'encourager la mise en œuvre de l'article L. 162-22-18 du code de la sécurité sociale, dans les hôpitaux, et de répondre aux consignes ministérielles. L'objectif fixé pour 2009 tient par exemple compte du poids de chaque région et donc du nombre d'établissements ciblés pour la campagne T2A 2009. L'objectif national est de 200, le socle de 120. Ainsi pour la région Ile-de-France, un objectif de 32 sanctions est attendu pour un socle de 19. Pour une région de petite taille comme l'Auvergne, ce sont respectivement un objectif de 4 et un socle de 2.

Pourtant, un certain nombre de fraudes portant sur des prestations sociales ne donnent inexplicablement pas lieu à sanctions administratives. Pour ce qui concerne les professionnels de santé, il s'agit notamment du non respect de l'obligation de mentionner sur les documents destinés au contrôle médical les éléments justifiant les arrêts de travail ou les transports qu'ils prescrivent, les conditions de prise en charge prévues lors de l'inscription au remboursement par l'assurance maladie ou l'obligation de délivrer le conditionnement le plus économique compatible avec les prescriptions figurant sur l'ordonnance.

Il n'y a pas de raison valable de soumettre certaines fraudes à des pénalités financières et d'en exonérer d'autres. Il conviendrait donc d'étendre à toutes les fraudes caractérisées l'applicabilité du dispositif de pénalités financières, ce que la loi de financement pour 2009 n'a pas fait.

Pour la *branche famille*, le nombre de sanctions prononcées reste également faible. La CNAF a conscience de la sous utilisation par le réseau des sanctions administratives. La circulaire sur la maîtrise des risques de la branche famille en date du 4 février 2009 indique ainsi que « *l'examen des signalements montre (...) des tendances à utiliser l'avertissement aux lieu et place des sanctions administratives* ».

Elle ajoute que « *cette sanction symbolique non financière se conçoit parfaitement face à certaines situations financières difficiles* » mais que, « *sauf à démontrer son efficacité et son caractère préventif, elle ne doit toutefois pas devenir la règle* ».

La caisse nationale devait donc réaliser un diagnostic afin de remédier à la lourdeur de la procédure de sanction et à son formalisme.

On constate d'ailleurs pour cette même branche que d'autres sanctions, alternatives aux voies pénales, sont restées également très peu pratiquées. La LFSS pour 2008 avait en effet instauré de nouvelles sanctions pour la branche famille :

- l'extension des pénalités à l'ALS (allocation de logement à caractère social), à l'APL (aide personnalisée au logement), à l'AAH (allocation aux adultes handicapés). Le barème applicable est celui prévu en cas de fraude aux prestations familiales ;

- la suspension des aides au logement, pendant une durée maximale d'une année, prononcée par le directeur de l'organisme selon la même procédure que pour les pénalités (d'abord prévue à titre expérimental, cette deuxième sanction, a été prorogée jusqu'en 2010 par la LFSS 2010).

Or ces sanctions restent également très peu développées.

c) De nouvelles adaptations du droit ou la nécessité d'une mise en œuvre volontariste

On peut, bien entendu, envisager de nouvelles adaptations du dispositif :

- ne pas suspendre le recouvrement en cas de recours car, autant la solvabilité des OSS est garantie, autant celle des fraudeurs peut s'évanouir au cours de la procédure ; comme en matière fiscale, le débiteur pourrait demander la suspension de la procédure de recouvrement sous condition de présentation d'une caution bancaire ;
- supprimer l'obligation de dépôt de plainte si le préjudice est supérieur à trois fois le plafond de la sécurité sociale ; comme à l'inverse, celle de pénalité minimale qui n'a pas grand sens dès lors qu'il est toujours possible de n'infliger qu'un avertissement ;
- dans le cas de la branche maladie, le renforcement des solidarités financières entre les prescripteurs et leurs patients fraudeurs permettrait également d'améliorer le recouvrement car les premiers sont généralement plus solvables que les seconds. Elle comporterait aussi l'avantage de responsabiliser des praticiens qui peuvent aujourd'hui n'exercer qu'une vigilance insuffisante sur les motivations de leurs patients et qui répugnent à les contrarier.

Un certain nombre de dispositions ont d'ailleurs déjà été prises en ce sens : ainsi, l'article L. 133-4 du CSS prévoit qu'en cas de non respect des règles de tarification ou de facturation, le professionnel ou l'établissement de santé peuvent être contraints au remboursement de l'indu qu'ils ont rendu possible, même s'ils n'en ont pas tiré eux-mêmes le bénéfice direct. Ceci ne concerne pas, en revanche, les règles de prescription qui ont été exclues de cette disposition (à la suite d'un intense lobbying médical) : le non respect des dispositions de l'OBZ ne peut donc, en l'état actuel du droit et malgré l'importance du préjudice pour la sécurité sociale, être imputé au professionnel de santé qui en est le responsable principal.

Pour l'essentiel, cependant, le développement du recours à ces outils nouveaux dépendra de la volonté des organismes à se les approprier. On note d'ailleurs que les sanctions prononcées sont très concentrées sur quelques organismes : les huit sanctions prononcées par la branche retraite en 2008 provenaient ainsi d'une seule CRAM, celle de Montpellier.

On peut dès lors souhaiter que l'usage des sanctions soit encouragé au travers d'objectifs quantitatifs, non pas exprimés en termes absolus, mais plutôt en proportion des fraudes détectées.

3. Des sanctions pénales ou ordinales qui restent trop peu dissuasives

Le dispositif répressif actuel est complexe notamment pour l'assurance maladie. Chaque corps de règles – civiles, pénales, sociales, déontologiques et conventionnelles – est, en effet, doté de son propre régime de sanctions plus ou moins bien adaptées à la lutte contre la fraude.

a) La voie pénale

Comme la fraude se traduit par un préjudice financier, elle peut d'abord être réparée par une action en dommages et intérêts sur le fondement de l'article 1382 du code civil qui vise à obtenir non seulement le remboursement des prestations indûment versées mais également, le cas échéant, celui de tout ou partie des frais engagés par les OSS pour déceler, analyser et réprimer la fraude, voire le préjudice moral. Toutefois, les sommes ainsi obtenues sont en général modestes.

Soit parce qu'ils avaient défini souvent la fraude par référence à des délits pénaux (faux, escroquerie), soit parce qu'il s'agit de la forme de répression a priori la plus sévère, les OSS ont longtemps fait des procédures pénales le vecteur privilégié de leur action répressive. Pourtant les résultats sont assez décevants.

Tableau n° 15 : Sort au 31 décembre 2007 des plaintes pénales déposées par les OSS en 2000 et 2002

		Nb plaintes déposées	Classements	Relaxes ou non-lieu	Au moins une condamnation	En cours	Total
CPAM ¹⁰²	Plaintes déposées en 2000	167	33 %	11 %	50 %	6 %	100 %
	Plaintes déposées en 2002	199	21 %	7 %	40 %	21 %	89 %
CAF	Plaintes déposées en 2000	614	26 %	7 %	42 %	5 %	80 %
	Plaintes déposées en 2002	755	27 %	3 %	42 %	12 %	83 %

Source : questionnaire Cour

Au bout de 5 à 7 années, les OSS n'obtiennent de condamnations de première instance que dans 40 % à 50 % des cas. Ceci n'est pas principalement dû à la faiblesse de leurs causes, puisqu'il y a assez peu de relaxes et de non-lieu mais plutôt à la fréquence des classements

102. Le nombre de procédures pénales et/ou de signalements au Parquet sont en augmentation sur les années les plus récentes : 1 616 en 2006, 1 796 en 2007 et 2 159 en 2008.

opérés par les parquets. Il est assez douteux qu'une meilleure sensibilisation de ceux-ci à la délinquance sociale ait pour effet de modifier sensiblement cet état de choses.

Il est en outre significatif que les OSS n'aient pas été, pour un nombre important de procédures anciennes, en mesure d'en préciser l'état actuel. La sanction pénale est dans la plupart des cas très hypothétique et très lointaine.

b) Les voies ordinale et conventionnelle pour la branche maladie

La faiblesse relative des plaintes pénales déposées par l'assurance maladie en comparaison des actions intentées par la branche famille résulte de l'existence de deux autres voies de droit, la voie ordinale et la voie conventionnelle.

Les professionnels de santé ne sont, en particulier, que rarement attirés devant la juridiction pénale. L'article L. 145-1 précité du CSS dispose, en effet, que les fraudes sont également justiciables de la section des assurances sociales du Conseil de l'ordre des médecins. Celui-ci peut infliger aux professionnels qui s'en rendent coupables des avertissements, des blâmes avec ou sans publication et des interdictions, temporaire ou permanente, avec ou sans sursis, du droit de donner des soins aux assurés sociaux. Cette chambre est composée à parité de représentants des ordres et de la sécurité sociale. Ce contentieux du contrôle technique est distinct du contentieux disciplinaire qui sanctionne les manquements déontologiques.

En fait, les plaintes ordinales pour fraude sont assez rares : elles ne représentaient en 2006 qu'un peu plus de 10 % des fraudes constatées la même année et les sanctions qu'elles infligent sont souvent douces. L'utilisation de cette voie pour réprimer la fraude suscite donc le scepticisme. L'essentiel des fraudes mises à jour commises par les professionnels de santé consiste en la violation des règles de facturation ; autant lorsqu'il s'agit de porter une appréciation sur des actes médicaux ou techniques, il est justifié de prendre l'attache des pairs, autant lorsqu'il s'agit de fraudes à la réglementation, des procédures de droit commun seraient préférables.

Tableau n° 16 : Bilan des saisines ordinales – réponses des CPAM

	Nombre de plaintes déposées	Interdictions temporaires en première instance	Interdictions supérieures à deux mois
Plaintes ordinales déposées en 2000	102	57,84 %	25,49 %
Plaintes ordinales déposées en 2002	200	76,00 %	32,00 %
Plaintes ordinales déposées en 2004	296	69,26 %	35,81 %

Source : questionnaire Cour

Malgré une apparente progression du nombre de saisines, de 2000 à 2004 (non confirmée par la suite, cf infra), la probabilité pour un professionnel de santé fraudeur de se voir infliger par la juridiction ordinale plus que l'obligation d'interrompre son activité pendant deux mois consécutifs est donc inférieure à 1 sur 25.

Les sanctions ordinales devraient donc être réservées à la répression des mauvaises pratiques et de l'insuffisance de la qualité des soins. En revanche, si l'on entend dissuader la violation intentionnelle des règles plutôt qu'interdire d'exercer, il serait plus simple, plus direct et plus efficace d'infliger des pénalités financières.

Les sanctions conventionnelles sont quant à elles relativement rares et d'utilisation peu commode puisqu'elles supposent un avertissement préalable qui aura pour effet de purger la première violation. Il y en eut 420 par an entre 2000 et 2007, tous professionnels de santé confondus, dont une soixantaine de déconventionnements. Seuls les déconventionnements paraissent de nature à dissuader un professionnel de santé de se livrer à une fraude d'ampleur ; mais, exceptionnellement prononcés, ils ne valent de toute façon que pour la convention en cours et l'épuisement des recours permettra le plus souvent à celui qui en est l'objet d'échapper à toute conséquence pratique négative. Seule la perspective d'un déconventionnement excédant au moins la durée de la convention en cours aurait quelque poids.

c) Des progrès récents à confirmer pour la branche maladie

Au total, l'assurance maladie développe une politique répressive variable : qu'il s'agisse de contentieux pénal ou ordinal, elle poursuit rarement les professionnels de santé alors que les assurés y sont plus souvent exposés, sans que le taux de condamnation puisse l'expliquer puisque celui des premiers est assez sensiblement supérieur à celui des assurés : ainsi, en 2006, 109 assurés ont été condamnés pour 300 actions pénales (soit un taux de 36,33 %) alors que 31 professionnels de santé l'ont été pour 44 actions (70,45 %).

Tableau n° 17 : Suites réservées aux fraudes ayant donné lieu à action en 2006

	Assurés	Professionnels de santé	Etablissements de santé	Fournisseurs et transporteurs
Plaintes pénales	29,36 %	5,59 %	2,34 %	16,67 %
Signalements pénaux	31,07 %	0,78 %	0	2,38 %
Plaintes ordinales	NA	10,40 %	NA	NA
Mises en garde	23,35 %	14,95 %	1,56 %	22,62 %
Remboursement de l'indu	26,87 %	77,76 %	98,44 %	69,64 %
Transactions	0,82 %	2,34 %	0	1,79 %

Source : Questionnaire Cour

Un professionnel de santé fraudeur s'expose donc surtout à devoir rembourser la partie du produit de sa fraude qui a été découverte et non prescrite, alors que la poursuite pénale sera principalement dirigée contre les assurés, alors qu'ils ne sont responsables que d'une part minime des fraudes.

Les données plus récentes retracées dans le tableau ci-dessous proviennent non pas des questionnaires adressés directement aux caisses, mais de données centralisées par la CNAMTS (ce qui explique que les données précises ne soient pas comparables). Elles mettent en évidence une augmentation sensible à partir de 2007 du nombre d'actions en général et de plaintes pénales en particulier. Mais le décalage déjà noté persiste : entre 2006 et 2008, les plaintes pénales contre les assurés ont augmenté de 183 % alors que celles dirigées contre les professionnels de santé n'ont augmenté que de 42 %.

Cette impunité relative des professionnels de santé n'est satisfaisante ni en équité, ni en efficacité. Elle correspond autant à une forme de laisser-aller qu'à une politique consciente, visant à éviter une logique de conflit avec les professionnels de santé. Des considérations de cet ordre ne seraient recevables cependant qu'assorties d'une stratégie qui indique clairement à partir de quel niveau ou de quel moment les infractions détectées seront enfin sanctionnées.

Tableau n° 18 : Principales actions engagées par l'Assurance maladie entre 2006 et 2008 en fonction de l'acteur concerné

Assurés Nombre indicatif : 49 000 000 de bénéficiaires	2006	2007	2008
Plaintes pénales	371	985	1 050
Signalements	368	525	583
Mise en garde	192	1 522	2 267
Remboursement indu*	86	1 281	1 970
Transactions*	1	12	17
Professionnels de santé Nombre indicatif : 320 000	2006	2007	2008
Plaintes pénales	86	84	122
Signalements	13	11	15
Plaintes ordinales	161	167	128
mise en garde	231	271	1242
Remboursement indu*	1 026	3 452	6 842
Transactions*	36	38	23
Etablissements Nombre indicatif : 2 000	2006	2007	2008
Plaintes pénales	3	1	5
Mise en garde	2	9	58
Remboursement indu*	126	115	523
Transactions*		3	5
Fournisseurs! transporteurs Nombre indicatif : 45 000	2006	2007	2008
Plaintes pénales	26	51	72
Signalements	4	4	9
Plaintes ordinales		129	
Mise en garde	38	31	153
Remboursement indu*	117	522	713
Transactions*	3	9	25

Source : CNAM

ANNEXE N°1 - LISTE RÉCAPITULATIVE DES RECOMMANDATIONS

RECOMMANDATIONS

1. *En cas de suspicion sérieuse de fraude, les organismes prestataires devraient pouvoir demander plus facilement la présentation de documents originaux, leur permettant de s'assurer de la véracité des informations fournies.*
2. *Sans exclure l'adoption de mesures nouvelles encore éventuellement nécessaires, il appartient aux administrations de tutelle de procéder à une mise à plat de l'ensemble du dispositif législatif et réglementaire désormais constitué, de veiller à la cohérence des dispositions successives et de rechercher une simplification du cadre juridique de la lutte contre la fraude.*
3. *Il conviendrait que la DSS établisse périodiquement un bilan exhaustif de l'ensemble des mesures législatives et réglementaires désormais à la disposition des caisses, en indiquant en regard des textes législatifs les textes réglementaires et les circulaires d'application des tutelles ou des caisses nationales.*
4. *Il conviendrait d'améliorer encore les outils de dialogue entre les caisses nationales, les tutelles et la CNIL afin de mieux sécuriser les procédures applicables et de les simplifier pour les tests sur échantillons.*
5. *Il conviendrait que soit établi, par exemple dans le cadre du rapport annuel de la DNLF, un bilan des traitements automatisés et des croisements de fichiers, faisant apparaître les suites données aux détections nouvelles réalisées.*
6. *L'élaboration d'un programme prévisionnel de mise en place des nouveaux traitements jugés pertinents et prioritaires paraît donc nécessaire et serait en particulier utile pour détailler les traitements prévus dans le cadre d'un projet aussi complexe que le RNCPS et pour déterminer leur ordre de priorité, ainsi que leur éventuelle mise en test sur échantillons.*
7. *Il conviendrait d'inscrire dans les COG des indicateurs de résultats plus ambitieux et de compléter les conventions elles mêmes par des engagements spécifiques, par exemple inclus dans les plans de maîtrise des risques, engagements ensuite déclinés pour les caisses locales.*
8. *Au-delà d'un indicateur fondé sur des données globales, la DNLF devrait progressivement établir un recensement annuel par catégories des agents affectés à la lutte contre la fraude, en particulier des agents assermentés, fondé sur des méthodes aussi comparables que possible selon les branches (et régimes).*
9. *Un montant potentiel des fraudes devrait être estimé, par extrapolation des résultats des caisses les plus actives dans le domaine de la détection des fraudes.*
10. *L'ensemble des branches prestataires, comme l'ensemble des régimes, devraient généraliser les évaluations de la fraude potentielle à partir de vérifications approfondies d'échantillons significatifs de dossiers.*
11. *Les critères élaborés par les caisses nationales des branches famille et retraite qui permettent aux caisses locales de qualifier de manière plus homogène et aisée les fraudes, doivent être diffusés dans les caisses et leur application ensuite suivie. Un effort analogue doit être engagé pour la branche maladie.*

12. Il conviendrait de recenser les domaines pour lesquelles des évolutions législatives ou réglementaires paraissent susceptibles de réduire les possibilités de fraudes liées aux prestations. Le rapport annuel de la DNLF pourrait intégrer des recommandations à cet effet.

13. Un plan de lutte contre la fraude devrait être établi, pour une durée de trois à cinq ans, détaillé par opérateur et donc par branche et régime, puis être évalué de manière formalisée.

14. La DNLF pourrait se voir confier cette double mission d'établir ce plan, après avoir recueilli les avis et les propositions des branches, puis d'évaluer les réalisations constatées..

15. Un tableau de bord simplifié, commun à la DSS et à la DNLF, devrait permettre de définir des objectifs relatifs aux trois phases des actions de lutte contre la fraude.

16. Il conviendrait que chaque caisse nationale « tête de réseau » se dote des outils qui lui permettent de réaliser une analyse critique des actions de lutte contre les fraudes de chaque organisme local et de demander des plans d'actions correctives en cas de carence persistante.

17. Un plan national de communication externe contre les fraudes aux prestations, comportant un « socle » national commun devrait être arrêté, puis décliné à moyen terme (deux à trois ans) pour chacune des trois branches prestataires.

18. L'intégration explicite d'un volet « anti-fraudes » dans les plans de contrôle interne (PCI) permettrait d'en renforcer l'efficacité.
