

LUTTE CONTRE LA FRAUDE SOCIALE ÉTAT DES LIEUX ET ENJEUX

Annexes

Juillet 2024

Table des matières

• Annexe à l'introduction du rapport	4
• Pourquoi lutter contre les fraudes sociales ?	4
• Annexes au chapitre 1 : la fraude sociale : que nous dit le droit ?	6
• Annexe 1 : La lutte contre la fraude sociale : enjeux juridiques.....	6
• Annexe 2 : La taxation des activités illicites en matière fiscale.....	44
• Annexe 3 : Les régimes de pénalités selon les branches	45
• Annexe 4 : Fraudes, fautes, abus dans l'assurance maladie.....	48
• Annexes au chapitre 2 - quels chiffres ? quels résultats ?	50
• Annexe 1 : L'évaluation de la fraude au travers des COG de la branche recouvrement.....	50
• Annexe 2 : Les grandes phases de l'évaluation de la fraude par les organismes de protection sociale	51
• Annexe 3 : Structure des recettes du régime général par assiette économique	56
• Annexe 4 : Le champ couvert par l'évaluation	57
• Annexe 5 : Récapitulatif des études menées sur le marché parallèle du tabac.....	59
• Annexe 6 : Les différentes méthodes d'évaluation de la fraude.....	60
• Annexe 7 : Un exemple de présentation des résultats de la fraude : la présentation de la fraude par le ministère du travail et des pensions anglais.....	66
• Annexe 8 : Détection de la fraude, préjudice subi et évité	68
• Annexe 9 : Détection de la fraude, préjudice subi et évité : quelques ambiguïtés sémantiques	70
• Annexe 10 : Recouvrement des indus frauduleux : des écarts dans les approches entre branches	73
• Annexe 11 : L'évolution des indus frauduleux à la CNAF	74
• Annexe 12 : Cibles cog	76
• Annexes au chapitre 3 – prévenir la fraude : une nécessité démocratique et financière.....	77
• Annexe 1 : Frontaliers suisses.....	77
• Annexe 2 : Tarifs conventionnels des médecins généralistes.....	81
• Annexe 3 : Un exemple de financiarisation : le secteur de la biologie médicale illustré par la CNAM.....	86
• Annexe 4 : Quelques campagnes de communication	89
• Annexe 5 : Verbatims : exemples de fraudes détectées par les assureurs	91

• Annexe 6 : Quelques exemples d'échanges d'information souhaités par les organismes complémentaires	93
• Annexes au chapitre 4 - contrôler pour dissuader : mieux coordonner les efforts	94
• Annexe 1 : Le processus d'octroi du NIR.....	94
• Annexe 2 : Le contrôle des retraites servies à l'étranger dans le plan de lutte contre la fraude de 2023.....	102
• Annexes au chapitre 5 - concilier efficacité de la lutte contre la fraude et non-discrimination	103
• Annexe 1 : Petit glossaire sur les outils d'analyse des données de masse	103
• Annexe 2 : Quelques rappels sur le cadre de la protection des données personnelles.....	105
• Annexe 3 : Quelques rappels sur le cadre de la protection des données personnelles.....	132
• Annexe 4 : Quelques éléments historiques sur le développement du datamining au sein de la protection sociale dans le cadre de la lutte contre la fraude.....	136
• Annexe 4 : L'information sur les algorithmes, des pratiques différentes selon les organismes	141
• Annexes au chapitre 6 - protéger les usagers du service public de la sécurité sociale des risques d'usurpation d'identité	145
• Annexe 1 : Un exemple d'hameçonnage à l'assurance maladie : l'hameçonnage au renouvellement de la carte Vitale	145
• Annexe 2 : L'information sur les risques d'usurpation d'identité effectuée par la CNAM sur son site internet Ameli	149
• Annexe 3 : L'information sur les risques d'usurpation d'identité effectuée par la CNAF sur son site internet caf.fr	150
• Annexe 4 : Un exemple d'information sur les risques d'usurpation d'identité effectué par la CNAV	151
• Annexe 5 : Un exemple d'information sur les risques d'usurpation d'identité effectué par France Travail sur son site internet.....	153
• Annexe 6 : Un exemple d'information sur les risques d'usurpation d'identité effectué par l'URSSAF sur son site internet	155
• Annexe 7 : Exemple de sensibilisation MSA pour les adhérents	157



■ ■ POURQUOI LUTTER CONTRE LES FRAUDES SOCIALES ?

En premier lieu, la fraude peut générer une perte de confiance dans le système : dans un système de solidarité fondé sur une relation dans laquelle les droits découlent d'un certain nombre de devoirs, il est impératif que les devoirs qui s'imposent aux assurés/entreprises soient pleinement respectés : le pacte social peut être mis à mal si les assurés sociaux ou les entreprises ont la perception qu'une autre personne bénéficie d'avantages parce qu'elle ne respecte pas sciemment les règles – et, *a fortiori*, s'ils ont le sentiment que cette attitude n'est pas sanctionnée. Selon un sondage réalisé en 2023, 34% des Français considéraient que trop de gens fraudaient « ce qui est décourageant pour les personnes honnêtes ». Ces chiffres, élevés¹, soulignent une défiance certaine qui peut si l'on n'y prend pas garde, miner le pacte républicain.

En second lieu, la fraude engendre des pertes financières pour les systèmes de protection sociale (ou pour l'Etat ou les conseils départementaux, selon le financeur des prestations). Dans un contexte de fortes tensions budgétaires, éviter, au maximum, la fraude est essentiel. On insistera dans le rapport sur la capacité à éviter la fraude, soit par des mesures préventives, soit par la dissuasion -un effet « peur du gendarme ». En effet, dès lors que la fraude est commise, il est coûteux de la détecter, et souvent difficile de récupérer les montants éludés².

Troisième élément, la fraude sociale peut nuire au bon fonctionnement de l'économie, notamment lorsqu'elle porte sur les cotisations dues par les entreprises et par les travailleurs indépendants : quelqu'un qui ne respecte pas ses obligations, par exemple lorsqu'il dissimule du travail, n'a pas les mêmes charges, les mêmes contraintes économiques que quelqu'un qui respecte le droit ; le bon fonctionnement du marché, la libre concurrence, au sein d'un secteur d'activité, entre secteurs d'activité, nécessite donc de lutter contre la fraude sociale.

Quatrième motif, lutter contre la fraude sociale permet de faire respecter les droits des intéressés : si les revenus ne sont pas déclarés, le salarié ou le travailleur indépendant perd ses droits aux prestations contributives, retraite notamment. Lutter contre la fraude, c'est donc lutter pour les droits sociaux. Au-delà, on constate de plus en plus des fraudes qui visent à usurper l'identité des personnes, notamment les coordonnées bancaires pour capter des avantages auxquels les escrocs n'ont pas

¹ Qui ne concernent pas la seule sécurité sociale. Enquête réalisée par internet sur 1000 personnes, constituant un échantillon national représentatif de la population française âgée de 18 ans et plus), ©Ipsos – Les Français et les impôts.

² Voir chapitre 2.

droit Lutter contre la fraude, c'est aussi préserver leur identité et éviter qu'un retraité, un bénéficiaire d'indemnités journalières maladie ne se voie préempter des droits suite à l'usurpation de son identité.

On peut ajouter à cette liste un cinquième élément strictement juridique : la lutte contre la fraude en matière de protection sociale est un objectif de valeur constitutionnelle³, toute comme la lutte contre la fraude fiscale.

Les objectifs de la lutte contre la fraude

Éviter des pertes financières

Objectif budgétaire dans un contexte de fortes tensions (recouvrement souvent difficile, mais gains « cachés » avec les fraudes évitées)

Éviter des distorsions économiques et sociales

Garantir les conditions de concurrence, entre secteurs d'activité, au sein d'un même secteur
Éviter la création d'inégalités entre assurés

Garantir les droits des personnes

Spécifique à la sphère sociale
Impact des fraudes aux cotisations sur les droits,

Garantir la confiance dans le système Assurer la cohésion sociale

(en assurant à chacun son juste droit - son juste prélèvement et le juste droit / prélèvement de l'autre)

Assurer l'adhésion au système

³ « En vertu de l'article 34 de la Constitution, il appartient au législateur de fixer les règles concernant les garanties fondamentales accordées aux citoyens pour l'exercice des libertés publiques. Il lui incombe d'assurer la conciliation entre, d'une part, l'objectif de valeur constitutionnelle de lutte contre la fraude en matière de protection sociale et, d'autre part, l'exercice des droits et des libertés constitutionnellement garantis ». Décision n° 2019-789 QPC du 14 juin 2019 ; voir également « En adoptant ces dispositions, le législateur a souhaité prévenir les risques d'abus liés à la prescription d'arrêts de travail injustifiés. Il a ainsi entendu poursuivre l'objectif de valeur constitutionnelle de lutte contre la fraude en matière de protection sociale. » Décision n° 2023-860 DC du 21 décembre 2023- Loi de financement de la sécurité sociale pour 2024.



ANNEXES AU CHAPITRE 1 : LA FRAUDE SOCIALE : QUE NOUS DIT LE DROIT ?

■ ■ ANNEXE 1 : LA LUTTE CONTRE LA FRAUDE SOCIALE : ENJEUX JURIDIQUES

Jean-Luc Matt, maître des
requêtes

Juin 2024

La lutte contre la fraude sociale : enjeux juridiques

La fraude sociale se définit comme l'ensemble des procédés frauduleux conduisant à ne pas respecter volontairement la législation sociale. La lutte contre cette fraude est devenue depuis une vingtaine d'années un des axes forts des politiques publiques en matière sociale. Sous l'effet notamment des contraintes financières de plus en plus fortes pesant sur le système de protection sociale, mais également d'un constat de développement de pratiques de nature frauduleuse sous des formes de plus en plus diverses, les pouvoirs publics ont progressivement défini un ensemble de mesures visant à les prévenir, les contrôler et les sanctionner de la manière la plus efficace, c'est-à-dire dissuasive, possible.

La notion de fraude sociale recouvre de nombreuses hypothèses, tant du côté des recettes que des dépenses du système de protection sociale : fraude aux cotisations sociales (qui concerne en particulier la lutte contre le travail dissimulé) d'un côté, fraude aux prestations sociales (sécurité sociale, assurance chômage et aide sociale) de l'autre, ces dernières pouvant être commises non seulement par les assurés mais aussi par des professionnels prestataires, notamment en matière de santé. Aussi pléthore de dispositifs ont-ils été mis en place par le législateur et le pouvoir réglementaire pour tenter de les appréhender tous. Les comportements frauduleux contre lesquels il convient de lutter sont eux-mêmes très variés, tout comme leur degré de gravité : il peut s'agir d'une absence de déclaration de certaines sommes, de la non-information à la suite d'un changement de situation, de la falsification de documents, de l'intervention en bande organisée depuis l'étranger...

Comme l'a jugé le Conseil constitutionnel dans sa décision n° 2004-504 DC du 12 août 2004 concernant la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie qui a créé une pénalité financière en cas de fraude à l'assurance maladie, « les exigences du onzième alinéa du Préambule de la Constitution de 1946, aux termes duquel la Nation « *garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé* », ne sauraient excuser la fraude ou l'inobservation des règles du code de la sécurité sociale ». Dans son rapport de septembre 2020 réalisé à la demande de la commission des affaires sociales

du Sénat, intitulé « Fraudes aux prestations sociales : des progrès trop lents, un changement d'échelle indispensable », la Cour des comptes rappelle également que « la fraude sociale, qu'elle concerne les recettes ou les dépenses, porte atteinte au principe de solidarité et au pacte républicain qui fondent depuis 1945 la sécurité sociale. Lutter contre celle-ci est un impératif d'efficacité économique et de justice sociale ».

Afin de permettre aux pouvoirs publics de s'assurer de la pertinence des outils mise en œuvre à ce titre, le Haut Conseil du financement de la protection sociale a été chargé par le Premier ministre « d'approfondir les travaux d'évaluation pour mieux fixer les enjeux et guider l'action ». La présente étude, réalisée dans le cadre d'une mission d'appui du Conseil d'Etat, se donne pour objectif de clarifier les enjeux juridiques liés à la lutte contre la fraude sociale. Après avoir rappelé l'historique de la répression de la fraude sociale, elle analyse les éléments constitutifs de la fraude sociale, tant dans le champ « social » que pénal, avant de rappeler les garanties applicables en cas de sanction, pour conclure sur la nécessité de mieux assurer la lisibilité et accessibilité du droit de la lutte contre la fraude sociale. Elle est complétée par une annexe sur l'utilisation des outils numériques dans le cadre de la lutte contre la fraude sociale.

SOMMAIRE

Introduction : historique de la lutte contre la fraude sociale

1. La répression de la fraude sociale

a) Les éléments constitutifs de la fraude sociale

- *Un indu est une fraude sanctionnable en cas de mauvaise foi, pas en cas d'erreur*
- *La nécessaire démonstration de l'intentionnalité*
- *Une définition juridique transversale de la fraude sociale ne paraît pas nécessaire*

b) La gradation des peines

- *Les sanctions pénales*
- *Les sanctions administratives*

c) L'articulation avec la répression pénale

- *L'application du principe non bis in idem*
- *La participation des agents des organismes de sécurité sociale à la police judiciaire*

2. Les garanties applicables en cas de sanctions

a) La procédure applicable aux pénalités

b) Les règles de prescription

c) La sanction de l'abus de droit

- *Les règles applicables aux cotisations sociales*
- *Quelles règles pour les prestations sociales ?*

Conclusion : lisibilité et accessibilité de la lutte contre la fraude sociale

Introduction : historique des dispositifs de lutte contre la fraude sociale

Dans sa décision n° 2019-789 QPC du 14 juin 2019, concernant le droit de communication exercé par les organismes de sécurité sociale dans le cadre des procédures de contrôle, le Conseil constitutionnel a caractérisé pour la première fois la lutte contre la fraude en matière de protection sociale comme un **objectif de valeur constitutionnelle** (OVC), à l'égal de ce qu'il avait déjà fait pour la lutte contre la fraude fiscale. Le Conseil constitutionnel rattache la lutte contre la fraude de manière générale à la sauvegarde de l'ordre public (cf. décision n° 2007-557 DC du 15 novembre 2007), et spécifiquement s'agissant de la lutte contre la fraude et l'évasion fiscales au principe d'égalité devant les charges publiques découlant de l'article 13 de la Déclaration de 1789 (cf. décision n° 99-424 DC du 29 décembre 1999). Cette consécration plus tardive au niveau de la norme suprême de la lutte contre la fraude sociale prend acte de l'importance croissante de cet enjeu, appréhendé par une multiplication des normes législatives en la matière depuis une vingtaine d'années.

Lutter contre la fraude nécessite de mettre en œuvre à la fois des mesures de contrôle pour la détecter et des sanctions pour la réprimer. Pour les organismes de protection sociale, c'est donc aller au-delà de la récupération des sommes indûment versées ou non perçues. Alors qu'ils ont toujours eu pour mission de recouvrer les sommes qui leur sont dues et de s'assurer du montant exact de prestations à verser, en procédant au recouvrement de l'indu lorsqu'une somme qui n'aurait pas dû l'être a été versée à tort, quelle qu'en soit la raison, détecter et réprimer des comportements frauduleux ne correspondait pas à leur mission originelle car une telle action, complémentaire, a une dimension morale qui leur a été progressivement confiée en plus par le législateur. Il convient donc de bien appréhender ce que l'on entend par fraude sociale, qui est un concept non pas seulement matériel mais avec une dimension morale, face à des comportements volontaires.

Par parallélisme avec ce qui existe de longue date en matière de lutte contre la fraude fiscale, il s'agit en effet de **sanctionner des comportements** des assurés, des professionnels ou des entreprises. Dans la jurisprudence du Conseil d'Etat en matière fiscale, les dispositifs de sanction visent en effet à garantir le civisme fiscal : les « *pénalités fiscales (...) présentent le caractère d'une punition tendant à empêcher la réitération des agissements qu'elles visent* » (cf. décision n° 461887 du 9 décembre 2022, *Ministre c/ M. Charreau*), une « majoration » dont est assortie une cotisation supplémentaire d'impôt « *tendant à réprimer le comportement d'un contribuable* » (cf. décision n° 428313 du 29 décembre 2022, *MM. Battes Bosso*). Le Conseil d'Etat l'a aussi jugé s'agissant d'une pénalité administrative en matière sociale « *qui présente le caractère d'une punition tendant à empêcher la réitération des agissements qu'elle vise et n'a pas pour objet la seule réparation pécuniaire d'un préjudice* » (cf. décision n° 188973 du 28 juillet 1999, *GIE Mumm-Perrier-Jouet*). Le Conseil constitutionnel applique la même grille d'analyse pour caractériser une sanction : les principes énoncés à l'article 8 de la Déclaration 1789 ne concernent pas seulement les peines prononcées par les juridictions répressives mais s'étendent à toute sanction ayant le caractère d'une punition (cf. décision n° 82-155 DC du 30 décembre 1982). Des dispositions législatives créant ou modifiant des sanctions de nature

pécuniaire ont pour finalité, non de fournir des ressources à l'Etat, mais de dissuader ou de réprimer les comportements qu'elles sanctionnent. En matière fiscale, de telles dispositions sont de nature à dissuader le contribuable de méconnaître ses obligations fiscales et d'assurer, par suite, un meilleur recouvrement de l'impôt. Il en va de même en matière sociale, quels que soient les discours politiques en la matière : la lutte contre la fraude sociale ne saurait être regardée, d'un point de vue juridique, comme visant à accroître les ressources du système de protection sociale, mais à s'assurer que les comportements des assurés et des entreprises permettent de respecter la norme qui s'impose à eux. Certes un tel respect a nécessairement un effet financier, mais ce n'est pas son objectif principal, qui est un objectif de justice.

Pour atteindre cet objectif de justice sociale, le législateur a donc progressivement développé des mécanismes spécifiques de lutte contre la fraude, complémentaires des actions de contrôle d'assiette des cotisations et de récupération des prestations indûment versées, en instaurant à la fois une répression pénale spécifique et une répression administrative, plus rapide, qui prend pour l'essentiel la forme de pénalités financières.

Les premières initiatives législatives en la matière concernent le droit du travail avant le droit de la protection sociale dont ce dernier est issu, au travers de la lutte contre le travail dissimulé. Le code du travail de 1910 prohibait déjà l'emploi, en toute connaissance de cause, d'un étranger non muni du certificat d'immatriculation, et punissait l'employeur d'une amende contraventionnelle. Erigé en délit en cas de récidive en 1973 puis dès sa première constatation en 1985, il a été étendu à la dissimulation de l'emploi d'un salarié en 1987 et le « travail clandestin » est devenu le « **travail dissimulé** » depuis la loi du 11 mars 1997 relative au renforcement de la lutte contre le travail illégal⁴. Infraction pénale relevant du travail illégal, le travail dissimulé, qui demeure pour l'essentiel régi par les dispositions du code du travail relatives au contrôle de l'application de la législation du travail, a fait l'objet de nombreuses interventions législatives depuis son interdiction résultant d'un décret-loi du 11 octobre 1940. On peut relever en particulier la loi du 31 décembre 1991 renforçant la lutte contre le travail clandestin et la lutte contre l'organisation de l'entrée et du séjour irréguliers d'étrangers en France qui a introduit la responsabilité pénale et à la solidarité financière des donneurs d'ordre, la loi du 2 août 2005 en faveur des PME qui a élargi au travail illégal le refus d'accorder des aides publiques, la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) 2006 qui a instauré des sanctions administratives, la LFSS 2007 visant à améliorer les redressements des cotisations de sécurité sociale en cas de travail dissimulé, les LFSS 2011 et 2012 ayant étendu les cas de dissimulation d'emploi salarié et d'activité et la loi du 10 juillet 2014 visant à lutter contre la concurrence sociale déloyale qui a notamment ouvert aux organisations syndicales le droit d'agir en justice en faveur des travailleurs dissimulés.

Des **incriminations pénales en matière de prestations sociales** ont aussi été prévues par les pouvoirs publics. Ainsi, le décret du 29 novembre 1953 portant réforme des lois d'assistance disposait que « *sans préjudice des poursuites en restitution, quiconque aura frauduleusement perçu ou tenté de percevoir des prestations au titre de l'aide sociale, sera puni des peines*

⁴ Cette modification de terminologie correspond à une volonté du législateur d'éviter toute confusion avec l'immigration clandestine.

prévues à l'article 405 du code pénal », c'est-à-dire le texte incriminant l'escroquerie. La perception frauduleuse des prestations de sécurité sociale a quant à elle été sanctionnée par une amende de 5 000 €.

S'agissant des sanctions administratives en matière sociale, le texte fondateur est la **loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie**, qui a pour la première fois donné aux directeurs des caisses primaires le pouvoir de prononcer des **pénalités financières** à l'encontre des assurés et des professionnels de santé n'ayant pas respecté leurs obligations légales et réglementaires. La **LFSS 2006** a transposé ces pénalités aux branches famille et vieillesse, puis la LFSS 2010 à la branche accidents du travail en cas de non-respect par les employeurs de leurs obligations déclaratives en matière d'accidents du travail et de maladies professionnelles. Ces dispositifs ont été revus depuis presque chaque année en LFSS.

Une rationalisation importante des dispositifs sociaux et pénaux de lutte contre la fraude a été réalisée par le législateur à la suite de la décision n° 2013-328 QPC du 28 juin 2013, par laquelle le Conseil constitutionnel a déclaré contraire à la Constitution l'article L. 135-1 du code de l'action sociale et des familles (CASF) incriminant la perception frauduleuse de prestations d'aide sociale sur le fondement du principe de l'égalité devant la loi pénale. Après avoir rappelé que, si le principe d'égalité devant la loi pénale ne fait pas obstacle à ce qu'une différenciation soit opérée par le législateur entre agissements de nature différente, la loi pénale ne saurait, pour une même infraction, instituer des peines de nature différente, sauf à ce que cette différence soit justifiée par une différence de situation en rapport direct avec l'objet de la loi, le Conseil constitutionnel a constaté que la perception frauduleuse de prestations d'aide sociale était incriminée par plusieurs articles du code de l'action sociale et des familles, du code de la sécurité sociale, du code rural et de la pêche maritime et du code du travail et punie par des peines différentes. Il en a déduit que la différence des peines encourues, « *eu égard à sa nature et à son importance* », méconnaissait le principe d'égalité devant la loi pénale et a censuré, avec application immédiate, l'article L. 135-1 CASF.

Le législateur a alors souhaité rapidement remédier à cette situation. Il a décidé, en **LFSS 2014**, d'harmoniser les dispositions de plus d'une trentaine de dispositions législatives figurant dans six codes différents, de façon à assurer des sanctions applicables identiques pour une même infraction afin de prendre en compte les impacts, en matière de fraude sociale, de la décision du Conseil constitutionnel. Pour cela, il a mis en place un nouveau dispositif d'incrimination des fraudes aux prestations sociales qui s'articule autour de deux articles du code pénal, numérotés 313-2 et 441-6. L'idée est de renforcer l'axe d'incrimination dans le code pénal en s'appuyant sur ces deux articles, de supprimer les doubles - voire triple - incriminations en les transformant le cas échéant en une sanction administrative et de réviser les peines des infractions « satellites » contenues dans le code de la sécurité sociale (CSS), le code du travail et le code rural et de la pêche maritime.

Enfin, la dernière grande étape législative, qui n'avait pas pour objet principal la lutte contre la fraude sociale mais a eu pour effet de clarifier de manière substantielle le droit applicable en la matière, est la **loi du 10 août 2018 pour un Etat au service d'une société de confiance (ESSOC)**. Dans le cadre de l'institution d'un nouveau « droit à l'erreur », le législateur a souhaité permettre aux personnes auxquelles des indus ont été notifiés d'exercer, avant

toute contestation de la décision de l'organisme, un droit de rectification des informations les concernant, dès lors qu'une telle rectification peut avoir une incidence sur le montant de l'indu qui leur a été notifié. L'institution de ce droit a notamment été motivée, dans le champ social, par le fait que, selon un rapport de 2013 de l'Inspection générale des finances et de l'Inspection générale des affaires sociales intitulé « Les indus de la branche famille », 10 % des indus détectés n'en étaient pas au sens réglementaire du terme car ils étaient liés à une mauvaise application des règles et à la non prise en compte de l'ensemble des informations en possession des caisses. Le législateur a donc prévu qu'une personne ayant méconnu pour la première fois une règle applicable à sa situation ou ayant commis une erreur matérielle lors du renseignement de sa situation ne peut pas faire l'objet d'une sanction lorsqu'il l'a fait « de bonne foi ». Les agissements intentionnels (exercice d'un travail dissimulé, actions ayant pour objet de se soustraire aux contrôles notamment) ne sont toutefois pas concernés par ce droit à l'erreur. L'introduction de ce droit dans l'ensemble de la législation applicable en matière sociale, au travers de la notion de bonne foi, permet donc de tracer une frontière enfin claire entre ce qui constitue une fraude et ce qui n'en est pas une.

1. La répression de la fraude sociale

Après le rappel des éléments constitutifs de la fraude sociale, seront détaillées les différentes sanctions applicables et l'articulation entre celles relevant du droit pénal et les sanctions administratives.

a) Les éléments constitutifs de la fraude sociale

La première distinction à opérer d'un point de vue juridique est entre fraude et indu. Même si pour les assurés, devoir rembourser un indu est souvent vécu comme une sanction financière, un indu n'est ni nécessairement le résultat d'une fraude, ni sanctionnable en tant que tel par le droit pénal ou une pénalité administrative. La seconde distinction concerne les différences d'approche entre sanctions pénales et sanctions administratives.

- *Un indu est une fraude sanctionnable en cas de mauvaise foi, pas en cas d'erreur*

L'indu correspond à un versement de prestations effectué par un organisme à destination d'un allocataire qui ne devait pas en bénéficier. L'indu se définit juridiquement comme toute somme d'argent reçue par erreur, quelle que soit la cause de l'erreur, « *ce qui a été reçu sans être dû* » en vertu de l'article 1302 du code civil. Issue du droit romain, la répétition de l'indu (le code civil emploie désormais l'expression de restitution) est une obligation qui ne résulte ni du contrat ni du délit mais qui est inspirée par des considérations d'équité, lesquelles commandent que nul ne s'enrichisse sans cause. Les versements de prestations sociales indûment reçus ou « trop-perçus » doivent donc être récupérés par l'organisme concerné.

La gestion des droits à prestation par les organismes sociaux repose sur des informations qui sont dans la plupart des cas de nature déclarative et qui, en contrepartie, donnent lieu à des contrôles et vérifications *a posteriori* de ces informations. Le renforcement par les caisses de la sécurisation des informations déclarées a eu pour conséquence une meilleure détection des erreurs commises par les allocataires. L'erreur de l'allocataire ou l'oubli de signaler un changement de situation se traduisant par une déclaration tardive ou erronée ou une omission de déclaration de la part de l'allocataire peuvent générer des indus ou des rappels

de prestations. Un indu peut aussi résulter d'une erreur de la caisse, lorsqu'elle a versé une prestation à tort, au regard des textes applicables.

Comme le Défenseur des droits dans son rapport de septembre 2017 sur la fraude aux prestations sociales, la Cour des comptes, dans son rapport précité de septembre 2020 réalisé à la demande de la commission des affaires sociales du Sénat, intitulé « La lutte contre les fraudes aux prestations sociales », appelle « *les organismes sociaux à mieux distinguer les erreurs involontaires des erreurs intentionnelles et à mieux justifier la qualification de ces dernières* ». Cette préoccupation est d'autant plus légitime que, dans un grand nombre de cas, le contrôle opéré par l'organisme social prend la forme d'un questionnaire de ressources ou de situation personnelle adressé à l'allocataire, l'inexactitude de la déclaration initiale, qui sera ultérieurement reprochée à l'intéressé, ne résultant que de ses réponses ultérieures, le caractère sincère, sinon spontané, de celles-ci pouvant laisser planer un doute sur l'intentionnalité de l'omission ou de l'inexactitude déclarative initiale. La situation de l'allocataire est donc fort différente selon que l'indu résulte d'une erreur de l'organisme social ou d'une fraude ou d'une fausse déclaration.

L'introduction du « droit à l'erreur » par la loi ESSOC du 10 août 2018, qui prévoit plusieurs mesures destinées à rénover les relations entre le public et l'administration, a ainsi permis aux personnes à qui des indus ont été notifiés d'exercer un droit de rectification des informations déclarées qui peuvent avoir une influence sur l'indu qui leur a été notifié. L'exercice de ce droit de rectification a été introduit dans les différentes procédures de notification des indus applicables selon les organismes et prestations concernés. La possibilité pour les assurés ou allocataires de prestations sociales de faire valoir, à leur initiative, leurs observations sur les indus qui leur sont notifiés en rectifiant leurs déclarations initiales, s'ils sont de bonne foi, a créé à leur profit un droit nouveau qui s'intercale entre la réception de la notification et la procédure de recours gracieux et qui permet une correction des indus erronés. Dès lors que ce droit à rectification a été reconnu, en cas de bonne foi, il exclut dans une telle configuration de considérer qu'il y a fraude sociale, et toute sanction est impossible.

Il n'est pas certain que les organismes sociaux aient bien pris en compte dans leurs pratiques les implications de ce nouveau droit dans le cadre de leur politique de lutte contre la fraude. Il n'est plus possible de considérer toute altération de la vérité ayant pour effet l'obtention d'une prestation comme une fraude car une simple erreur ou une omission involontaire, même répétée, ne peut pas recevoir une qualification de fraude. Ce risque paraît particulièrement aigu dans le cas d'un formulaire de demande de droit ou de prestation, que le demandeur peut avoir du mal à comprendre et à renseigner correctement. Il n'est pas non plus impossible que le demandeur commette une erreur involontaire dans sa déclaration de situation ou de ressources. Garantir le « droit à l'erreur », c'est en substance le droit pour un assuré de bonne foi de se mettre en conformité avec ses obligations juridiques sans être privé d'une prestation, ni *a fortiori* faire l'objet d'une sanction lorsqu'il a commis une erreur ou une omission dans une déclaration sans intention de frauder.

- *La nécessaire démonstration de l'intentionnalité*

Ce n'est que dans le cas où l'organisme ne renverse pas la présomption de bonne foi au profit de l'assuré, de l'allocataire, de l'entreprise ou du professionnel de santé, qu'une fraude peut être caractérisée, puisqu'on a alors à faire à un comportement de nature frauduleuse qu'il convient de réprimer. Il convient d'apprécier quelle est la portée de la distinction entre les sanctions pénales et les sanctions administratives qui peuvent alors être infligées.

Dans la jurisprudence traditionnelle de la Cour de cassation en matière pénale, il y a trois critères à respecter pour caractériser une fraude : la violation d'une règle, la matérialité et l'intentionnalité. Par un arrêt du 12 novembre 2020 (Civ. 2, n° 19-17749), la Cour a ainsi rappelé la nécessité du critère de matérialité en jugeant que la fausse déclaration de ressources pour bénéficier de la CMU-c n'ayant été précédée, accompagnée ou suivie de l'établissement ou de l'usage d'aucun document faux ou falsifié, les faits commis par l'assuré ne sont pas constitutifs d'une fraude. De même, la Cour de cassation censure les arrêts d'appel qui ont omis de constater le caractère intentionnel d'un manquement de l'allocataire à une obligation déclarative ayant déterminé le paiement des prestations indues (cf. Civ. 2, 3 mars 2011, n° 10-10.347 ; Civ. 2, 18 décembre 2014, n° 13-27.734).

L'article 441-1 du code pénal définit le **faux** comme « *toute altération frauduleuse de la vérité, de nature à causer un préjudice et accomplie par quelque moyen que ce soit, dans un écrit ou tout autre support d'expression de la pensée qui a pour objet ou qui peut avoir pour effet d'établir la preuve d'un droit ou d'un fait ayant des conséquences juridiques* ». L'altération frauduleuse de la vérité n'est ainsi caractérisée que si l'auteur du faux l'a accompli intentionnellement. Il existe deux types d'altération de la vérité. D'une part, il y a faux matériel lorsque c'est le support qui est falsifié : l'écrit ou le support présente alors un défaut d'authenticité qui caractérise de ce seul fait l'altération de la vérité exigée pour la constitution du faux, la particularité du faux matériel étant donc qu'il porte en lui-même la trace de sa falsification, du fait de ce défaut d'authenticité. D'autre part, le faux intellectuel se caractérise par un défaut de véracité, le mensonge atteignant cette fois-ci le contenu de l'écrit et non le support de la pensée, de sorte que cette altération de la vérité ne peut pas être révélée par l'analyse du support mais ne peut résulter que d'autres constatations : le faux intellectuel peut donc être constitué par omission, à la différence du faux matériel qui implique une atteinte à l'authenticité du support qui semble difficilement réalisable par une simple abstention.

L'article 441-6 du code pénal incrimine le fait de **fournir sciemment une fausse déclaration** ou une déclaration incomplète en vue d'obtenir ou de tenter d'obtenir d'une personne publique, d'un organisme de protection sociale ou d'un organisme chargé d'une mission de service public une allocation, une prestation, un paiement ou un avantage indu, délit auquel s'exposent les allocataires de prestations sociales. Des poursuites pénales sur le fondement de ce texte peuvent être diligentées à l'encontre du bénéficiaire de prestations sociales indues. La Cour de cassation exige, pour que l'infraction soit caractérisée, que la déclaration mensongère soit intentionnelle et qu'elle ait pour conséquence le versement de prestations qui ne seraient pas dues si la déclaration avait été exacte. Ainsi, le caractère indu de la prestation ne peut pas se déduire de la seule fausseté de la déclaration (cf. Crim., 16 juin 2004, n° 03-83.255). De même, il convient de démontrer que l'assuré « *avait conscience, au*

vu des informations délivrées par l'organisme public concernant la liste des ressources à déclarer, que des prêts familiaux ou amicaux, réalisés de manière ponctuelle et à charge pour [lui] de les rembourser, devaient être considérés comme des ressources nécessitant leur déclaration, d'autre part, si la totalité des montants perçus était de nature à lui ôter, en tout état de cause, son droit à percevoir le RSA » (cf. Crim., 13 janvier 2021, n° 19-86.982).

Enfin, l'article 313-1 du code pénal incrimine l'**escroquerie**, qui va au-delà du « simple » usage de faux. Ce délit implique en effet l'existence d'une manœuvre frauduleuse, qui consiste à utiliser un montage ou de faux documents accompagnés d'éléments extérieurs leur donnant force et crédit, afin d'obtenir une prestation.

Au-delà de la répression pénale de la fraude sociale, des **sanctions administratives sous forme de pénalités financières** sont aussi juridiquement possibles. Elles permettent aux administrations de faire face plus rapidement à des situations dans lesquelles la réglementation n'a pas été respectée, en évitant les difficultés inhérentes au recours au juge tels que notamment les délais de jugement : le privilège du préalable permet en effet de les rendre immédiatement exécutoires. L'administration fiscale peut ainsi, depuis 1922, établir une amende en vue d'assurer le recouvrement d'une taxe. Dans sa décision n° 88-248 DC du 17 janvier 1989, le Conseil constitutionnel a reconnu que la loi pouvait, sans méconnaître la Constitution, doter un organe administratif de pouvoirs de sanction, à la double condition de l'existence d'un lien entre le régime de sanction et les obligations à faire respecter, d'une part, et de la nécessaire garantie de la protection des droits constitutionnels, d'autre part. Les principes constitutionnels applicables à la matière répressive se rattachent à l'article 8 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen, selon lequel « *la loi ne doit établir que des peines strictement et évidemment nécessaires, et nul ne peut être puni qu'en vertu d'une loi établie et promulguée antérieurement au délit, et légalement appliquée* ». Dans sa décision n° 89-260 DC du 28 juillet 1989, il a aussi précisé qu'une sanction administrative est exclusive de toute privation de liberté.

Ainsi, le **respect des droits de la défense** s'impose en matière de sanctions administratives (cf. Conseil d'Etat, 5 mai 1944, *Dame Veuve Trompier-Gravier* ; Conseil constitutionnel, décision n° 97-389 DC du 22 avril 1997) : le fait que les sanctions soient infligées au terme d'une procédure contradictoire permettant à l'intéressé de présenter ses observations et que les décisions de sanction soient motivées permet l'exercice effectif des droits de la défense. Le **principe de nécessité et de proportionnalité des peines** est également applicable en matière de sanctions administratives (cf. Conseil constitutionnel, décision n° 2000-433 DC du 27 juillet 2000) : il implique que la loi ne doit pas autoriser des peines dont l'importance serait disproportionnée au regard de celle de la sanction, les juridictions n'exerçant sur ce point qu'un contrôle de disproportion manifeste (cf. Conseil constitutionnel, décision n° 2009-590 DC du 22 octobre 2009 ; CE, 30 mai 2012, n° 351551, *Société Vera*). Le **principe de la présomption d'innocence** fait obstacle à l'instauration par la loi d'une présomption de culpabilité mais impose qu'une sanction soit prise sur la base de manquements objectifs (cf. Conseil constitutionnel, décision n° 2009-580 DC du 10 juin 2009) ; de ce principe découlent également le principe de **responsabilité personnelle**, qui exclut toute responsabilité du fait d'autrui en matière répressive (cf. CE, avis, 29 octobre 2007, n° 30773, *Société sportive*

professionnelle LOSC Lille Métropole), ainsi que le principe de **personnalité des peines**, en vertu duquel seule la personne responsable doit subir les conséquences de la répression (cf. CE, 22 novembre 2000, n° 207697, *Société Crédit Agricole Indosuez Chevreux*). Le principe de **non-rétroactivité de la loi pénale** d'incrimination plus sévère s'impose également pour une sanction administrative : en matière de pénalités, qui relèvent du droit répressif non pénal, est applicable le texte légal en vigueur au moment de la réalisation des faits ayant conduit à la pénalité, avec pour exception le principe de la rétroactivité *in mitius* de la loi pénale plus douce, qui a aussi valeur constitutionnelle et impose d'appliquer immédiatement, à titre rétroactif donc, un nouveau texte plus favorable à l'intéressé.

Le **principe constitutionnel de légalité des délits et des peines** implique que tant les obligations imposées à peine de sanction que les sanctions elles-mêmes soient clairement et précisément définies. Ce principe connaît toutefois en matière de sanctions administratives une adaptation notable. Pour tenir compte de l'impossibilité de fixer limitativement les obligations impliquées par un régime légal et réglementaire dont des sanctions administratives visent à assurer le respect, le Conseil constitutionnel estime que dans un tel cas, le principe est respecté par la référence aux obligations auxquelles l'administré est soumis en vertu des lois et règlements : *« l'exigence d'une définition des manquements réprimés se trouve satisfaite, en matière administrative, dès lors que les textes applicables font référence aux obligations auxquelles les intéressés sont soumis en raison de l'activité qu'ils exercent, de la profession à laquelle ils appartiennent, de l'institution dont ils relèvent ou de la qualité qu'ils revêtent »* (cf. décision n° 2017-634 QPC du 2 juin 2017). La jurisprudence du Conseil d'Etat est dans le même sens : selon sa décision du 7 juillet 2004, n° 255136, *Ministre de l'intérieur, de la sécurité intérieure et des libertés locales c/ Benkerrou*, *« lorsqu'il est appliqué aux sanctions administratives, le principe de légalité des délits et des peines ne fait pas obstacle à ce que les infractions soient définies par référence aux obligations auxquelles est soumise une personne en raison de l'activité qu'elle exerce, de la profession à laquelle elle appartient ou de l'institution dont elle relève »*. Le Conseil d'Etat en déduit que, lorsqu'il est compétent pour fixer certaines règles d'exercice d'une profession, le pouvoir réglementaire l'est également pour prévoir des sanctions administratives qui, par leur objet et leur nature, sont en rapport avec cette réglementation. En revanche, lorsque la définition des obligations auxquelles est soumis l'exercice d'une activité relève du législateur en application de l'article 34 de la Constitution, il n'appartient qu'à la loi de fixer, le cas échéant, le régime des sanctions administratives dont la méconnaissance de ces obligations peut être assortie et, en particulier, de déterminer tant les sanctions encourues que les éléments constitutifs des infractions que ces sanctions ont pour objet de réprimer (cf. CE, 18 juillet 2008, n° 300304, *FHP*).

Sur le fondement de ce même principe constitutionnel, et comme le précise l'article 121-3 du code pénal qui dispose qu'*« il n'y a point de crime ou de délit sans intention de le commettre »*, le Conseil constitutionnel a jugé que *« s'agissant de crimes et délits, la culpabilité ne saurait résulter de la seule imputabilité matérielle d'actes pénalement sanctionnés ; en conséquence, la définition d'une incrimination, en matière délictuelle, doit inclure, outre l'élément matériel de l'infraction, l'élément moral, intentionnel ou non, de celle-ci »* (cf. décision n° 99-411 DC du 16 juin 1999). Dans ce cadre, le Conseil d'Etat a ainsi défini la fausse

déclaration : il s'agit des « *inexactitudes ou omissions délibérément commises par l'allocataire dans l'exercice de son obligation déclarative* » (cf. 15 juin 2009, n° 320040, Département de la Manche c/ Mme Labbey). Le juge apprécie au cas par cas si l'assuré était ou non de bonne foi, s'il pouvait légitimement ignorer son obligation de déclarer tel ou tel élément ou changement de situation. Plusieurs éléments sont à prendre en considération, selon la méthode du **faisceau d'indices**, ainsi décrite par le Conseil d'Etat dans sa décision n° 400606 du 17 novembre 2017, M. Rodriguez : « *il y a lieu, pour apprécier la condition de bonne foi de l'intéressé, hors les hypothèses où les omissions déclaratives révèlent une volonté manifeste de dissimulation ou, à l'inverse, portent sur des ressources dépourvues d'incidence sur le droit de l'intéressé au RSA ou sur son montant, de tenir compte de la nature des ressources ainsi omises, de l'information reçue et de la présentation du formulaire de déclaration des ressources, du caractère réitéré ou non de l'omission, des justifications données par l'intéressé ainsi que de toute autre circonstance de nature à établir que l'allocataire pouvait de bonne foi ignorer qu'il était tenu de déclarer les ressources omises. A cet égard, si l'allocataire a pu légitimement, notamment eu égard à la nature du revenu en cause et de l'information reçue, ignorer qu'il était tenu de déclarer les ressources omises, la réitération de l'omission ne saurait alors suffire à caractériser une fausse déclaration* ». Il va de soi que, si le manquement s'explique par le caractère peu lisible et intelligible de la règle de droit, on ne peut pas qualifier une déclaration de fausse. L'assuré peut aussi être induit en erreur par l'administration elle-même : le Conseil d'Etat a ainsi écarté la qualification de fraude en présence d'un allocataire qui avait indûment cumulé l'allocation compensatrice tierce personne (ACTP) avec le revenu minimum d'insertion (RMI), dès lors qu'il avait sollicité l'ACTP « *à l'instigation des services de la mairie de sa localité et des services sociaux de la gendarmerie* » et « *qu'il n'est pas établi que l'intéressé ait été personnellement informé par l'administration de l'interdiction du cumul de ces deux avantages, ni qu'il ait cherché à dissimuler qu'il percevait une pension assortie d'une majoration pour aide d'une tierce personne* » (cf. CE, 24 mars 1999, Abbal, n° 182625). Dans ces conditions, le doute doit profiter aux assurés sociaux ou allocataires, en particulier les bénéficiaires de minima sociaux qui, en règle générale, ne sont pas en situation d'être les mieux informés sur leurs droits et obligations.

La loi ESSOC de 2018 a très clairement affirmé, en introduisant explicitement la notion de bonne foi dans l'ensemble de la législation sociale, la nécessité de devoir prouver l'intentionnalité malveillante de l'assuré pour pouvoir le sanctionner. La Cour de cassation a donné toute la portée de ces dispositions en considérant qu'en tant qu'elles introduisent l'exception de bonne foi, elles doivent être regardées comme une loi nouvelle plus douce, immédiatement applicable aux pénalités prononcées après sa date d'entrée en vigueur, pour des faits commis avant cette date (cf. Civ. 2, 2 juin 2022, n° 20-17.440). Par cet arrêt, la Cour de cassation a surtout affirmé que « *la bonne foi étant présumée, il appartient à l'organisme de sécurité sociale d'établir, en cas de contestation, la preuve de la mauvaise foi de l'assuré* ». Elle s'est appuyée pour cela sur les articles L. 123-1 et L. 123-2 du code des relations entre le public et l'administration (CRPA), introduits par la même loi ESSOC et applicables aux organismes de sécurité sociale. Le premier de ces textes énonce : « *Une personne ayant méconnu pour la première fois une règle applicable à sa situation ou ayant commis une erreur matérielle lors du renseignement de sa situation ne peut faire l'objet, de la part de*

l'administration, d'une sanction, pécuniaire ou consistant en la privation de tout ou partie d'une prestation due, si elle a régularisé sa situation de sa propre initiative ou après avoir été invitée à le faire par l'administration dans le délai que celle-ci lui a indiqué. La sanction peut toutefois être prononcée, sans que la personne en cause ne soit invitée à régulariser sa situation, en cas de mauvaise foi ou de fraude ». Le second précise : « *Est de mauvaise foi (...) toute personne ayant délibérément méconnu une règle applicable à sa situation. En cas de contestation, la preuve de la mauvaise foi et de la fraude incombe à l'administration* ». Il appartient donc bien à l'administration, en cas de litige, d'établir la preuve de la mauvaise foi et de la fraude pour appliquer la sanction à celui qui méconnaît, pour la première fois, les règles applicables. Cette interprétation est en tout état de cause conforme au droit commun, en application duquel la bonne foi est présumée (cf. article 2274 du code civil).

Il convient toutefois de signaler une source de confusion, qui peut sans doute expliquer la pratique de certains organismes sociaux, liée à ce que l'on pourrait distinguer comme un « courant jurisprudentiel » qui n'a été abandonné qu'avec l'institutionnalisation par le législateur en 2018 de la notion cardinale de bonne foi pour ouvrir droit à rectification en cas de récupération d'indus. Il a pu amener les parlementaires Carole Grandjean et Nathalie Goulet à mentionner, dans leur rapport remis au Gouvernement en octobre 2019 intitulé « Lutter contre les fraudes aux prestations sociales, un levier de justice sociale pour une juste prestation », que l'article L. 114-17 CSS n'imposerait pas aux organismes des branches famille et vieillesse de rapporter l'intention de frauder pour pouvoir appliquer une pénalité. Elles pouvaient faire référence pour cela à une jurisprudence de la deuxième chambre civile de la Cour de cassation, qui a régulièrement jugé, pendant la décennie 2010, que la pénalité financière encourue n'était pas subordonnée à l'intention frauduleuse de l'assuré (cf. par exemple 10 juillet 2014, n° 13-20.005 ; 28 mai 2020, n° 19-14.010). On trouve aussi cette veine jurisprudentielle dans la jurisprudence administrative : dans sa décision du 7 juin 2010, n° 338531, *Centre hospitalier de Dieppe*, concernant la sanction d'une erreur de codage au titre de la tarification des établissements de santé à l'activité (T2A), le Conseil d'Etat a estimé, de même que l'exigence du caractère intentionnel de l'infraction est inexistante dans le cas des contraventions⁵, que le principe de légalité des délits et des peines n'implique pas que la loi subordonne le prononcé de sanctions administratives à la condition que les manquements revêtent un caractère intentionnel.

Une telle conception objective des incriminations relatives aux sanctions administratives, qui combine l'élément matériel et l'élément moral, doit cependant se combiner avec le principe constitutionnel d'individualisation des peines, également applicable en matière de sanction : si ce principe ne saurait faire obstacle à ce que le législateur fixe des règles assurant une répression effective des infractions ni n'implique que la peine soit exclusivement déterminée en fonction de la personnalité de l'auteur de l'infraction (cf. décision du Conseil constitutionnel n° 2007-554 DC du 9 août 2007), il nécessite qu'une sanction administrative ayant le caractère d'une punition ne puisse être appliquée que « *si l'autorité compétente la*

⁵ En vertu de l'article 131-13 du code pénal, le montant le plus élevé d'une amende en cas de contravention de 5^e classe est de 1 500 €, et 3 000 € en cas de récidive, soit des montants globalement très inférieurs aux différentes pénalités applicables en cas de fraude sociale, de sorte que cet élément de comparaison paraît peu pertinent.

prononce expressément en tenant compte des circonstances propres à chaque espèce » (cf. CE, 7 février 2022, n° 452029, Agence française de lutte contre le dopage). La généralisation de la prise en compte de la bonne foi de l'intéressé par la loi ESSOC consacre cette **obligation d'individualisation de la sanction**, y compris lorsque la loi sanctionne le non-respect de certaines obligations objectives par une présomption de comportement intentionnel, notamment le fait même, pour un employeur, de ne pas déclarer l'embauche d'un salarié. Même dans ce cas, l'absence d'intentionnalité doit pouvoir être prise en compte au titre de l'« excuse de bonne foi ». On trouve la même logique dans la lutte contre la fraude fiscale : lorsque le législateur institue une présomption de fraude sur la base de critères objectifs et rationnels, celle-ci doit pouvoir être renversée par le contribuable qui apporte la preuve que l'opération en cause n'a pas été motivée par un but fiscal. Le principe constitutionnel d'égalité devant les charges publiques fait obstacle aux présomptions irréfragables d'abus et impose qu'une « clause de sauvegarde » permette de la renverser (cf. Conseil constitutionnel, décision n° 2010-88 QPC du 21 janvier 2011 : le Conseil s'est assuré que le contribuable soumis au régime de la taxation forfaitaire d'après le train de vie prévue par l'article 168 CGI pouvait justifier de la « disproportion marquée » présumée par l'administration – cette jurisprudence paraît transposable à l'application de l'article L. 262-41 CASF autorisant l'évaluation forfaitaire du train de vie pour le bénéfice du RSA).

Dans le champ social, cette logique trouve à s'appliquer s'agissant de l'emploi de travailleurs clandestins. Le Conseil d'Etat a ainsi été amené à préciser, dans sa décision n° 408567 du 12 octobre 2018, *SARL Super Coiffeur*, les conditions d'application des contributions qui sanctionnent l'emploi d'un travailleur étranger séjournant irrégulièrement sur le territoire français ou démunie de titre l'autorisant à exercer une activité salariée, sans qu'un élément intentionnel soit nécessaire à la caractérisation du manquement : un employeur ne saurait être sanctionné à ce titre lorsque, d'une part, il s'est acquitté des obligations qui lui incombent en vertu de l'article L. 5221-8 du code du travail (s'assurer auprès des administrations territorialement compétentes de l'existence du titre autorisant l'étranger à exercer une activité salariée en France) et, d'autre part, il n'était pas en mesure de savoir que les documents qui lui étaient présentés revêtaient un caractère frauduleux ou procédaient d'une usurpation d'identité. S'agissant des mêmes contributions, le Conseil d'Etat a complété sa jurisprudence, dans sa décision n° 449684 du 12 avril 2022, *Société Majesty Pizza*, en imposant à l'administration d'« *apprécier, au vu notamment des observations éventuelles de l'employeur, si les faits sont suffisamment établis et, dans l'affirmative, s'ils justifient l'application de cette sanction administrative, au regard de la nature et de la gravité des agissements et des circonstances particulières à la situation de l'intéressé* ». Les organismes de sécurité sociale doivent clairement avoir conscience de ce qu'implique leur office lorsqu'ils infligent des sanctions administratives : ils s'exposent à un risque d'annulation s'ils appliquent automatiquement des sanctions sans examen particulier de chaque situation individuelle.

Une définition juridique transversale de la fraude sociale ne paraît pas nécessaire

Au vu de l'ensemble de ces éléments, l'efficacité comme la sécurité juridique des politiques de lutte contre la fraude aujourd'hui nécessitent-elles de donner une définition légale uniforme de la fraude sociale ? Il s'agissait notamment d'une préconisation du rapport de la

commission d'enquête de l'Assemblée nationale relative à la lutte contre les fraudes aux prestations sociales, publié en septembre 2020 : définir la notion de fraude en droit de la protection sociale afin de renforcer la cohérence du cadre juridique et mieux distinguer les fraudes des erreurs de bonne foi. Comme il vient d'être démontré ci-dessus, depuis que la loi ESSOC de 2018 a clarifié dans la législation l'application de la notion de bonne foi, dès le stade de la récupération des indus, une telle préconisation ne paraît plus s'imposer. Au-delà de comportements qualifiés de frauduleux, il existe également des mesures anti-abus et des dispositifs de réparation pécuniaire ou de majoration automatique visant à garantir l'effectivité des processus déclaratifs et de contrôle que le sens commun rattache également à la lutte contre la fraude sociale, même sans démonstration d'une intentionnalité *a priori*, de sorte qu'il s'agirait d'une complexification supplémentaire pour les organismes sans réelle portée pratique.

Une telle approche serait en tout état de cause illusoire au regard de la diversité des situations en cause, qui doivent chaque fois s'apprécier *in concreto*, au regard d'un faisceau d'indices, avec comme indiqué ci-dessus la « bonne foi » comme boussole. Qui trop embrasse mal étreint, dit l'adage populaire : comment penser qu'une seule définition serait appliquée de manière uniforme par les organismes gestionnaires de toutes les branches de la sécurité sociale, y compris leurs organismes de recouvrement, mais aussi par tous les autres organismes versant des prestations sociales (France Travail pour les allocations chômage ; les départements pour le revenu de solidarité active (RSA), l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et les autres dispositifs d'aide sociale ; l'Etat pour la prime d'activité, l'allocation aux adultes handicapés (AAH) ou les aides au logement) ? Il convient également de ne pas considérer que la liste des « fraudes en matière sociale » mentionnée à l'article L. 114-16-2 CSS pourrait constituer un socle de définition générique de la fraude sociale : cette liste répond seulement à l'obligation, nécessitée par le droit des traitements de données à caractère personnel, d'indiquer précisément les finalités des échanges d'informations autorisés par l'article L. 114-16-1 CSS entre agents de l'Etat et des organismes de protection sociale.

Plutôt qu'à une vaine tentative de définition unique, c'est donc à un réel effort d'unification de l'**interprétation** des textes à appliquer, pour garantir le maximum de sécurité juridique aux assurés, allocataires, entreprises et prestataires, qu'il convient de s'atteler. Un **toiletage** post loi ESSOC de l'ensemble des textes applicables, pour s'assurer de leur cohérence d'ensemble, est aussi nécessaire dans ce sens, mais cela ne doit pas conduire à vouloir introduire une définition générique qui s'appliquerait à toutes les prestations et cotisations sociales.

L'appréhension homogène de la fraude sociale demeure cependant nécessaire d'un point de vue **statistique**, afin de permettre à l'Etat de centraliser, sur la base d'un référentiel commun, les remontées d'informations provenant de l'ensemble des acteurs concernés (tous les organismes de sécurité sociale, les départements, France Travail), tant pour les prestations que pour les cotisations. Une distinction claire entre, d'un côté, les récupérations d'indus, qui ne devraient pas être comptabilisées au titre de la lutte contre la fraude lorsque les indus ne résultent pas d'une fraude, c'est-à-dire en cas d'erreur de bonne foi de l'assuré

ou d'erreur de la caisse, et, de l'autre côté, les pénalités infligées et recouvrées en cas de fraude permettrait de mieux appréhender les phénomènes en cause, une analyse plus fine aboutissant à l'élaboration des solutions les plus appropriées au niveau des politiques publiques à mener en la matière. Ainsi, le document de politique transversale (DPT) annexé au projet de loi de finances et relatif à la lutte contre l'évasion fiscale et la fraude en matière d'impositions de toutes natures et de cotisations sociales gagnerait à définir les sommes qu'il mentionne à ce titre et à être étendu à l'ensemble de la fraude sociale. Il ne développe en effet que deux axes principaux, relatifs à la fraude fiscale et à la fraude douanière, renvoyant en annexe la fraude aux seules cotisations sociales, sans mentionner les prestations sociales. Alors qu'il s'agit pourtant d'un objectif prioritaire de politique publique, et constant depuis une vingtaine d'années, le PLFSS ne comporte étonnamment aucune annexe récapitulative obligatoire relative à la lutte contre l'ensemble de la fraude sociale. Quelques éléments figurent dans les rapports d'évaluation des politiques de sécurité sociale (REPSS) concernant chaque branche et ceux relatifs à la mise en œuvre des conventions d'objectif et de gestion (COG), figurant en vertu de l'article LO 111-4-4 CSS en annexes explicatives jointes au projet de loi d'approbation des comptes de la sécurité sociale (PLACSS). Des éléments de synthèse concernant l'ensemble des administrations publiques (y compris le RSA) figurent certes dans le rapport annuel de la mission interministérielle de coordination anti-fraude (MICAF) mais il n'est pas destiné au débat parlementaire alors qu'il s'agit d'un sujet de vigilance constante de la part du Parlement.

b) La gradation des pénalités

Seront brièvement récapitulées les sanctions pénales et les sanctions administratives applicables en cas de fraude sociale.

- Les sanctions pénales

L'architecture des sanctions pénales en matière de lutte contre la fraude sociale est stabilisée depuis la LFSS 2014, faisant suite à la décision du Conseil constitutionnel n° 2013-328 QPC du 28 juin 2013.

Le mécanisme retenu par le législateur est le suivant : le **délit général de fraude aux prestations sociales** créé à l'article L. 114-13 CSS par la LFSS 2006 a été supprimé pour être intégré au sein de l'article 441-6 du code pénal qui réprimait déjà la fraude administrative. Ce dernier article est donc complété pour créer un nouveau délit qui incrimine le fait de fournir sciemment une fausse déclaration ou une déclaration incomplète en vue d'obtenir ou de tenter d'obtenir, de faire obtenir ou de tenter de faire obtenir d'un organisme de protection sociale une allocation, une prestation, un paiement ou un avantage qui ne sont pas dus. Afin de renforcer en ce sens la rédaction de l'article 441-6 du code pénal, le terme de « prestation » a été ajouté à celui « d'allocation » afin de couvrir tout le champ des prestations sociales. A titre d'exemple, se rend coupable de fraude et fausse déclaration pour obtenir des prestations indues quiconque perçoit des indemnités nécessairement liées à un état de maladie alors qu'il exerce une activité professionnelle effective, salariée ou non (Crim., 10 mars 1999, n° 97-84.995).

C'est cette infraction qui constitue désormais le pilier de la lutte contre la fraude aux prestations sociales. Pour éviter les doubles qualifications, les infractions spécifiques incriminant la fraude par fausse déclaration, déclaration inexacte ou incomplète ont été supprimées lorsque les faits qu'elles concernent sont susceptibles d'être réprimés par le délit général de fraude prévu à l'article 441-6. Dans certains cas, le texte est abrogé (cf. article L. 5429-3 du code du travail relatif à la fraude aux indemnités suite à intempéries) ; dans d'autres il est maintenu mais la sanction pénale a été supprimée, laissant seule la place à la sanction administrative (cf. article L. 583-3 CSS s'agissant de la fourniture des informations nécessaires à l'appréciation des conditions d'ouverture, au maintien des droits et au calcul des prestations) ; enfin, dans un certain nombre de cas, l'infraction pénale spécifique a été maintenue dès lors que son champ ne recouvre pas celui du délit général de fraude aux prestations sociales prévu à l'article 441-6, ainsi de l'infraction qui réprime les agissements d'intermédiaires convaincus d'avoir offert ou fait offrir leurs services moyennant émoluments convenus à l'avance à un assuré social en vue de lui faire obtenir le bénéfice de prestations qui peuvent lui être dues (cf. article L. 377-2 CSS), de même s'agissant du délit de l'article L. 5124-1 du code du travail qui incrimine le fait de bénéficier ou de tenter de bénéficier frauduleusement des allocations chômage, ou de celui d'établir de fausses déclarations pour être inscrit sur la liste des demandeurs d'emploi (cf. article L. 5413-1 du code du travail qui opère par renvoi à l'article 441-6 du code pénal s'agissant du quantum de la peine).

À côté du délit général de fraude aux prestations sociales, subsiste le **délit d'escroquerie**. Ce délit se différencie de la fraude par des éléments constitutifs spécifiques. Il faut que soit caractérisée une tromperie par l'usage de faux nom ou d'une fausse qualité, accompagnée de manœuvres frauduleuses ayant entraîné une remise de fonds, de valeur, d'un bien, ou la fourniture d'un service ou d'un acte opérant obligation ou décharge. Cette infraction ne recouvre pas le champ de l'infraction de fraude aux prestations sociales. Ce qui différencie ces deux délits est l'existence des manœuvres frauduleuses. De « simples » mensonges ne suffisent pas à caractériser une escroquerie à la sécurité sociale (cf. Crim., 7 juin 2017, n° 16-85.661). En revanche, lorsque l'assuré produit des certificats médicaux destinés à donner force et crédit à des déclarations mensongères d'arrêt de travail (cf. Crim., 29 novembre 2005), ou lorsque l'assuré, qui était dépourvu de toute couverture sociale lors des faits, a falsifié les nom et prénoms portés par les médecins sur les feuilles de soins afin d'obtenir des remboursements d'organismes auprès desquels il n'était pas assuré (cf. Crim., 29 janvier 1997, n° 95-84.083), il y a escroquerie. Il en est de même lorsqu'un héritier continue de faire fonctionner le compte bancaire de son père décédé afin de continuer à percevoir sa pension de retraite (cf. Crim., 20 mars 1997). Dans ces hypothèses, la fraude aux prestations sociales est également constituée (il s'agit d'un concours idéal d'infractions) : le juge pénal devra alors ne retenir que la qualification la plus haute afin de garantir le respect du principe *non bis in idem*. La LFSS 2014 a créé une nouvelle circonstance aggravante lorsque l'infraction est commise au préjudice d'une administration publique, d'une collectivité territoriale, d'un organisme de protection sociale ou d'un organisme chargé d'une mission de service public pour l'obtention d'une allocation, d'un paiement ou d'un avantage indu.

Les sanctions pénales encourues sont de 2 ans d'emprisonnement et 30 000 € d'amende en cas de fraude par fausse déclaration ou déclaration incomplète en vue d'obtenir ou de tenter d'obtenir une prestation sociale, et de 7 ans et 75 000 € d'amende en cas d'escroquerie constatée au préjudice d'un organisme de sécurité sociale pour l'obtention d'une allocation, d'une prestation, d'un paiement ou d'un avantage indu. Ces dernières peines sont portées à 10 ans d'emprisonnement et 1 million € d'amende lorsque l'escroquerie est commise en bande organisée.

En matière de **travail dissimulé**, l'article L. 8224-1 du code du travail prévoit des peines de 3 ans d'emprisonnement et 45 000 € d'amende. Ces peines sont portées à 5 ans d'emprisonnement et 75 000 € d'amende pour l'emploi dissimulé d'un mineur soumis à l'obligation scolaire ou d'une personne dont la vulnérabilité ou l'état de dépendance sont apparents ou connus de l'employeur. Si les faits sont commis en bande organisée, les peines sont alors de 10 ans d'emprisonnement et 100 000 € d'amende. Pour les personnes morales, le montant des amendes est quintuplé. Un certain nombre de peines complémentaires peuvent être prononcées, en particulier : la dissolution de la société, l'interdiction définitive ou provisoire d'exercer l'activité professionnelle ou sociale à l'occasion de l'exercice de laquelle l'infraction a été commise, la fermeture définitive ou provisoire d'un ou plusieurs établissements, l'exclusion des marchés publics à titre définitif ou pour une durée d'au plus 5 ans, l'interdiction pour une durée de 5 ans au plus de percevoir toute aide publique et la diffusion de la décision pénale sur une « liste noire » publiée sur internet pendant un an par le ministère du travail. Enfin, les salariés victimes, les organisations syndicales et les organismes de protection sociale peuvent se constituer partie civile dans les instances pénales pour obtenir des dommages et intérêts en fonction du préjudice causé par le travail dissimulé.

L'employeur ou le travailleur indépendant qui ne s'est pas conformé aux prescriptions de la législation de sécurité sociale, notamment pour défaut de paiement à la date d'exigibilité des cotisations dues, est passible de l'amende prévue pour les contraventions de la 3^e classe, soit 450 € pour une personne physique et 2 250 € pour une personne morale, des montants qui paraissent bien faibles par rapport à la gravité de l'infraction et mériteraient d'être relevé, même si cette amende est appliquée autant de fois qu'il y a de personnes employées dans des conditions illégales et fait l'objet d'une majoration en cas de récidive. Peine plus discriminante pour les employeurs récalcitrants en revanche, le tribunal peut ordonner que le jugement de condamnation soit publié, intégralement ou par extraits, dans les journaux qu'il désigne, et affiché dans les lieux qu'il indique, aux frais du contrevenant.

- *Les sanctions administratives*

Malgré les efforts réalisés au fur et à mesure des différentes LFSS, l'harmonisation en matière de sanctions administratives est moins aboutie qu'en matière pénale. En particulier, fruit d'une sédimentation historique jamais complètement revue, un régime propre à la branche maladie demeure, au-delà des dispositifs spécifiques concernant les professionnels et établissements de santé.

L'article L. 114-17 CSS est commun aux branches famille et vieillesse. Le I de l'article définit les faits, y compris l'entrave aux contrôles, susceptibles d'entraîner à l'égard des assurés

sociaux, praticiens ou employeurs soit un avertissement, soit une pénalité, toutes deux sanctions administratives. Les II et III déterminent le quantum de la pénalité selon le principe de proportionnalité, en fonction de la gravité des faits, avec un plancher uniforme à 1/30^e du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS) et les plafonds suivants : 4 PMSS, 8 PMSS en cas de récidive ou « *lorsque l'intention de frauder est établie* » et 16 PMSS en cas de fraude commise en bande organisée. Cet article est aussi applicable en cas de fraude au RSA, par renvoi de l'article L. 262-52 CASF qui prévoit une amende administrative prononcée par le président du conseil départemental après avis de l'équipe pluridisciplinaire : elle est déterminée selon les modalités définies par l'article L. 114-17 CSS puisque les CAF sont les organismes chargés du versement et du contrôle de l'allocation pour le compte des départements. Le président du conseil départemental ne peut cependant sanctionner, par cette amende administrative, que des fausses déclarations ou des omissions délibérées de déclaration ayant abouti à un versement indu du RSA qui s'est poursuivi moins de 2 ans avant la date à laquelle il prononce l'amende (cf. CE, 10 juin 2020, n° 428355, *Département de Saône-et-Loire*).

L'article L. 114-17-1 CSS (anciennement article L. 162-1-14) concerne quant à lui les branches maladie et accidents du travail. Il est presque similaire mais avec quelques différences rédactionnelles et une plus grande précision du champ des personnes concernées (bénéficiaires de prestations, employeurs, professionnels de santé, fournisseurs et prestataires de services, laboratoires de biologie médicale, établissements de santé, centres de santé, établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes). On retrouve au I, l'alternative entre un avertissement ou une pénalité, puis le II énumère les motifs de faits, y compris l'entrave aux contrôles, pouvant entraîner la sanction. Enfin, les III et IV déterminent les mêmes plafonds de sanction qu'à l'article L. 114-17, avec toutefois des planchers distincts. Pour les professionnels de santé, il existe en complément un dispositif spécifique de sanction, figurant à l'article L. 162-1-14-1 CSS, qui renvoie en partie à l'article L. 114-17-1, permettant de réprimer les pratiques discriminatoires dans l'accès à la prévention ou aux soins, ainsi que les dépassements d'honoraires excédant le tact et la mesure ou non conformes à la convention régissant les relations entre la profession et l'assurance maladie. On relèvera également l'article L. 165-1-4 CSS qui prévoit une pénalité à l'encontre des acteurs de l'imagerie médicale, lorsqu'ils se refusent à participer à un échantillonnage.

Pour l'application de ces deux articles législatifs instituant les sanctions administratives de droit commun en cas de fraude aux prestations de sécurité sociale, on trouve les dispositions réglementaires correspondantes, respectivement, aux articles R. 114-11 à R. 114-14 CSS (branches famille et vieillesse) et R. 147-1 à R. 147-18 CSS (branches maladie et accidents du travail). Au-delà de nécessaires règles procédurales, ces articles réglementaires énumèrent avec luxe détails les différents cas possibles de manquements susceptibles d'être sanctionnés, pour chaque catégorie de contrevenants. Il apparaît assez clairement que de telles listes ne sauraient que constituer un mode d'emploi à destination des organismes. Tel n'est pas l'objet de dispositions réglementaires qui alourdissent inutilement le code : une circulaire interprétative élaborée par la direction de la sécurité sociale (DSS) devrait suffire à rappeler les règles applicables pour harmoniser les pratiques des caisses.

L'article R. 147-11 CSS, pour les branches maladie et accidents du travail, détermine les cas de fraude qui permettent d'appliquer des pénalités majorées (8 PASS au lieu de 4 PASS), lorsque aura été constatée l'une des circonstances suivantes : l'établissement ou l'usage de faux ; le fait d'avoir, de manière délibérée, porté des mentions inexactes ou omis de faire figurer des ressources dans un formulaire ; la falsification, la duplication, le prêt ou l'emprunt d'un document originairement sincère ou l'utilisation de documents volés ; l'utilisation par un salarié d'un organisme local d'assurance maladie des facilités conférées par cet emploi ; le fait d'avoir bénéficié, en connaissance de cause, des activités d'une bande organisée sans y avoir activement participé ; le fait d'avoir exercé, sans autorisation médicale, une activité ayant donné lieu à rémunération pendant une période d'arrêt de travail indemnisée ; la facturation répétée d'actes ou prestations non réalisés ou de produits ou matériels non délivrés. Il n'existe pas de dispositions réglementaires équivalentes pour les branches famille et vieillesse, de sorte que les plafonds majorés doivent pouvoir s'appliquer dans tous les cas de fraude.

Comme cela a déjà été indiqué, une telle présentation des cas de fraude est source de confusion et ne rend pas compte de la réalité de l'état du droit post loi ESSOC de 2018 : à partir du moment où l'excuse de bonne foi a été explicitement ajoutée dans les différents items des articles L. 114-17 et L. 114-17-1 CSS, seul un cas de fraude avérée peut être sanctionné. La mention législative « *lorsque l'intention de frauder est établie* » peut donc être lue, soit comme redondante avec la notion de bonne foi lorsqu'il n'y a pas de disposition réglementaire d'application (famille et vieillesse), soit comme permettant de sanctionner plus lourdement des manœuvres frauduleuses plus graves qu'une « simple » fraude, lorsqu'elles sont listées par voie réglementaire (maladie et accidents du travail), tout comme en droit pénal l'escroquerie est plus lourdement sanctionnée que le « simple » faux. Dans ce cas, la législation aboutit à une forme de gradation des montants des pénalités, qui est tout à fait bienvenue au regard du principe constitutionnel de proportionnalité, mais qui n'est ni présentée comme telle, ni surtout ainsi comprise et appliquée par les caisses, lesquelles considèrent souvent à l'inverse qu'une sanction pourrait être infligée même en cas d'inexactitude ou d'omission involontaires, en particulier dès qu'elle serait répétée. Une clarification complète du corpus juridique applicable, post loi ESSOC, reste donc à réaliser.

S'agissant du **recouvrement**, l'employeur qui ne s'acquitte pas des cotisations aux échéances prescrites s'expose à des majorations pour retard de paiement qui ne sont pas qualifiées de sanction au sens punitif du terme, dès lors qu'elles visent à compenser le préjudice subi par la sécurité sociale du fait du paiement tardif du prélèvement.

En premier lieu, le non-paiement des cotisations de sécurité sociale à la date d'exigibilité rend l'employeur débiteur de **majorations de retard** dont l'importance varie en fonction de l'importance du retard. Il est ainsi appliqué une majoration de retard de 5 % du montant des cotisations qui n'ont pas été versées aux dates limites d'exigibilité, qui est portée à 10 % du montant des cotisations afférentes aux rémunérations, versées ou dues à des salariés, réintégrées dans l'assiette des cotisations à la suite du constat de l'infraction relative au travail dissimulé. A cette majoration s'ajoute une majoration complémentaire de 0,4 % du montant des cotisations dues, par mois ou fraction de mois écoulé, à compter de la date

d'exigibilité des cotisations. Par parallélisme à ce qui a déjà été jugé en droit fiscal, toutes ces majorations ont le caractère d'une réparation pécuniaire et non d'une sanction. Ainsi, l'intérêt de retard n'a pas le caractère d'une sanction dès lors qu'il s'applique indépendamment de toute appréciation portée par l'administration sur le comportement du contribuable (cf. CE, 4 avril 1997, n° 144211, *Sté Kingroup Inc*) et qu'il vise essentiellement à réparer les préjudices de toute nature subis par l'État à raison du non-respect par les contribuables de leurs obligations de déclarer et payer l'impôt aux dates légales (cf. Conseil constitutionnel, décision n° 82-155 DC du 30 décembre 1982 ; CE, avis, 12 avril 2002, n° 239693, *SA Financière Labeyrie*). De même, la majoration de 10 % pour retard de paiement d'impositions prévue par l'article 1730 CGI ne constitue pas la punition d'un comportement fautif mais vise à compenser le préjudice subi par l'État du fait du paiement tardif des sommes dues (cf. Conseil constitutionnel, décision n° 2011-124 QPC du 29 avril 2011). En revanche, les majorations fiscales pour absence de déclaration ou déclaration insuffisante, inexacte ou incomplète sont considérées comme des sanctions, dans la mesure où elles sont attachées au comportement du contribuable et non à l'écoulement du temps (cf. Conseil constitutionnel, décisions n° 2011-103 QPC et 2011-105/106 QPC du 11 mars 2011 ; CE, 19 juillet 2021, n° 450977, *M. O Zoux*).

Il est également prévu une majoration de 10 % du montant du redressement dû suite à contrôle prévue par l'article L. 243-7-6 CSS en cas d'absence de mise en conformité avec les observations notifiées lors d'un précédent contrôle. La Cour de cassation a précisé que cette majoration de 10 % est due sur le seul constat que les observations notifiées lors d'un précédent contrôle n'ont pas été respectées par la personne contrôlée, alors même que n'était pas mentionné dans la lettre d'observations établie à l'issue de ce contrôle la nécessité d'une mise en conformité et qu'une contestation sur le bien-fondé du redressement avait été formée (cf. Civ. 2, 16 novembre 2023, n° 22-14.638).

En deuxième lieu, les caisses primaires d'assurance maladie peuvent poursuivre, auprès de l'employeur, le remboursement des prestations de maladie de longue durée ou d'accident du travail effectivement servies par elles aux salariés de l'entreprise lorsque, à la date de l'accident ou de l'arrêt de travail, l'employeur n'avait pas acquitté l'intégralité des cotisations dues. L'article L. 244-8 CSS qui le prévoit est destiné à sanctionner la mauvaise foi et la négligence de l'employeur, il ne saurait donc trouver application sans que soit caractérisée une volonté d'éluder les obligations pesant sur l'employeur (cf. Cass. Soc., 21 mars 2002).

En troisième lieu, ne sont pas admises à concourir aux marchés publics les personnes qui, au 31 décembre de l'année précédant celle au cours de laquelle a eu lieu le lancement de la consultation, n'ont pas souscrit les déclarations leur incombant en matière fiscale et sociale, ou n'ont pas effectué le paiement des impôts et cotisations exigibles à cette date.

Enfin, les employeurs reconnus coupables de **travail dissimulé**, y compris les donneurs d'ordre ayant manqué à leurs obligations de diligence et de vigilance vis-à-vis de leurs cocontractants, sont privés des mesures d'exonération ou de réduction de cotisations ou de contributions de sécurité sociale dont ils auraient pu bénéficier sur la période où a été constatée l'infraction. Cette sanction administrative, issue des LFSS 2006 et 2010, a été étendue aux infractions de marchandage, de prêt de main-d'œuvre illicite et d'emploi

d'étrangers non autorisés à travailler par la LFSS 2017. Et pour les employeurs de travailleurs étrangers en situation irrégulière, une sanction financière particulière est également prévue par l'article L. 8253-1 du code du travail qui, dans sa rédaction issue de la loi du 26 janvier 2024 pour contrôler l'immigration, améliorer l'intégration, institue une amende administrative prononcée par le ministre chargé de l'immigration, dont le montant est au plus égal à 5 000 SMIC horaire, à la place des deux anciennes contributions recouvrées par l'Office français de l'immigration et de l'intégration (OFII).

c) L'articulation avec la répression pénale

L'article L. 114-9 CSS prévoit l'**obligation pour les directeurs d'organisme de porter plainte au pénal**, en se constituant partie civile, lorsque le préjudice de la caisse dépasse un plafond fixé par l'article D. 114-5 à 4 PASS pour la branche vieillesse et 8 PASS pour l'ensemble des autres branches et le recouvrement des cotisations. Il est également recommandé d'enclencher la procédure pénale en présence d'un indu inférieur à ce seuil, lorsque la gravité des faits incriminés ou les procédés utilisés, comme la fraude en réseau, le justifient. Mais le fait d'« aller au pénal » ne remet pas en cause la liberté d'action des organismes, qui peuvent prononcer immédiatement une sanction administrative, même au-delà de ce plafond. Il n'y a en effet pas de prohibition de principe du cumul entre une condamnation pénale et une pénalité financière, seulement des règles d'articulation à respecter, mettant en œuvre le principe constitutionnel *non bis in idem*, que les organismes semblent peu connaître. Mieux associer les agents des organismes à la police judiciaire devrait permettre de faciliter l'appropriation de ces règles et de la spécificité de la procédure pénale.

- L'application du principe non bis in idem

Les limites existant en matière de cumul entre sanctions pénales et sanctions administratives résultent de deux principes constitutionnels :

- le principe *non bis in idem*, qui nécessite qu'en cas de cumul d'idéal d'infractions, c'est-à-dire lorsqu'un fait unique peut se trouver à l'origine de plusieurs qualifications, son auteur ne puisse pas être condamné deux fois ;
- le principe de proportionnalité, qui implique que le cumul d'une sanction administrative (qu'elle émane d'une autorité administrative ou d'un organisme de sécurité sociale) et d'une sanction pénale est admis sous réserve que le montant global de la peine infligée par la juridiction répressive et celui de la sanction administrative ne dépasse pas le montant le plus élevé de l'une des peines encourues.

Le cumul idéal d'infractions est réglé par la jurisprudence judiciaire par le biais du critère des intérêts juridiquement protégés (ou valeurs sociales protégées), depuis un arrêt de la chambre criminelle de la Cour de cassation du 3 mars 1960, *Ben Haddadi* : lorsque le fait unique vise plusieurs intérêts juridiquement protégés, le cumul de qualifications est admis (cf. Crim., 22 novembre 1983) ; dans le cas contraire, une seule qualification doit être retenue, la plus haute (cf. Crim., 21 avril 1976). Cette jurisprudence judiciaire a été reprise par le Conseil constitutionnel, qui considère que la règle de non-cumul des peines constitue une simple règle de valeur législative à laquelle le législateur peut déroger (cf. décision n° 82-143 du 30 juillet 1982). Cependant, sur le fondement du principe de nécessité des délits et des

peines découlant de l'article 8 de la Déclaration de 1789, le Conseil constitutionnel a progressivement développé une jurisprudence visant à soumettre à plusieurs conditions le cumul de poursuites de nature similaire. Dans son dernier état, cette jurisprudence se matérialise par la formulation de principe suivante : « *Le principe de nécessité des délits et des peines ne fait pas obstacle à ce que les mêmes faits commis par une même personne puissent faire l'objet de poursuites différentes aux fins de sanctions de nature différente en application de corps de règles distincts* » (cf. décision n° 2016-621 QPC du 30 mars 2017).

Pour que de mêmes faits puissent faire l'objet d'un cumul de poursuites sans méconnaître le principe de nécessité des peines, c'est-à-dire pour que ces poursuites soient jugées différentes, il faut qu'au moins l'un des trois critères suivants soit rempli. Si, à l'inverse, aucun n'est rempli, il s'agit de poursuites similaires, donc contraires à la Constitution :

– **1^{er} critère** : les sanctions **ne répriment pas les mêmes faits qualifiés de manière identique**. Cette condition tenant à la qualification juridique des faits n'exige pas que les textes définissant les infractions soient strictement identiques, mais elle exclut que des infractions dont les champs d'application sont très différents et ne se recoupent qu'accessoirement puissent être regardées comme portant sur des faits identiques (cf. décision n° 2020-838/839 QPC du 7 mai 2020) ;

– **2^{ème} critère** : les deux répressions **ne protègent pas les mêmes intérêts sociaux**, la référence à des « corps de règles distincts » visant la finalité poursuivie par les dispositions en cause (cf. décision n° 2019-783 QPC du 17 mai 2019). Toutefois, dès lors que des poursuites sont complémentaires et non différentes, l'application combinée de dispositions protégeant les mêmes intérêts sociaux ne méconnaît pas pour autant le principe de nécessité des délits et des peines (cf. décision n° 2018-745 QPC du 23 novembre 2018). Cette jurisprudence, jusqu'à présent réservée au cumul entre pénalités fiscales et sanctions pénales associées mais qui pourrait pour les mêmes raisons concerner la lutte contre la fraude sociale, repose sur l'idée selon laquelle, même si les poursuites sont exercées par des autorités différentes, le législateur a entendu articuler deux modes de poursuites autour de la même finalité répressive. C'est en réalité la même poursuite qui se déploie selon un ou deux degrés, en fonction de la gravité des faits reprochés, ce dont rend compte la réserve d'interprétation formulée par le Conseil constitutionnel afin de réserver les poursuites pénales « *aux cas les plus graves* » des manquements réprimés ;

– **3^{ème} critère** : les deux répressions peuvent aboutir au prononcé de **sanctions de nature différente**. En pratique, c'est ce critère qui permet, le plus souvent, d'établir la différence des poursuites, dès lors que seul le droit pénal, et non des sanctions administratives, prévoit des peines d'emprisonnement ou de dissolution pour une personne morale. Sur le fondement de ce critère, ont ainsi été jugés conformes à la Constitution, en premier lieu, le cumul des poursuites administratives et pénales en cas d'emploi illégal d'un travailleur étranger (cf. décision n° 2016-621 QPC du 30 mars 2017), en deuxième lieu, le cumul des poursuites pour l'infraction de travail dissimulé figurant à la fois dans le code du travail et dans le CSS (cf. décision n° 2021-937 QPC du 7 octobre 2021), et en dernier lieu, le cumul des poursuites administratives et pénales en cas d'inexactitudes ou d'omissions relevées dans une

déclaration faite pour le service des prestations sociales sur le fondement des articles L. 114-17 CSS et 441-6 du code pénal (cf. Cass., Civ. 2, 18 janvier 2024, n° 23-12.483 QPC).

Dès lors que le sujet pourrait également concerner la lutte contre la fraude sociale, on signale que, s'agissant du cumul entre sanctions fiscales et pénales, une critique pourrait être fondée sur l'invocation de l'article 4 du protocole n° 7 à la convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales (CEDH), selon lequel « *nul ne peut être poursuivi ou puni pénalement par les juridictions du même Etat en raison d'une infraction pour laquelle il a déjà été acquitté ou condamné par un jugement définitif conformément à la loi et à la procédure pénale de cet Etat* ». Toutefois, la règle *non bis in idem*, telle qu'elle résulte de ces stipulations, ne trouve à s'appliquer, selon la réserve accompagnant l'instrument de ratification de ce protocole par la France publiée au Journal officiel du 27 janvier 1989 à la suite du protocole lui-même, que pour « *les infractions relevant en droit français de la compétence des tribunaux statuant en matière pénale* ». Elle n'interdit donc pas le prononcé de sanctions administratives parallèlement aux décisions définitives prononcées par le juge répressif. Certes, une telle critique pourrait invoquer les arrêts *Gradinger c. Autriche* du 23 octobre 1995 (n° 15963/90) et *Grande Stevens c. Italie* du 4 mars 2014 (n° 18640/10), par lesquels la Cour européenne des droits de l'homme a jugé que les réserves formulées par l'Autriche et l'Italie en des termes analogues à la réserve française méconnaissent les stipulations de l'article 57 de la convention, relatif aux réserves que les Etats peuvent formuler au moment de sa signature ou du dépôt de son instrument de ratification, eu égard à la formulation trop générale de ces réserves, mais elle ne pourrait pas prospérer en droit français, dès lors que par sa décision du 12 octobre 2018, n° 408567, *SARL Super Coiffeur*, le Conseil d'Etat a jugé qu'il n'appartient pas au juge national de se prononcer sur la validité de la réserve française, non dissociable de la décision de la France de ratifier ce protocole. La Cour de cassation juge dans le même sens qu'il appartient au juge répressif d'appliquer l'article 4 du protocole n° 7 en faisant produire un plein effet à la réserve émise par la France en marge de ce protocole et que l'interdiction d'une double condamnation à raison de mêmes faits prévue par cet article n'interdit donc pas le prononcé de sanctions fiscales parallèlement aux peines infligées par le juge répressif (cf. Crim., 11 septembre 2019, n° 18-81.067).

En tout état de cause, le Conseil constitutionnel vérifie également le respect du **principe de proportionnalité**, dont il résulte que le législateur ne doit pas contraindre le juge à infliger des peines manifestement disproportionnées avec les agissements ou les faits délictueux. Si l'éventualité d'une double procédure peut ainsi conduire à un cumul de sanctions, le principe de proportionnalité implique, qu'en tout état de cause, le montant global des sanctions éventuellement prononcées ne dépasse pas le montant le plus élevé de l'une des sanctions encourues. Il précise qu'il appartient aux autorités administratives et judiciaires compétentes de veiller au respect de cette exigence (cf. décision n° 89-260 DC du 28 juillet 1989).

Enfin, sur l'articulation entre pénal et social, on doit souligner la liberté d'appréciation de l'administration, qu'il conviendrait de rappeler aux directeurs de caisse en adaptant certaines circulaires destinées aux réseaux qui ne le mentionnent pas dans ce sens. Le Conseil

d'Etat a ainsi jugé, dans sa décision n° 188973 du 28 juillet 1999, *GIE Mumm-Perrier-Jouet*, dans un cas concernant la lutte contre le travail dissimulé, que si les faits constatés par le juge pénal et qui commandent nécessairement le dispositif d'un jugement ayant acquis force de chose jugée s'imposent à l'administration comme au juge administratif, l'administration ne saurait s'attacher aux motifs d'un jugement de relaxe tirés de ce que les faits reprochés ne sont pas établis ou de ce qu'un doute subsiste sur leur réalité. Il appartient, dans ce cas, à l'autorité administrative d'apprécier si les mêmes faits sont suffisamment établis et, dans l'affirmative, s'ils justifient l'application d'une sanction administrative. Il n'en va autrement, selon la décision n° 345903 du 10 octobre 2012, *SARL Le Madison*, que lorsque la légalité de la décision administrative est subordonnée à la condition que les faits qui servent de fondement à cette décision constituent une infraction pénale, l'autorité de la chose jugée s'étendant alors exceptionnellement à la qualification juridique donnée aux faits par le juge pénal.

- *La participation des agents des organismes de sécurité sociale à la police judiciaire*

Confrontées à des suspicions de fraudes sophistiquées et organisées qui se développent notamment *via* Internet, les agents de contrôle des caisses doivent saisir le procureur sur la base de l'article 40 du code de procédure pénale, et ne peuvent pas intervenir dans la suite de la procédure judiciaire qui relève du parquet. Pour plus d'efficacité et de réactivité, les agents de contrôle du recouvrement disposaient déjà de prérogatives quasi-judiciaires au titre de la lutte contre le travail dissimulé et illégal et de la fraude aux cotisations sociales. La LFSS 2023 permet désormais aux agents de contrôle des prestations sociales, sur la base d'un commissionnement préalable, d'être associés à la procédure en devenant des agents de police judiciaire sous le contrôle des officiers de police judiciaire et du procureur, en application de l'article 28 du code de procédure pénale.

Ils peuvent ainsi être directement associés aux enquêtes, notamment avec l'utilisation de pseudonymes permettant d'identifier des fraudeurs sur internet (reventes de fausses ordonnances ou de fausses cartes de santé), disposer d'un droit de communication élargi à toute personne détenant des renseignements ou documents utiles, y compris les données stockées sur support informatisé (avec transcription exploitable), d'un pouvoir d'audition sur convocation ou sur place de toute personne susceptible d'apporter des éléments, et d'un pouvoir de constater les infractions par des procès-verbaux faisant foi jusqu'à preuve du contraire, transmis au parquet.

Cette attribution de pouvoirs de police judiciaire, qui vient souvent en complément d'autres missions visant à mieux appréhender les fraudes à enjeux (au travers du *datamining* notamment) constitue un changement significatif pour les réseaux concernés, dont l'activité de contrôle s'inscrit jusqu'à présent dans un cadre purement administratif. Elle induit une nouvelle spécialisation qui doit se mettre progressivement en place selon les réseaux. Cette association directe des agents des caisses à la procédure judiciaire ne peut que contribuer à faciliter la complémentarité entre procédures pénales et administratives, et donc à mieux décider quand engager telle procédure pénale en complément de telle sanction administrative.

2. Les garanties applicables en cas de sanctions

La lutte contre la fraude sociale repose pour l'essentiel sur le prononcé de sanctions, pénales et administratives, en complément de la réparation du préjudice subi par la sécurité sociale qui procède elle-même de la récupération des indus et de certaines majorations de retard. L'efficacité de cette répression nécessite le respect d'un certain nombre de garanties, qui visent à la fois à respecter les droits des personnes incriminées et à assurer la légitimité de cette action des organismes de protection sociale. Ces garanties se trouvent dans des règles procédurales qui permettent de respecter les principes constitutionnels rappelés précédemment, ainsi qu'à travers les délais de prescription applicables. Mais des dispositifs anti-abus doivent aussi permettre aux organismes de contrecarrer des pratiques qui essaient de se jouer des dispositifs légaux dans un but frauduleux.

a) La procédure applicable aux pénalités

Les règles de procédure applicables aux pénalités s'articulent avec celles concernant le droit à l'erreur, ouvert par la loi ESSOC, qui s'est traduit par l'ouverture d'un **droit de rectification des informations ayant une incidence sur le montant de l'indu**, qui ne se substitue pas au recours amiable mais constitue un droit supplémentaire. L'assuré peut ensuite, comme avant, déposer une réclamation devant la commission de recours amiable (CRA), ou devant le président du conseil départemental s'agissant du RSA. Les articles L. 133-4-1 et R. 133-9-2 CSS précisent l'articulation entre ce nouveau droit de rectification, le recours amiable et le recouvrement de l'indu :

1. L'assuré qui se voit notifier un indu, peut, dans un délai de 20 jours à compter de la réception de cette notification et avant tout recours préalable, exercer un droit de rectification des informations ayant conduit au calcul de cet indu. L'assuré justifie de sa demande par tous moyens en sa possession ;
2. Si l'assuré n'a pas exercé ce droit, l'indu peut être mis en recouvrement à l'issue du délai de 20 jours laissé à l'assuré pour exercer son droit à l'erreur ;
3. Si l'assuré a exercé son droit de rectification dans le délai de 20 jours, alors le recouvrement (lorsque la demande de rectification n'a pas permis de supprimer tout indu) intervient au terme d'un délai de 2 mois suivant le délai d'un mois valant décision implicite de rejet ou, en cas de décision explicite de rejet, dans un délai de 7 jours après cette décision. Ce mécanisme vise à inciter l'administration à répondre explicitement car, dans le cas d'une décision expresse, le recouvrement peut intervenir rapidement. Le mécanisme de la décision implicite de rejet, s'il facilite le travail de l'administration et évite la multiplication de demandes abusives ou dilatoires de rectifications non fondées, ne paraît cependant guère conforme à l'esprit du droit à l'erreur qui présume la bonne foi de l'assuré qui l'exerce ;
4. Si l'assuré exerce son droit de rectification au-delà du délai de 20 jours après la notification, sa demande est alors réputée être un recours administratif préalable.

Si la bonne foi de l'assuré n'est pas retenue par la caisse, son erreur intentionnelle peut être regardée comme caractérisant une fraude et la procédure de sanction enclenchée, en complément de la récupération de l'indu si une prestation avait déjà été versée à tort ou

indépendamment si la détection de la fraude intervient avant son versement. Après des simplifications en LFSS 2009 et 2010, les procédures pour prononcer des pénalités, qui restaient différentes entre les branches maladie et accidents du travail, d'une part, famille et vieillesse, d'autre part, ont été harmonisées au sein d'un nouvel article L. 114-17-2 CSS par la **LFSS 2023**. Cette réforme procédurale a acté l'abrogation de l'étape du recours gracieux, qui était susceptible de brouiller l'assuré en intervenant entre une première décision de sanction notifiée par le directeur de caisse et une seconde décision rendue après avis de la commission des pénalités. La procédure applicable en vue de prononcer une pénalité financière est désormais la suivante :

1. Le directeur de l'organisme concerné notifie la description des faits reprochés à la personne qui en est l'auteur afin qu'elle puisse présenter ses observations écrites ou orales dans un délai d'un mois. Lors des auditions, la personne en cause peut se faire assister ou se faire représenter par la personne de son choix ;
2. A l'expiration de ce délai d'un mois et au vu de ces observations éventuelles, le directeur peut décider de ne pas poursuivre la procédure et ne pas prononcer de sanction ;
3. S'il décide de prononcer un avertissement, le directeur le notifie lui-même à la personne en cause ;
4. Si le directeur envisage une pénalité financière, il saisit la commission des pénalités, sauf si le préjudice constaté est inférieur à 4 PASS pour les branches famille et vieillesse ou si est en cause un fait qualifié de fraude par l'article R. 147-11 CSS pour les branches maladie et accidents du travail, en notifiant la sanction directement à l'intéressé ;
5. A réception de l'avis de la commission des pénalités, le directeur dispose d'un délai d'un mois pour :
 - a) Soit décider de ne pas poursuivre la procédure ;
 - b) Soit notifier à l'intéressé un avertissement ;
 - c) Soit notifier à l'intéressé la pénalité qu'il décide de lui infliger, en indiquant le délai dans lequel il doit s'en acquitter ou les modalités selon lesquelles elle sera récupérée sur les prestations à venir. La pénalité est motivée et peut être contestée devant le tribunal judiciaire spécialement désigné en application de l'article L. 211-16 du code de l'organisation judiciaire.

La commission des pénalités est chargée d'apprécier la responsabilité de la personne physique ou morale dans la réalisation des faits reprochés. Si elle l'estime établie, elle propose le prononcé d'une pénalité dont elle évalue le montant. L'avis de la commission est adressé simultanément au directeur de l'organisme et à l'intéressé. Cette commission est composée et constituée au sein du conseil ou du conseil d'administration de l'organisme. Lorsqu'est en cause un professionnel ou établissement de santé ou toute autre personne physique ou morale autorisée à dispenser des soins, à réaliser une prestation de service ou des analyses de biologie médicale ou à délivrer des produits ou dispositifs médicaux, des représentants de la profession ou de l'établissement concerné participent à cette commission.

La Cour de cassation a jugé que l'avis préalable de la **commission des pénalités** constitue une formalité substantielle, dont l'objet est d'apprécier les fautes et pondérer le montant. Le non-respect de cette étape procédurale entraîne donc la nullité de la sanction (cf. Civ. 2, 12 novembre 2020, n° 19-17.749). Au regard de l'importance d'une telle garantie pour les assurés, autant on peut comprendre qu'elle n'ait pas à être saisie pour les fraudes aux branches famille et vieillesse en cas de faible préjudice (jusqu'à 4 PASS), autant il paraît totalement contraire à la logique même de cette garantie qu'elle n'ait pas à être saisie pour les fraudes les plus lourdes aux branches maladie et accidents du travail. Cette limitation du contradictoire est d'autant plus problématique qu'à la différence de la procédure applicable aux indus, les litiges relatifs aux pénalités administratives ne sont pas soumis à la procédure préalable devant la CRA, qui est elle-même aussi une garantie substantielle pour les assurés.

La **récupération des pénalités** sur les prestations à venir s'effectue selon les mêmes modalités que celles des prestations indues. Les organismes d'assurance vieillesse doivent respecter les règles spécifiques aux pensions, qui, compte tenu de leur caractère alimentaire, sont saisissables dans les mêmes conditions et limites que les salaires, en application de l'article L. 355-2 CSS. S'agissant des prestations familiales, l'organisme payeur recouvre auprès de l'allocataire une indemnité équivalant à 10 % des sommes réclamées au titre des prestations versées à tort en contrepartie des frais de gestion qu'il engage lorsque le versement indu est le résultat d'une fraude. De plus, le même organisme peut décider de majorer de 50 % le montant de la retenue en cas de fraude, ce taux étant doublé en cas de réitération de la fraude dans un délai de 5 ans à compter de la notification de l'indu ayant donné lieu à majoration.

En l'absence de paiement dans le délai prévu par la notification de la pénalité, le directeur de l'organisme envoie une mise en demeure à l'intéressé de payer dans le délai d'un mois. Le directeur de l'organisme, lorsque la mise en demeure est restée sans effet, peut délivrer une contrainte qui, à défaut d'opposition du débiteur devant le tribunal judiciaire, comporte tous les effets d'un jugement et confère notamment le bénéfice de l'hypothèque judiciaire. Une majoration de 10 % est applicable aux pénalités qui n'ont pas été réglées aux dates d'exigibilité mentionnées sur la mise en demeure.

Le contentieux relatif au prononcé des pénalités financières a été transféré du tribunal administratif au tribunal des affaires de sécurité sociale (TASS)⁶ par la LFSS 2012. Auparavant, seul le contentieux du recouvrement de ces pénalités relevait de la compétence du TASS. Les justiciables étaient donc parfois amenés à engager deux actions contentieuses devant des juridictions différentes. Il est logique que le contentieux de la pénalité suive le contentieux de l'indu puisqu'il s'agit d'apprécier les mêmes faits. Suivant cette même logique, le juge administratif est donc compétent pour statuer sur l'amende administrative prononcée le cas échéant par le président du conseil départemental en cas de fraude au RSA.

⁶ Les TASS ont été supprimés en 2019 et leurs compétences juridictionnelles transférées aux tribunaux judiciaires (TJ), ayant eux-mêmes succédé aux tribunaux de grande instance (TGI), spécialement désignés en application de l'article L. 211-16 du code de l'organisation judiciaire.

Le **rôle du juge** en cas de recours formé contre la pénalité financière a ainsi été précisé par la Cour de cassation : il appartient au juge judiciaire de vérifier la matérialité, la qualification et la gravité des faits reprochés à la personne concernée ainsi que l'adéquation du montant de la pénalité à l'importance de l'infraction commise par cette dernière (cf. Civ. 2, 15 février 2018, n° 17-12.966). Cet office de juge de plein contentieux est identique à celui applicable par le juge administratif, qui substitue sa propre appréciation à celle de l'administration en vertu de la décision du Conseil d'Etat n° 274000 du 16 février 2009, *Société ATOM*. Le juge peut ainsi soit annuler purement et simplement la sanction (par exemple pour méconnaissance des droits de la défense), soit, le cas échéant, la réformer. S'il estime une sanction disproportionnée, il peut la moduler, en respectant le cas échéant, lorsqu'il existe, le barème de peines prévu par la loi ou le règlement. Le juge doit ainsi définir une « politique répressive » tenant compte de la gravité des manquements et de la situation individuelle des intéressés.

b) Les délais de prescription

La récupération de l'indu obéit à un délai de prescription abrégé, « calé » sur le délai de l'action en paiement : ce délai est de 2 ans s'agissant des prestations sociales, de 3 ans pour les cotisations et contributions sociales à la charge des employeurs (article L. 244-3 CSS) et de 3 ans également pour les règles de tarification et de facturation des professionnels ou établissements de santé (article L. 133-4 CSS). Ce délai court à compter du paiement des prestations dans les mains du bénéficiaire.

De nombreux textes réservent le cas de la fraude, mais ne précisent pas alors quel est le délai de prescription applicable ni son point de départ. La plupart de ces textes sont rédigés de manière semblable à l'article L. 355-3 CSS, qui dispose que « *toute demande de remboursement de trop-perçu en matière de prestations de vieillesse et d'invalidité est prescrite par un délai de 2 ans à compter du paiement desdites prestations dans les mains du bénéficiaire, sauf en cas de fraude ou de fausse déclaration* ». C'est la déclinaison du principe général *contra non valentem*, qui a pour conséquence que la fraude du débiteur met le créancier dans l'impossibilité de prescrire : le débiteur fraudeur est tenu de rembourser l'intégralité d'un indu social non parce que sa fraude a empêché le créancier de le poursuivre suffisamment rapidement.

Il est jugé, tant dans l'état du droit antérieur à la loi du 17 juin 2008 portant réforme de la prescription en matière civile, qui a ramené de 30 à 5 ans le délai de prescription de droit commun, que depuis lors qu'en cas de fraude, le délai de prescription est le délai de droit commun et que ce délai court à compter de la découverte de la fraude. La question du point de départ du délai de prescription de l'action en récupération d'un indu de prestations sociales en cas de fraude est déterminante : si la prescription de l'action court à compter du versement de la prestation, même en cas de fraude, l'organisme social ne peut récupérer l'indu que sur les 5 dernières années, les indus antérieurs, prescrits, restant acquis à l'intéressé, alors que si la prescription de l'action court à compter de la date de la découverte de la fraude, tous les indus alors constatés peuvent être répétés, sans autre limite, le cas échéant, que celle résultant du « **délai butoir** » de **20 ans** courant à compter de leur

versement. L'article 2232 du code civil prévoit en effet que « *le report du point de départ, la suspension ou l'interruption de la prescription ne peut avoir pour effet de porter le délai de la prescription extinctive au-delà de 20 ans à compter du jour de la naissance du droit* », c'est-à-dire du paiement de la prestation.

S'agissant du délai de prescription de l'action, en faisant courir, avant comme après la loi du 17 juin 2008, le délai de prescription, non de la date du paiement indu, mais du jour de la **découverte de la fraude**, la réduction du délai de prescription de l'action de 30 ans à 5 ans n'a pas eu pour effet de modifier la période d'indu récupérable. Ainsi, à titre d'exemple, un indu versé en 2012 pour une fraude découverte en 2024 pourrait être répété, sous le régime actuel de prescription, comme il pouvait l'être antérieurement, la seule différence étant que l'organisme social, qui devait agir, antérieurement à la loi du 17 juin 2008, dans les 30 ans de la découverte de la fraude, doit désormais le faire dans les 5 ans.

Le Conseil d'Etat a jugé, dans sa décision n° 420685 du 20 septembre 2019, *Mme Peron*, concernant la récupération d'un indu de pension de réversion par la CNRACL, qu'en vertu de l'article 2224 du code civil, dans sa rédaction issue de la loi du 17 juin 2008, les actions personnelles ou mobilières se prescrivent par 5 ans à compter du jour où le titulaire d'un droit a connu ou aurait dû connaître les faits lui permettant de l'exercer. La prescription quinquennale ainsi prévue ne porte que sur le délai pour exercer l'action, non sur la détermination de la créance elle-même. Ainsi, dès lors que l'action est introduite dans le délai de 5 ans à compter du jour où le titulaire du droit a connu ou aurait dû connaître les faits lui permettant de l'exercer, la seule limite à l'exercice de ce droit résulte de l'article 2232 du code civil, qui limite au maximum à 20 ans le délai de la prescription extinctive.

La Cour de cassation a jugé dans le même sens, par un arrêt n° 20-20.559 du 17 mai 2023 : « *l'action en remboursement d'un trop-perçu de prestations de vieillesse et d'invalidité provoqué par la fraude ou la fausse déclaration ne relève pas de la prescription abrégée de l'article L. 355-3 CSS et, revêtant le caractère d'une action personnelle ou mobilière au sens de l'article 2224 du code civil, elle se prescrit par 5 ans à compter du jour de la découverte de la fraude ou d'une fausse déclaration. Ce délai d'action n'a pas d'incidence sur la période de l'indu recouvrable, laquelle, à défaut de disposition particulière, est régie par l'article 2232 du code civil, qui dispose que le délai de la prescription extinctive ne peut être porté au-delà de 20 ans à compter du jour de la naissance du droit, soit la date de paiement des prestations indues. Il s'en déduit qu'en cas de fraude ou de fausse déclaration, toute action en restitution d'un indu de prestations de vieillesse ou d'invalidité, engagée dans le délai de 5 ans à compter de la découverte de celle-ci, permet à la caisse de recouvrer la totalité de l'indu se rapportant à des prestations payées au cours des 20 ans ayant précédé l'action* ».

La Cour des comptes a relevé, dans son rapport de 2020 intitulé « La lutte contre les fraudes aux prestations sociales », une disparité de traitement selon les organismes de sécurité sociale, en particulier que « les CPAM et les CAF, faute d'adaptation de leur système d'information, ne constatent des indus liés à des fraudes qu'avec une profondeur de 2 ans, comme pour les indus non frauduleux, juridiquement prescrits au bout de 2 ans ; dans certains cas, cette limite est portée à 3 années pour les CAF ». L'institution de la rue Cambon se trompe elle aussi dans son analyse juridique et ses recommandations, en indiquant qu'il

conviendrait de « constater les indus liés à des fraudes sur la totalité de la période de 5 années précédant leur prescription d'ordre public, et non plus uniquement sur une partie de celle-ci », alors que le délai légal reconnu par les deux juridictions suprêmes est de 20 ans. Une circulaire de la DSS destinée à tous les organismes et rappelant les règles de prescription applicables en cas de fraude paraît donc utile et nécessaire. Elle pourrait également leur rappeler que la Cour européenne des droits de l'homme juge qu'en cas de versement à tort d'une prestation, l'organisme social a l'obligation d'intervenir en temps voulu ou dans un délai raisonnable de manière appropriée et cohérente (cf. 15 septembre 2009, *Moskal c. Pologne*, n° 10373/05 ; 26 avril 2018, *Cakarevic c. Croatie*, n° 48921/13). Surtout, sur la base d'une connaissance juridique ainsi clarifiée et connue de tous les acteurs, les travaux nécessaires à l'adaptation des systèmes d'information des caisses pourraient être lancés.

Une **action législative d'harmonisation** pourrait également être envisagée, au vu de la disparité des conséquences de la fraude sur la période de paiements ou d'indus répétables. Ainsi, si les cotisations et contributions sociales se prescrivent par 3 ans à compter de l'expiration de l'année au cours de laquelle elles sont dues (cf. article L. 244-3 CSS), ce délai est porté à 5 ans en cas de fraude (cf. articles L. 244-11 CSS pour le régime général et L. 725-12 du code rural et de la pêche maritime pour les régimes agricoles). Le droit fiscal distingue lui le délai de reprise, c'est-à-dire la période au cours de laquelle l'imposition éludée est due, dont l'expiration libère le contribuable de son obligation de paiement, du délai de prescription de l'action en recouvrement : ainsi, le délai de reprise de l'impôt sur le revenu, de l'impôt sur les sociétés et de la TVA est de 3 ans suivant l'année au titre de laquelle l'imposition est due ou la taxe exigible ; en cas de dépôt de plainte pour fraude fiscale, le droit de reprise peut porter sur 2 années supplémentaires, soit 5 ans au lieu de 3 ; dans les hypothèses d'activité occulte, d'ouverture d'une enquête judiciaire pour fraude fiscale, d'établissement d'un procès-verbal de flagrance fiscale ou de méconnaissance d'obligations déclaratives ayant trait à des structures des comptes, des contrats d'assurance-vie ou des trusts établis à l'étranger, le droit de reprise peut s'exercer jusqu'à la fin de la 10^{ème} année suivant celle au titre de laquelle l'imposition est due. En matière de fraude aux allocations chômage, l'article L. 5422-5 du code du travail dispose aussi que l'action en remboursement de l'allocation d'assurance se prescrit par 3 ans et, en cas de fraude, par 10 ans, ce texte précisant que ces délais courent dans les deux cas à compter du jour du versement de ces sommes.

Ainsi, le rapport entre la période de recouvrement de paiements éludés ou indus selon que la fraude est retenue ou pas s'établit aujourd'hui comme suit :

- cotisations et impôts : 5 ans au lieu de 3, soit x 1,6
- impôts en cas de procédure judiciaire : 10 ans au lieu de 3, soit x 3,3
- allocations chômage : 10 ans au lieu de 3, soit x 3,3
- prestations sociales : 20 ans au lieu de 2, soit x 10

Une harmonisation du droit applicable, notamment entre social et fiscal du point de vue du recouvrement, et entre prestations et cotisations du point de vue social, devrait être mise à l'étude avant de lancer des travaux informatiques pour permettre aux caisses d'appliquer réellement les règles de prescription.

c) La sanction de l'abus de droit social

Les organismes sont tenus de respecter un certain nombre de garanties procédurales dans l'exercice de leur mission de lutte contre la fraude sociale. Ils ne doivent cependant pas être désarmés face à des abus de droit, par lesquels des indécis visent à « se jouer des textes » dans une intention frauduleuse.

La procédure de répression des abus de droit, issue de la loi du 13 janvier 1941 portant simplification, coordination et renforcement du code général des impôts directs et aujourd'hui régie par l'article L. 64 du livre des procédures fiscales (LPF), se présente comme une arme de dissuasion redoutable entre les mains de l'administration fiscale pour sanctionner lourdement, avec des majorations de 40 % ou 80 %, tout contribuable cherchant à obtenir indûment un avantage fiscal, sous couvert d'une application formelle de la loi mais en trahissant son esprit. Suivant la recommandation du Conseil des prélèvements obligatoires (CPO) dans son rapport de 2007 intitulé « La fraude aux prélèvements obligatoires et son contrôle », la LFSS 2008 l'a importée dans le CSS afin de réprimer l'abus de droit social et la loi du 12 mai 2009 de simplification et de clarification du droit et d'allègement des procédures l'a adapté conformément aux recommandations du rapport d'Olivier Fouquet de juillet 2008 intitulé « Cotisations sociales : stabiliser la norme, sécuriser les relations avec les URSSAF et prévenir les abus ». Si son efficacité en matière de cotisations n'a pas encore atteint celle qu'elle a en droit fiscal, son extension au champ des prestations sociales devrait être étudiée.

- Les règles applicables aux cotisations sociales

Comme en matière fiscale, l'abus de droit social, qui figure à l'article L. 243-7-2 CSS, recouvre deux hypothèses :

- Le **caractère fictif** des actes ;
- La situation où des actes non fictifs ont pour **unique objet** d'éluder le paiement des cotisations et contributions sociales ou de l'atténuer en « *recherchant le bénéfice d'une application littérale des textes à l'encontre des objectifs poursuivis par leurs auteurs* ».

L'enjeu de cette qualification est double : l'acte est inopposable à l'organisme de recouvrement et il entraîne l'application d'une **pénalité de 20 %** des cotisations et contributions dues. La procédure est entourée de garanties spécifiques : la lettre d'observations doit être contresignée par le directeur de l'URSSAF ; le cotisant peut solliciter l'avis du comité des abus de droit social (faculté dont dispose également l'organisme de recouvrement) et, quel que soit l'avis rendu par ce comité, l'organisme de recouvrement supporte la charge de la preuve en cas de réclamation.

En matière fiscale, un élément essentiel de cette qualification repose sur le caractère intentionnel de la dissimulation du cotisant : si l'administration fiscale doit recueillir des éléments objectifs, l'intentionnalité constitue l'élément qui permet de déterminer si la procédure de l'article L. 64 LPF peut être mise en œuvre ou si, au contraire, l'administration fiscale peut user directement du pouvoir général de rectification qu'elle tire de l'article L. 55 LPF qui lui permet de donner leur effet légal aux actes et conventions qui lui ont été soumis

(cf. CE, 21 juillet 1989, n° 58871, *Lalande* et 30 juillet 2003, n° 232004, *Ministre c/ Société Azur industrie* ; Cass. Com., 24 avril 1990, n° 88-14.365 et 4 novembre 2020, n° 18-25.547). Les deux procédures sont substantiellement différentes, ce qui a pour effet de sanctionner comme étant irrégulière la rectification fondée, implicitement mais nécessairement, sur le terrain de l'abus de droit, sans mettre en œuvre la procédure spéciale et ses garanties pour le contribuable (cf. CE, 21 juillet 1989, n° 59970, *Bendjador* ; Cass. Com., 9 juin 2004, n° 01-11.964) : c'est l'abus de droit implicite ou rampant selon l'expression retenue par la doctrine.

Malgré l'intérêt politique manifesté à ses débuts, la procédure de répression de l'abus de droit social a largement été délaissée, au point que la nomination des membres du premier comité de l'abus de droit social n'est intervenue que fin 2011 et ses membres, qui ne se sont réunis que deux fois, n'ont pas été renouvelés à l'expiration de leur mandat de 3 ans. On trouve donc peu de jurisprudence que cette procédure (cf. Cass. Civ. 2, 12 octobre 2017, n° 16-21.469 : la divergence d'appréciation sur les règles d'assiette des cotisations n'est pas susceptible de donner lieu à la procédure d'abus de droit social, dès lors qu'il s'agit d'une question d'interprétation de la norme sans appréciation de la volonté du cotisant).

Dans ce contexte, la question de l'**abus de droit social implicite** se posait puisque l'absence de redressement fondé sur l'abus de droit ne signifiait pas absence de redressement. Des pratiques des URSSAF en marge de la procédure d'abus de droit avaient ainsi été relevées, ainsi que l'insécurité juridique qui les entouraient. En effet, la situation de l'URSSAF se présente sous un jour différent de l'administration fiscale : cette dernière peut avoir le choix entre l'abus de droit et la simple interprétation ou requalification au titre de la rectification de l'article L. 55 LPF, de sorte que, dans ce second cas, il n'y a pas d'abus de droit implicite, alors que l'URSSAF ne disposait pas de ce second outil. De fait, les URSSAF estimaient généralement n'avoir à suivre la procédure de l'article L. 243-7-2 CSS que lorsqu'elle le mentionnait expressément, ce qui se traduisait par l'application de la pénalité de 20 %. Le constat était déjà formulé par le rapport Fouquet en 2008 : « les URSSAF, qui ne disposent pas d'un système opérant de répression des abus de droit, requalifient les faits de façon exagérée sans tenir compte des choix d'organisation sociale faits par les requérants ».

Ces pratiques ont été censurées par la Cour de cassation (cf. Civ. 2, 16 février 2023, n° 21-11.600, 21-12.005, 21-18.322 et 21-17.207 ; 11 mai 2023, n° 21-17.226) : lorsque l'organisme de recouvrement écarte un acte juridique dans les conditions de l'article L. 243-7-2 CSS, il se place nécessairement sur le terrain de l'abus de droit, de sorte qu'il doit se conformer à la procédure prévue dans ce cas et qu'à défaut de ce faire, les opérations de contrôle et de recouvrement sont entachées de nullité. Faute de s'être soumis à cette procédure, l'URSSAF ne peut pas se prévaloir du défaut de constitution du comité des abus de droit et peu importe qu'il n'ait pas appliqué la pénalité de 20 % prévue en cas d'abus de droit. Pour redynamiser la procédure d'abus de droit social et éviter trop de contestations au titre de l'abus de droit rampant, la LFSS 2024 a apporté deux modifications procédurales substantielles.

En premier lieu, sur le modèle de la procédure fiscale, elle a conféré explicitement⁷ aux agents de contrôle des URSSAF le pouvoir de donner aux faits et actes qu'ils sont amenés à contrôler une qualification différente de celle proposée par la personne contrôlée : la **requalification** conduit non pas à écarter un acte juridique tenu pour inopposable à l'organisme de recouvrement mais à rendre à cet acte, compte tenu de son objet et des conditions auxquelles il répond, sa qualification juridique exacte au regard de la règle de droit, sans tenir compte d'une intention frauduleuse. Ce pouvoir de requalification des agents des URSSAF et des caisses de MSA ne peut être mis en œuvre que dans le cadre de la procédure de contrôle d'assiette et avec les garanties qui lui sont attachées, en particulier son caractère contradictoire, l'obligation de motivation, ainsi que la possibilité d'être assisté d'un conseil librement choisi. La requalification doit être expressément mentionnée dès la lettre d'observations et, si les appréciations du contrôleur sont modifiées à l'issue de la procédure de contrôle, le rapport de contrôle ne peut proposer qu'une minoration du redressement initialement envisagé. En effet, la Cour de cassation estime de manière constante que l'obligation d'information du cotisant avec une précision suffisante constitue une formalité substantielle, dont le non-respect entraîne la nullité de la procédure de contrôle (cf. Civ. 2, 20 mars 2008, n° 07-12.797 et 12 mars 2020, n° 19-11.399).

En second lieu, la LFSS 2024 a **supprimé le comité des abus de droit social** pour simplifier la procédure de sanction des abus de droit en l'inscrivant dans le cadre usuel des sanctions administratives prononcées par les URSSAF, susceptibles de faire l'objet par le cotisant d'une saisine de la CRA qui est obligatoire avant un éventuel contentieux. Cette réforme procédurale a pour effet de transformer l'abus de droit en une sanction administrative pouvant être prononcée par le directeur de l'organisme de recouvrement, sur le modèle de la procédure d'obstacle à contrôle (cf. article L. 243-12-1 CSS) ou des sanctions en matière de fraude aux prestations (cf. articles L. 114-17 et L. 114-17-1 CSS précités). Ces deux procédures prévoient une procédure contradictoire *ad hoc* alors que la pénalité de 20 % pour abus de droit est prononcée en même temps qu'est notifié le résultat du contrôle.

Au regard de la procédure de sanction applicable en matière de prestations sociales, la suppression du comité de l'abus de droit social en matière de cotisations sociales paraît peu pertinente. Il existe en effet une commission des pénalités à la place de la CRA pour les prestations, alors que le mouvement inverse a été retenu en matière de cotisations. Certes cela ne pose pas de problème de constitutionnalité, au regard de ce que le Conseil d'Etat a jugé concernant le comité de l'abus de droit fiscal : d'une part, il n'y a pas de méconnaissance des droits de la défense dès lors que la procédure prévue en cas d'abus de droit revêt un caractère contradictoire (cf. CE, 28 novembre 2011, n° 352520, *Société Verneuil et associés*) et, d'autre part, le grief tiré de la méconnaissance des principes d'indépendance et d'impartialité et de la garantie des droits du fait de la composition et du mode de désignation des membres du comité est inopérant dès lors qu'il ne constitue pas une juridiction mais un organisme consultatif (cf. CE, 29 septembre 2010, n° 341065, *Société Snerr Théâtre de Paris*). Pour autant, l'existence d'un comité spécifique et national se justifie

⁷ Les URSSAF requalifiaient déjà implicitement, en cas de travail illégal, un bénévolat ou un travail indépendant en salariat (cf. Cass. Civ. 2, 9 mars 2006, n° 04-30.220 et 28 novembre 2019, n° 18-15.333).

pleinement au regard à la nécessité de disposer d'une expertise juridique allant au-delà des compétences traditionnelles de la CRA, de la possibilité de pouvoir entendre les parties devant le comité pour pouvoir éclairer des questions par définition complexes et de l'importance d'avoir une appréhension uniforme et une cohérence d'ensemble de la notion d'abus de droit entre les URSSAF. La mise en place alternative de mécanismes de coordination entre URSSAF, ainsi que d'outils permettant aux cotisants de connaître les montages sanctionnés afin d'assurer une meilleure sécurité juridique s'impose donc désormais.

On relèvera enfin que l'abus de droit en matière de cotisations sociales ne concerne, hors actes fictifs, que le cas où le cotisant a pour **motif exclusif** d'éluder ou d'atténuer le prélèvement, alors que la panoplie offerte par le droit fiscal permet également à l'administration de contester des actes qui ont pour **motif principal** (et non pas seulement exclusif) d'éluder ou d'atténuer l'impôt, en vertu de l'article L. 64 A LPF issu de la loi de finances pour 2019. Cette qualification particulière d'abus de droit n'emporte pas l'application d'une majoration de 40 % ou 80 %, afin de respecter la décision n° 2013-685 DC du 29 décembre 2013 qui avait censuré une première tentative d'extension de l'abus de droit au motif que l'importante marge d'appréciation ainsi conférée à l'administration fiscale avait des conséquences trop importantes pour le contribuable. Son importation en droit social pourrait s'envisager si elle permet de répondre à des besoins spécifiques des agents de contrôle.

- *Quelles règles pour les prestations sociales ?*

L'extension de la procédure d'abus de droit social aux prestations, avec majorations spécifiques au-delà des pénalités déjà prévues par les articles L. 114-17 et L. 114-17-1 CSS, pourrait étendre la panoplie des outils dont doivent disposer les organismes sociaux en matière de lutte contre la fraude, dans un objectif dissuasif. Sanctionner explicitement des abus de droit⁸, avec des pénalités renforcées par rapport à celles déjà existantes, permettrait de mieux graduer la répression au regard du principe constitutionnel de proportionnalité.

Il serait possible de s'inspirer de la loi de finances pour 2024, qui a instauré à l'article L. 115-1 CRPA un régime juridique général de **sanction des fraudes aux aides publiques**, parallèle à ceux qui luttent contre la fraude fiscale et sociale. En complément de la sanction pénale, a ainsi été créée une sanction administrative, sous la forme d'une majoration de 40 % (en cas de manquement délibéré) ou de 80 % (en cas de manœuvres frauduleuses), sur le modèle du quantum de l'abus de droit fiscal, qui vient en complément de la récupération de l'indu, lorsque le bénéficiaire d'une aide publique l'a obtenue par « *en fournissant des informations inexactes ou incomplètes* ». Ce nouveau dispositif permet une sanction dissuasive car à la fois forte et plus rapide que la voie de la procédure pénale, laquelle doit pour autant demeurer utilisée dans un objectif d'exemplarité de la répression face aux fraudes les plus graves.

L'obtention d'aides publiques, qui commande le prononcé de des majorations, n'est pas définie en référence à des dispositions juridiques précises mais il est clair que le champ

⁸ Au sens d'optimisation du droit, et non d'abus de pratique de la part d'un professionnel de santé qui ne respecterait pas un référentiel de bonnes pratiques.

d'application de ce dispositif ne concerne pas le bénéfice de prestations sociales. L'évaluation préalable de l'article de loi citait notamment les aides pour les entreprises touchées par les mesures de prévention de la Covid-19 et les aides à la rénovation énergétique (certificats d'économie d'énergie, « Ma Prime Rénov' »). Le champ de l'abus de droit étant désormais étendu du côté des dépenses publiques, il serait paradoxal qu'il ne concerne pas les dépenses sociales, alors que la lutte contre la fraude sociale est une priorité d'action publique.

En tout état de cause, il est toujours possible pour un organisme social, même sans texte spécifique, d'invoquer une « **fraude à la loi** » pour écarter des actes de droit privé. Le Conseil d'Etat juge ainsi qu'indépendamment de la procédure de l'abus de droit fiscal et hors de son champ d'application, l'administration dispose de pouvoirs équivalents, sans bien sûr pouvoir alors appliquer une sanction spécifique : si un acte de droit privé opposable aux tiers est en principe opposable dans les mêmes conditions à l'administration tant qu'il n'a pas été déclaré nul par le juge judiciaire, il appartient à l'administration, lorsque se révèle une fraude commise en vue d'obtenir l'application de dispositions de droit public, d'y faire échec même dans le cas où cette fraude revêt la forme d'un acte de droit privé. Ce principe, qui peut conduire l'administration à ne pas tenir compte d'actes de droit privé opposables aux tiers, s'applique en matière fiscale, dès lors que le litige n'entre pas dans le champ d'application de l'article L. 64 LPF qui fait obligation à l'administration fiscale de suivre la procédure qu'il prévoit. Ainsi, elle peut toujours écarter comme ne lui étant pas opposables certains actes passés par le contribuable, dès lors qu'elle établit que ces actes, soit ont un caractère fictif, soit que, recherchant le bénéfice d'une application littérale des textes à l'encontre des objectifs poursuivis par leurs auteurs, ils n'ont pu être inspirés par aucun autre motif que celui d'éluder ou d'atténuer les charges fiscales que l'intéressé, s'il n'avait pas passé ces actes, aurait normalement supportées eu égard à sa situation et à ses activités réelles (cf. 27 septembre 2006, n° 260050, *Société Janfin*).

Cette jurisprudence administrative est totalement transposable en droit social. On en trouve d'ailleurs quelques cas d'application, dans le champ de l'aide sociale. Ainsi, dans une décision n° 179831 du 18 mai 1998, *Baquet*, le Conseil d'Etat a jugé que « *la qualification donnée par les parties à un contrat ne saurait faire obstacle au droit pour l'administration de l'aide sociale de rétablir, s'il y a lieu, sa nature exacte, sous le contrôle des juridictions de l'aide sociale et sous réserve pour ces dernières, en cas de difficulté sérieuse, d'une question préjudicielle ; qu'il lui incombe ainsi de constater, le cas échéant, qu'une vente constitue en réalité, en raison notamment des conditions très favorables consenties à l'acquéreur, une donation déguisée* ». De même, dans une décision n° 254797 du 19 novembre 2004, *Roche*, il a jugé que « *l'administration de l'aide sociale est en droit de rétablir la nature exacte des actes pouvant justifier l'engagement d'une action en récupération ; que le même pouvoir appartient aux juridictions de l'aide sociale, sous réserve, en cas de difficulté sérieuse, d'une éventuelle question préjudicielle devant les juridictions de l'ordre judiciaire ; qu'à ce titre, un contrat d'assurance vie peut être requalifié en donation si, compte tenu des circonstances dans lesquelles ce contrat a été souscrit, il révèle, pour l'essentiel, une intention libérale de la part du souscripteur vis-à-vis du bénéficiaire et après que ce dernier a donné son acceptation* ».

Conclusion : lisibilité et accessibilité de la lutte contre la fraude sociale

Sur le fond du droit, même si des améliorations et avancées sont encore possibles et nécessaires, la lutte contre la fraude sociale fait désormais l'objet d'un corpus juridique dense et globalement cohérent. Mais sur la forme, comme cet ensemble est le résultat de très nombreuses interventions législatives et réglementaires depuis une vingtaine d'années, avec parfois plusieurs modifications des mêmes articles la même année, un constat d'illisibilité et d'instabilité de ce droit est fait, non seulement par leurs destinataires, les assurés, employeurs et professionnels de santé, au détriment de la sécurité juridique, mais aussi par les acteurs du contrôle eux-mêmes, qui ne savent pas toujours quelle norme appliquer.

Au-delà de la stabilisation sur le fond de la norme, il convient donc de s'attacher à garantir son accessibilité et son intelligibilité, qui constituent un objectif de valeur constitutionnelle (cf. décision du Conseil constitutionnel n° 99-421 DC du 16 décembre 1999), comme la lutte contre la fraude sociale elle-même.

Le moyen à la fois le plus sûr mais le plus radical aussi d'y arriver serait de procéder à la **recodification de l'ensemble du code de la sécurité sociale**. Cette recodification s'impose par voie d'évidence car la sécurité sociale, en 2024, n'est plus celle qu'elle était lorsque la dernière opération de refonte du code a eu lieu, en 1985. De plus, les techniques juridiques de codification ont beaucoup évolué depuis, avec notamment une numérotation des articles qui permet de faciliter l'accès au droit en recouvrant la structure du code et en garantissant le parallélisme entre les parties législative et réglementaire pour chaque matière. Si une telle recodification d'ensemble, qui se réalise par ordonnance sur habilitation législative et s'étend sur plusieurs années, se fait en principe à droit constant, elle permettrait de clarifier les dispositions, trop éparpillées aujourd'hui, concernant la fraude sociale, en les regroupant pour mieux les mettre en visibilité tout en permettant de mieux garantir leur cohérence pour leurs évolutions futures et en veillant à une stricte répartition entre la loi et le règlement.

Un exemple topique de la nécessité d'une recodification du CSS se trouve dans l'introduction du droit à l'erreur par la loi ESSOC en 2018. Ce droit, pourtant une priorité politique, apparaît peu lisible dans le code car il n'était pas envisageable de créer un article transversal sans bouleverser toute l'économie du CSS, dès lors que le droit à rectification intervient nécessairement au sein des dispositions relatives à la notification du recouvrement, chaque prestation ayant les siennes propres.

Faudrait-il, à l'occasion de cette recodification, créer à côté du code de la sécurité sociale lui-même un code de la répression de la fraude sociale ou un livre des procédures et des sanctions sociales, comme il existe en fiscal, à côté du code général des impôts (CGI)⁹, le livre des procédures fiscales (LPF) ? La commission d'enquête de l'Assemblée nationale relative à la lutte contre les fraudes aux prestations sociales le recommande dans son rapport de septembre 2020. Cela ne paraît cependant ni souhaitable, ni nécessaire pour atteindre l'objectif de rationalisation et d'harmonisation des dispositions relatives aux procédures de

⁹ Lui-même aussi en voie de dédoublement avec la codification encore en cours du nouveau code des impositions sur les biens et services (CIBS) créé en 2022.

sanction des fraudes sociales. La comparaison avec le fiscal ne paraît pas pertinente car il existe un unique réseau de contrôle, la direction générale des finances publiques (DGFIP), et donc une application centralisée des procédures et sanctions, qui n'existe pas dans le champ social. De plus, il paraît plus logique de conserver les dispositions concernant la fraude dans le même code que les prestations correspondantes, d'autant que toutes les prestations sociales pourtant gérées par les organismes de sécurité sociale ne figurent pas seulement dans le CSS mais aussi dans le code du travail (travail dissimulé, assurance chômage), le code de la construction et de l'habitation (aides au logement) et le CASF (RSA, AAH, prime d'activité).

Sans attendre un futur « grand soir » du CSS, une **réorganisation des seules dispositions relatives à la lutte contre la fraude sociale** au sein du code serait un exercice très utile et plus atteignable à court terme car de portée plus limitée. Il pourrait aussi être réalisé par ordonnance, au titre de la simplification. Au-delà des différentes thématiques évoquées dans le présent rapport, une meilleure répartition entre la loi et le règlement permettrait d'alléger globalement le volume des normes car il y a trop souvent tendance à recopier inutilement à la loi au niveau réglementaire, sans rien y ajouter, ce qui est contraire à l'objectif, prôné par tous par ailleurs, de « sobriété normative ». Un regroupement des dispositions applicables est aussi nécessaire : en raison de la construction itérative des dispositions concernées, on en trouve certes une grande partie dans le chapitre IV *ter*, intitulé « *Contrôle et lutte contre la fraude* », du titre I^{er} du livre I^{er} du code, créé en LFSS 2006, mais aussi au sein du chapitre VII, intitulé « *Pénalités* », du titre VII du même livre I^{er} qui comprend les dispositions communes à tout ou partie des régimes de base et qui lui préexistait.

Il est évident que les caisses les services des caisses ont besoin d'un mode d'emploi opérationnel de l'ensemble des dispositions applicables et qu'il n'est pas toujours aisé ni pratique de feuilleter pour les combiner les différents articles législatifs et réglementaires concernant chaque procédure. C'est pourquoi une **circulaire récapitulative et interprétative**, pour l'ensemble de la lutte contre la fraude sociale, devrait être réalisée par la DSS, à destination des réseaux des caisses. Elle pourrait être publiée au sein du bulletin officiel de la sécurité sociale (BOSS), qui a montré tout son intérêt en matière de cotisations et qui gagnerait à être étendu aux prestations. La DSS est légitime à donner des interprétations, opposables aux tiers, pour harmoniser les pratiques des organismes, sur le modèle des interprétations données au niveau central par le service de la sécurité juridique et du contrôle fiscal (SJCF) à l'ensemble du réseau de la DGFIP. S'agissant de l'application de ces interprétations générales et de leur déclinaison opérationnelle, des circulaires élaborées par chaque caisse nationale pour son réseau sont aussi nécessaires. L'unification en cours du recouvrement social facilite la convergence des actions de lutte contre la fraude du côté des cotisations sociales. Pour les prestations en revanche, il continuera d'exister des corps de règles spécifiques à chaque branche. C'est pour cette raison, comme indiqué précédemment, qu'une définition unique de la fraude n'a pas d'intérêt pratique.

Malgré la complexité du droit, inhérente au droit social qui vise à tenir compte au plus près des besoins de la réalité des situations des assurés, l'efficacité de la lutte contre la fraude pourrait être améliorée par la mise en place, au niveau de la DSS (MNC et mission fraude), d'un **appui centralisé** pour les procédures complexes : en dépit de la suppression

inoportune du comité des abus de droit social, cela pourrait permettre par exemple d'appréhender de manière unifiée la notion d'abus de droit social et les différents cas possibles d'application. La Cour des comptes préconisait aussi, dans son rapport de septembre 2020 sur la lutte contre la fraude sociale, de créer une unité spécialisée transversale à l'ensemble des organismes sociaux, de lutte contre les fraudes externes et internes en bande organisée, faisant intervenir des schémas sophistiqués ou opérant sur internet, composée d'agents spécialisés dans la répression des agissements criminels et la cybercriminalité. La commission d'enquête de l'Assemblée nationale sur la fraude sociale avait une recommandation similaire dans son rapport de 2020 : au sein de chaque organisme de protection sociale, organiser la remontée d'information concernant les cas de fraude complexe pour assurer une diffusion des modes opératoires au sein du réseau.

La rationalisation et l'harmonisation du fond du droit applicable en matière sociale sont tout aussi importantes que celles des procédures de lutte contre la fraude pour garantir son efficacité. On peut prendre l'exemple de la rationalisation des conditions d'appréciation de la stabilité de la résidence pour ouvrir droit aux différentes prestations servies par la sécurité sociale : une définition unifiée de cette condition entre branches permet de faciliter les contrôles et donc d'améliorer leur efficacité. Ainsi, après que la LFRSS 2023 a modifié cette condition pour les pensions de retraite, un décret du 19 avril 2024 relatif à la condition de stabilité de la résidence pour le bénéfice des prestations familiales a aligné l'ensemble des conditions de stabilité de la résidence des prestations servies par les CAF et les caisses de MSA sur la même durée de 9 mois, comme c'était déjà le cas pour le RSA, l'AAH et la prime d'activité. Un alignement complet impliquerait de modifier également les conditions d'éligibilité pour les aides au logement, et au-delà pour les prestations servies par la branche maladie. L'objectif de simplifier les opérations de contrôle des caisses leur permettra de mutualiser pour les mêmes allocataires les vérifications opérées. Le gain d'efficacité ainsi réalisé doit permettre de contrôler davantage de dossiers, avec plus de lisibilité tant pour les agents que les bénéficiaires.

Plus la réglementation est complexe, difficile à comprendre, plus le risque de fraude ou de non-respect du droit est élevé. La complexification excessive de la réglementation risque elle-même de susciter de la fraude, car à ces complexités juridiques répondent les sophistications des modalités et formes de fraude, auxquelles cherchent ensuite à répondre les développements et améliorations des méthodes de contrôle... Les opportunités ouvertes par la complexité, résultant de la volonté des pouvoirs publics de s'adapter toujours plus vite aux différentes situations révélées, suscite en effet en réponse une capacité accrue de déguiser ou d'adapter ces situations avec un raffinement à l'infini, jouant et se jouant des textes eux-mêmes. Au-delà du symbole politique attaché à chaque étoffement de l'arsenal punitif, la multiplication des dispositifs de lutte contre la fraude aboutit à une juxtaposition et une complexification de multiples procédures, qui ne sont pas suffisamment appliquées et nécessitent des développements et adaptations des systèmes d'information. Une réflexion approfondie préalable à toute nouvelle réglementation est donc aujourd'hui absolument nécessaire, pour garantir l'efficacité de la lutte indispensable contre la fraude sociale.

■ ■ ANNEXE 2 : LA TAXATION DES ACTIVITES ILLICITES EN MATIERE FISCALE

Le traitement des activités illicites en matière fiscale

Un principe général : les gains qu'une personne retire d'une activité illicite comme le trafic de stupéfiants, sont imposables au titre des bénéfices industriels et commerciaux, comme cela a pu être rappelé par le Conseil d'État. Ce principe s'applique indépendamment des condamnations encourues par ailleurs.

« Considérant que la cour administrative d'appel n'a pas commis d'erreur de droit en jugeant que les profits retirés par M. X... du trafic illicite de stupéfiants à raison duquel il a été notamment condamné à une peine d'emprisonnement et d'une amende par un jugement du tribunal de grande instance de Paris, statuant en matière correctionnelle, du 2 août 1983, confirmé par un arrêt du 22 novembre 1983 de la cour d'appel de Paris, étaient passibles de l'impôt sur le revenu, en tant que bénéfices provenant de l'exercice d'une activité commerciale, au sens de l'article 34 du code général des impôts ».

Cette règle –reflet de ce que certains auteurs qualifient d'« a-moralisme » du droit fiscal – trouve sa justification dans le fait que chaque corpus de règles doit répondre à sa propre finalité –soit, s'agissant du droit fiscal, établir une base imposable .

Un principe difficile à mettre en œuvre : Toutefois si « en droit, rien n'empêche l'imposition de revenus issus d'activités lucratives non déclarées et illicites par exemple, le trafic de stupéfiants, d'armes, de produits de contrefaçon, d'alcool ou de tabac, notamment par l'application d'une taxation d'office, à l'initiative de l'administration, sur le fondement de l'article L. 66 du livre des procédures fiscales (...), cette imposition est souvent très difficile à mettre en œuvre au plan pratique, faute pour l'administration de pouvoir établir l'assiette d'un revenu provenant d'une activité délictueuse, par nature occulte, en l'absence de comptabilité, de factures ou de mouvements sur des comptes bancaires. Les seuls éléments tangibles, généralement, sont la marchandise saisie qui a fait l'objet de l'infraction ou les biens qui ont servi à commettre celle-ci. En outre, l'administration fiscale, dans ce cadre, s'appuie à l'ordinaire sur le résultat de procédures judiciaires achevées ou sur le point de l'être. Dans ces conditions, le contrôle intervient tardivement par rapport à la date de commission des infractions ou du constat de celles-ci, ce qui conduit fréquemment à l'impossibilité de localiser les redevables ou leur patrimoine ».

Des dispositions pour approcher les activités illicites. Pour tenter de mieux appréhender les activités illicites, leur traitement a été précisé, en matière fiscale par la loi de finances rectificative pour 2009 via deux dispositifs : l'un se fonde sur une présomption de revenu ; l'autre sur le train de vie du délinquant.

Une présomption de revenu : L'article 1649 quater-0 B bis du code général des impôts a prévu que la personne qui a eu la libre disposition d'un bien objet de l'une des infractions suivantes (crimes et délits de trafic de stupéfiants ; crimes en matière de fausse monnaie ; crimes et délits en matière de législation sur les armes ; délits à la réglementation sur les tabacs et les alcools ; délit de contrefaçon) est réputée avoir perçu un revenu imposable équivalant à la valeur vénale de ce bien :

- suite à des constatations opérées dans le cadre de procédures judiciaires (enquête menée à la suite de la constatation d'un crime ou délit, enquête préliminaire, instruction préparatoire) ;
- et lorsque l'administration fiscale en a été informée par le ministère public à l'occasion d'une procédure judiciaire, par l'autorité judiciaire dans le cas où celle-ci disposerait d'indications de nature à faire présumer une fraude fiscale, ou par des agents de police judiciaire dans le cadre d'échanges de renseignements avec les services fiscaux, par levée du secret professionnel.

■ ■ ■ ANNEXE 3 : LES REGIMES DE PENALITES SELON LES BRANCHES

	Principe général	Plancher	Plafond
Famille	La pénalité est fixée en fonction de la gravité des faits		
Retraite	Hors situation où l'intention de frauder est établie	/	4 PMSS ¹⁰ (15 456 €)
	Hors situation où l'intention de frauder est établie et dans les cas de récidive	/	8 PMSS (30 912 €)
	Lorsque l'intention de fraude est établie	1/30 du PMSS (128€)	8 PMSS (30 912 €)
	Lorsque l'intention de fraude est établie et en cas de fraude en bande organisée		16 PMSS (61 824 €)
Maladie	La pénalité est fixée en fonction de la gravité des faits		
	Hors cas de fraudes « établis par voie réglementaire » ¹¹	/	<u>Proportionnellement aux sommes concernées, dans la limite de 70% de celles-ci</u> Ou, à défaut de sommes déterminées ou clairement déterminables : forfaitairement dans la limite de 4 PMSS (15 456 €)
	Hors cas de fraudes « établis par voie réglementaire » si récidive	/	Montants doublés
	En cas de fraude établie dans les cas définis par voie réglementaire	De 1/10 du PMSS au PMSS selon les catégories concernées ¹²	<u>300% des sommes concernées</u> Ou, à défaut, 8 PMSS (30 912 €)
	En cas de fraude établie dans les cas définis par voie réglementaire		<u>400% des sommes concernées</u> Ou, à défaut, 16 PMSS (61 824 €)
Pôle emploi	Régime unique : plafond : le montant de la pénalité ne peut excéder 3 000 euros ¹³		

¹⁰ Plafond mensuel de la sécurité sociale.

¹¹ R147-11 du CSS.

¹² L114-17-1 CSS.

¹³ L5426-5 du code du travail.

Les majorations applicables en cas de redressement dans la branche recouvrement¹⁴

Contrôle comptable d'assiette	Droit à l'erreur	Pas de majoration (de redressement ou de retard initiale) dès lors que l'omission ou l'erreur n'est pas intentionnelles, sauf si le redressement est d'un montant élevé, c'est-à-dire supérieur au plafond de la Sécurité sociale ¹⁵ .
	Majoration pour réitération ¹⁶	Montant du redressement des cotisations et contributions sociales mis en recouvrement à l'issue d'un contrôle majoré de 10 %
LCTI	Majoration LCTI ¹⁷	Montant du redressement majoré de 25% Majoration portée à 40% si cette infraction est commise : - à l'égard de plusieurs personnes ; - par l'emploi dissimulé d'un mineur soumis à l'obligation scolaire ; - à l'égard d'une personne dont la vulnérabilité ou l'état de dépendance sont apparents ou connus de l'auteur ; - en bande organisée Sauf en cas de nouvelle contestation de travail dissimulé dans les 5 ans : les majorations de redressement pour travail dissimulé peuvent être réduites de 10 points : - si l'entreprise procède au règlement intégral des cotisations, pénalités et majorations de retard dans les 30 jours de la notification de la mise en demeure ;

¹⁴ En sus des majorations décrites dans le tableau ci-dessous, sont applicables :

— des majorations de retard :

- Majorations de retard initiales (qui représentent une sanction financière) : Le taux des majorations de retard initiales est de 5 % des cotisations et contributions dues
- Majorations de retard complémentaires (correspondant au loyer de l'argent) : le taux est fixé à 0,20 % par mois de retard pour les périodes d'activité à compter du 1er janvier 2018. Il est abaissé à 0,1 % en cas de paiement des cotisations et contributions faisant l'objet d'un redressement suite à contrôle dans les 30 jours suivant la mise en demeure.
- Sous certaines conditions, ces majorations peuvent être remises, y compris après constat de travail dissimulé (après règlement de la totalité des cotisations et contributions ou lorsque le cotisant a souscrit à une demande de délais de paiement avec l'organisme de recouvrement dont il relève).

— des pénalités en cas de défaut de production de la déclaration (le défaut de production de la déclaration dans le délai prescrit entraîne une pénalité de 750 € ; si le retard excède un mois, l'entreprise encourt une pénalité supplémentaire d'un montant de 750 € par mois ou fraction de mois de retard) et en cas d'inexactitude de la déclaration (une pénalité de 750 € est également appliquée en cas d'inexactitude de la déclaration produite).

¹⁵ En revanche, l'entreprise doit acquitter le redressement. En effet, un redressement n'est pas une sanction. Il permet simplement de rétablir le montant des cotisations qui auraient dû être versées.

¹⁶ L243-7-6 CSS : « Le montant du redressement des cotisations et contributions sociales mis en recouvrement à l'issue d'un contrôle réalisé en application de l'article L. 243-7 est majoré de 10 % en cas de constat d'absence de mise en conformité. Un tel constat est dressé lorsque le cotisant n'a pas pris en compte les observations notifiées lors d'un précédent contrôle, que ces observations aient donné lieu à redressement ou non ». Cette disposition s'applique si l'entreprise n'a pas pris en compte les observations identiques notifiées à l'issue d'un contrôle précédent réalisé depuis moins de six ans.

¹⁷ L243-7-7 CSS.

		- ou si l'entreprise présente dans ce même délai un plan d'échelonnement du paiement qui est accepté par le directeur de l'organisme du recouvrement, sous réserve du respect de ce plan Inversement : les majorations de redressement initiales de 25 et 40% sont portées respectivement à 45% et 60% lorsqu'il est constaté une nouvelle infraction pour travail dissimulé dans les 5 ans de la notification d'une première infraction.
Abus de droit	Majoration	Pénalité égale à 20% du redressement

■ ■ ■ ANNEXE 4 : FRAUDES, FAUTES, ABUS DANS L'ASSURANCE MALADIE

Fraudes ¹⁸	Activités fautives ¹⁹	Activités abusives ²⁰
= fausse déclaration, falsification d'un document, acte fictif... <u>Liste exhaustive et limitative</u> des manquements qualifiés de fraude²¹ Établissement ou usage de faux, caractérisé par toute altération de la vérité sur tout document permettant l'ouverture des droits, sur toute pièce justificative, ordonnance, feuille de soins ou autre support de facturation, déclaration d'accident du travail ou de trajet, <i>DADS en vue de minorer les cotisations dues au titre des AT/MP</i>, attestation ou certificat, sous forme écrite ou électronique (sont incluses dans cette circonstance les facturations d'actes ou de délivrances fictifs intentionnels).²² Falsification notamment par surcharge²³. Fausse déclaration en vue notamment d'ouverture de droits, de perception ou de majoration de prestations²⁴. Omission volontaire de déclaration (y compris la déclaration d'accidents du travail) ou de modification de cette même déclaration, lorsque ces faits conduisent à l'attribution ou au maintien injustifié de droits à l'assurance maladie et à la protection complémentaire en matière de santé	= surcotations d'actes, surfacturation kilométrique Non-respect, de manière répétée, de l'obligation de mentionner le caractère non remboursable des produits, prestations et actes prescrits en dehors des indications ouvrant droit à prise en charge. Non-respect, de manière répétée, de l'obligation de conformité des prescriptions avec le protocole ALD Non-respect, de manière répétée, de l'obligation faite au pharmacien de délivrer le conditionnement le plus économique compatible avec les mentions figurant sur l'ordonnance.	= exécution ou prescription d'actes médicaux ou paramédicaux au-delà du besoin de soins du patient. Exécution réitérée d'actes médicaux ou paramédicaux au-delà du besoin de soins du patient. Prescriptions réitérées d'actes paramédicaux, de produits de santé ou de services au-delà du besoin de soins du patient. Prescriptions réitérées d'arrêts de travail ouvrant droit à indemnités journalières au-delà du besoin de repos du patient. Facturations réitérées d'honoraires outrepassant le tact et la mesure.

¹⁸ Circulaire CNAM CIR-1/2012.

¹⁹ Circulaire CNAM CIR-1/2012.

²⁰ Circulaire CNAM CIR-1/2012.

²¹ « L'Assurance Maladie a établi une liste exhaustive et limitative des manquements qu'elle qualifie de fraude ; cette liste figure dans la circulaire CIR-1/2012 ». Circulaire CNAM : 24/2019.

« La fraude se caractérise, lorsque ces faits illicites auront été constatés dans au moins l'une des circonstances suivantes » circulaire CNAM CIR-1/2012.

²² R147-11 CSS.

²³ R147-11 CSS.

²⁴ R147-11 CSS.

ou à l'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé²⁵.

Duplication, vol, prêt ou emprunt d'un ou plusieurs documents originairement sincères – (dont la carte Vitale et la Carte de professionnel de santé (CPS), en vue d'obtenir ou faire obtenir des prestations de manière illicite²⁶

Exercice d'une activité non autorisée rémunérée ou non pendant une période d'arrêt de travail indemnisée au titre des assurances maladie, maternité et AT/MP²⁷.

Facturation intentionnelle de prestation par une personne physique ou morale en sus de forfaits ou de dotation incluant celle-ci.

Délivrance facturée à l'Assurance Maladie de produits de santé et/ou exécution d'actes intentionnellement au-delà de la prescription.

Facturation de prestations hospitalières soumises à autorisation sans avoir acquis celle-ci.

Facturation de transports réalisés avec un véhicule non agréé, non autorisé ou non conventionné.

Facturation d'actes, de délivrances ou de prestations en lien avec un exercice illégal d'une profession réglementée par le Code de santé publique.

Facturation d'actes, de délivrances ou de prestations réalisés en totalité ou en partie par du personnel non qualifié ou non déclaré.

Facturation d'actes, de délivrances ou de prestations hors champ de compétence ou hors autorisation. -

Facturation d'actes, de délivrances ou de prestations malgré le prononcé d'une sanction.

- Activité frauduleuse menée dans le cadre d'une bande organisée.

Obtention du bénéfice, en connaissance de cause, des activités d'une bande organisée, sans y avoir activement participé²⁸.

Utilisation, par un salarié d'un organisme d'assurance maladie, des facilités conférées par cet emploi²⁹.

²⁵ R147-11 CSS.

²⁶ R147-11 CSS.

²⁷ R147-11 CSS.

²⁸ R147-11 CSS.

²⁹ R147-11 CSS.



ANNEXES AU CHAPITRE 2 - QUELS CHIFFRES ? QUELS RESULTATS ?

■ ■ ■ ANNEXE 1 : L'EVALUATION DE LA FRAUDE AU TRAVERS DES COG DE LA BRANCHE RECOUVREMENT

ACOSS	COG 2006-2009	<i>"Afin d'évaluer l'assiette des cotisations dissimulées, la branche a entrepris des recherches sur les sources d'évasion et de fraude (...). Un programme pluriannuel de recherche sur la dissimulation d'assiette sera défini au second semestre 2006. L'impact de différentes stratégies de lutte contre le travail illégal sera évalué, en lien avec l'observatoire des cotisants et des risques, tant sur leurs effets directs (redressements...) que sur leurs effets indirects sur le comportement des cotisants. "</i>
	COG 2010-2013	<i>"La branche du Recouvrement a entrepris depuis plusieurs années la réalisation d'études ciblées par secteur d'activité, sur la base d'une méthodologie de contrôles aléatoires. Cet effort devra être poursuivi et partagé avec les autres institutions et administrations intéressées : - poursuite des opérations de contrôles aléatoires LCTI sur les secteurs sensibles, pour mesurer la part de situations de fraudes effectives et leur évolution dans le temps ; - publication annuelle d'un rapport sur la fraude ; - évaluation et valorisation de l'impact des contrôles sur les comportements déclaratifs en s'appuyant sur les travaux statistiques engagés dans le cadre des contrôles aléatoires ; - coopération de la branche du Recouvrement aux opérations d'évaluation qui pourraient être lancées par la Délégation nationale à la lutte contre la fraude (DNLF) ; - mener une réflexion sur la réalisation d'enquêtes nationales sur l'ampleur du travail dissimulé ; - mise en place de partenariats universitaires pour mesurer l'impact des politiques de lutte contre la fraude et accroître leur efficacité ; - identifier l'impact du déploiement d'Internet dans l'évolution des formes de fraudes ; - utiliser et organiser la complémentarité des différentes opérations statistiques concernant la lutte contre la fraude pour optimiser les résultats de chacune d'entre elles : enquête aléatoire, évaluation des montants par extrapolation des résultats du contrôle, datamining, étude des comportements, impact des contrôles."</i>
	COG 2014-2017	<i>"La branche du Recouvrement maintiendra une couverture géographique et/ou sectorielle au travers des actions de prévention programmées. Ces actions permettront, outre la détection de situations délictueuses, de disposer d'une expertise sur les risques de fraude par type de secteur. Fréquemment relayées par les médias, elles concourront également à une sensibilisation du grand public. La branche déploiera également des plans nationaux de contrôles aléatoires sur les secteurs jugés à risque. Ces plans auront vocation d'une part à évaluer la prévalence de la fraude dans ces secteurs spécifiques et d'autre part à fournir des informations détaillées sur les pratiques professionnelles communément développées dans ces secteurs"</i>
	COG 2018-2022	<i>"confort[er] la place faite dans les opérations de contrôle aux démarches nationales de contrôle aléatoire, qui permettent une actualisation de la connaissance du potentiel d'évasion sociale, globale, de ses évolutions, mais aussi dans certains cas de disposer d'un appui à l'enrichissement des méthodes de contrôle par secteur ; cette démarche alimentera notamment l'observatoire placé auprès du Haut conseil au financement de la protection sociale suite aux recommandations du rapport du conseil national de l'information statistique sur la fraude"</i>

■ ■ ANNEXE 2 : LES GRANDES PHASES DE L'ÉVALUATION DE LA FRAUDE PAR LES ORGANISMES DE PROTECTION SOCIALE

CNAV	2010	Premier plan de sondage expérimental sur la fraude sur le champ du minimum vieillesse.
	2011	Nouveau sondage sur la base d'un échantillon de 12 147 dossiers Du fait de l'absence de contrôles sur place, le contrôle des résidents à l'étranger est limité à la vérification de la présence d'un certificat d'existence. À défaut d'accès, à l'époque, au portail AGDREF du ministère de l'intérieur, l'authenticité de la carte de séjour n'est pas contrôlée. Enfin, les déclarations sur l'honneur de l'assuré ou de témoins pour les rachats de cotisations prescrites n'entrent pas dans le champ du protocole de contrôle.
	2012	Sur la base du sondage réalisé en 2011 (échantillon de 12 147 dossiers), la proportion de fraudeurs est estimée à 0,0003% au titre de la fraude avérée. En élargissant à la fraude avérée ou suspectée, la proportion de fraudeur était estimée à 0,01%. Fraude avérée : un seul cas détecté. Suspensions de fraudes : 34 cas décelés, liés notamment à l'absence de déclaration de changements de situations par des assurés ou leurs proches (en cas de décès), occasionnant la révision ou la suspension du paiement des retraites concernées.
	-	Estimation non réactualisée Justifié par un rapport coût / utilité en termes de pilotage considéré comme insuffisant du fait d'un taux de fraude très faible ³⁰ .
	2021	Reprise des travaux d'évaluation Évaluation faite sur la base d'un échantillon de 2000 retraités en paiement fin 2020 Lors de la campagne expérimentale menée en 2021, la fraude représenterait 0,03 % des retraités et un montant de 37 millions d'euros, soit 0,03 % des dépenses de 2020 (fourchette de +/- 73 M€). Le montant de la fraude sur les dépenses de l'année 2021 a été estimé à 65 millions d'euros (±42 millions), soit 0,05 % des dépenses de 2021).
	2022	Production d'une nouvelle évaluation Évaluation faite sur la base d'un échantillon de 3000 retraités en paiement fin 2021. La fraude représenterait 0,14 % des retraités (±0,07 %). L'évaluation en montant n'est pas encore disponible.
	2023	La méthode mise en place par la Cnav a été industrialisée en 2023 : L'évaluation statistique se base sur un échantillon aléatoire de retraités tiré, de manière à être représentatif des pensions versées à l'ensemble des retraités et droits en paiement (y compris les anciens travailleurs indépendants). Le plan de sondage est stratifié, afin de regrouper les retraités ayant des risques de fraude a priori proches. Le taux de sondage dans chaque strate est optimisé de manière à avoir au total une estimation de la fraude la plus précise possible (<i>taille d'échantillon total adapté aux moyens</i>). <i>L'organisation du traitement est aménagée sur une équipe dédiée en vue d'obtenir des résultats d'estimation plus rapidement.</i>

³⁰ Avec un risque de fraude plus faible que dans d'autres branches, le coût de l'évaluation est apparu particulièrement dirimant, dès lors que ce coût est d'autant plus élevé que le taux de fraude est faible : un taux de fraude qui ne concernerait que 0,01% des assurés requiert, spontanément (hors méthodologies adaptées), un échantillon de 10 000 assurés pour espérer trouver un assuré en situation de fraude.

CNAM	2010 2011	Premiers travaux d'évaluation sur le champ de la fraude administrative aux indemnités journalières (sans prise en compte de la fraude aux données médicales). Contrôle d'un échantillon aléatoire de 9300 dossiers d'IJ liquidés Préjudice estimé : 7,3 millions d'euros, soit 0,07% des 11,1 milliards d'euros d'IJ liquidées en 2010. Dans son rapport de 2020³¹, la Cour des comptes souligne le caractère improbable de l'estimation : les actions de contrôle visant les fraudes aux IJ ont détecté 5,4 M€ de préjudices subis et évités (alors qu'elles ne couvrent qu'une fraction des IJ versées).
	-	Pas d'évaluation jusqu'en 2021. Justifié par plusieurs éléments : - complexité de l'évaluation du fait de la très large palette de prestations servies (en espèces et en nature) et du très grand nombre d'acteurs de santé (établissements sanitaires publics, privés, médicosociaux, professionnels de ville), obéissant à des règles particulières, - priorisation des moyens sur la détection de la fraude³².
	2020 2021	Travaux méthodologiques (analyse comparative des diverses méthodes d'évaluation de la fraude en France et en Europe) - Reprise des évaluations par secteur.
	2022	Premières évaluations sur le champ de la complémentaire santé solidaire (C2S) et des infirmiers libéraux (mai 2022), puis transporteurs et médecins généralistes (septembre 2022).
	2023	Masseurs-kinésithérapeutes, pharmaciens (octobre 2023), chirurgiens-dentistes (octobre 2023), médecins spécialistes (octobre 2023).
	A venir	Indemnités journalières, pharmaciens, Ehpad, hospitalisation à domicile, laboratoires, pensions d'invalidité, rentes accident du travail – maladie professionnelle, T2A, services de soins infirmiers à domicile, fournisseurs de produits et matériels de soins.

³¹ *La lutte contre les fraudes aux prestations sociales, Des progrès trop lents, un changement d'échelle indispensable, Communication à la Commission des affaires sociales du Sénat.*

³² La question de la complexité a été particulièrement mise en exergue par la CNAM « Alors que les branches retraite ou famille ont des processus et prestations limités en nombre, l'assurance maladie offre une très large palette de prestations en espèces et surtout en nature, qui sont les remboursements de soins, et couvre une multitude d'acteurs de santé – établissements sanitaires publics, privés, médicosociaux, professionnels de ville –, chacun suivant des règles particulières, des nomenclatures d'actes et de prestations spécifiques qui se déclinent en d'innombrables actes. La classification commune des actes médicaux (CCAM) des médecins comporte 6 000 actes, la nomenclature infirmière en compte plusieurs dizaines. Chaque acte a ses propres règles de facturation et ses propres indications médicales. Le 1,2 milliard de feuilles de soins délivrées chaque année se répartit entre des dizaines de milliers d'actes différents, obéissant chacun à des règles particulières. (...) Nous préférons (...) consacrer les moyens dont nous disposons à la détection de la fraude là où elle est la plus probable, dans des champs que nous connaissons et sur lesquels nous concentrons nos forces. » (Audition de M. Nicolas Revel, directeur de la Caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM), de M. Pierre Peix, directeur délégué aux opérations, de M. Marc Scholler, directeur comptable et financier, et de Mme Catherine Bismuth, directrice de l'audit, du contrôle contentieux et de la lutte contre la fraude (mardi 16 juin 2020, Rapport fait au nom de la commission d'enquête relative à la lutte contre les fraudes aux prestations sociales, par M. Patrick HETZEL et M. Pascal BRINDEAU, députés, 8 septembre 2020, comptes rendus).

CNAF	2010 2022	Depuis 2010 estimation bisannuelle, sur la quasi-totalité des prestations versées (sauf ARS, AJPP, prime de Noël, AVPF) - Tirage au sort de 7 200 dossiers (7 145 pour l'enquête 2019 sur la fraude en 2018), selon une méthode statistique d'échantillonnage par stratification (par dix groupes de prestations), dans l'ensemble des foyers d'allocataires. Contrôles approfondis des dossiers pour lesquels une prestation a été versée au cours de l'année (6 743 pour l'enquête 2019) par des agents agréés et assermentés au domicile des allocataires ou sur convocation physique de ces derniers à la Caf. Objectif de ces contrôles = détecter l'ensemble des anomalies qui affectent les prestations versées, au cours de la période de 24 mois qui précède la prescription des indus non frauduleux en faveur des allocataires. Extrapolation sur cette base d'une masse d'indus bruts frauduleux, au titre d'une année, sur l'ensemble des allocataires.
MSA (Prestations)	-	Pas d'évaluation. Travaux méthodologiques en cours - premières estimations attendues pour 2024 sur le champ des prestations de la branche famille.
France Travail	2015	Première évaluation sur le champ des Allocations d'aide au retour à l'emploi (ARE) versées en 2012 - échantillon représentatif de 9 992 demandeurs d'emploi, déterminé à partir de variables de quotas (mois de paiement, âge, motif d'inscription, taux journalier de référence et ancienneté de l'inscription au droit ouvert). Rapprochement des données de France Travail avec celles de la Cnav (DADS) pour connaître les périodes travaillées et les niveaux de salaires) et de l'Acoss (DPE pour connaître les intentions d'embauche) permettant de détecter quatre types de situations anormales. Dossiers en anomalie analysés en vue de qualifier soit des fraudes, définies comme le cumul de trois mois consécutifs d'absence de déclaration (ou non consécutifs s'il s'agit du même contrat), alors que l'assuré perçoit simultanément des allocations et des salaires, soit des incohérences, correspondant à une absence de déclaration d'une durée inférieure à trois mois. 3 688 situations en anomalie détectées, dont 194 fraudes et 238 incohérences. Fraudes estimées à 184 M€ (174M€ au titre des reprises d'emploi non déclarées ; 4M€ au titre des emplois fictifs ; 6M€ au titre d'autres fraudes -fraudes à la résidence, gérances non déclarées.). Dans son rapport de 2020³³, la Cour des Comptes remarque que l'estimation de la fraude vise uniquement quatre types d'anomalies, exclusivement détectées par confrontation de données avec celles de deux partenaires administratifs ; elle ne couvre notamment pas les cumuls de perception d'allocations et de travail non déclaré ou de travail indépendant déclaré. - Pas de nouvelle évaluation jusqu'en 2021.

³³ La lutte contre les fraudes aux prestations sociales, Des progrès trop lents, un changement d'échelle indispensable, Communication à la Commission des affaires sociales du Sénat).

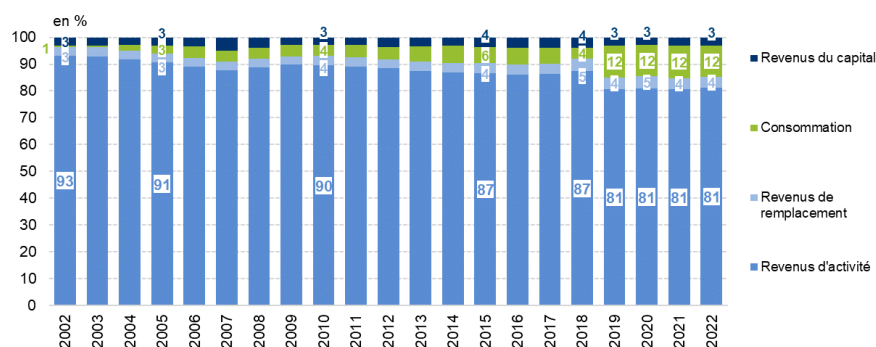
	2021-2022	Reprise des travaux d'évaluation (sur le périmètre de l'ARE et deux typologies de fraudes : périodes d'emploi non déclarées et emplois fictifs). L'évaluation sur les périodes d'emploi non déclarées est effectuée à l'aide des données DSN et DPAE. L'évaluation s'est achevée au premier trimestre 2021 et a permis d'identifier un montant de fraudes non déclarées en 2019 et 2021. L'évaluation sur les emplois fictifs donnant lieu à de fausses ouvertures de droits est effectuée à l'aide données transmises par la Cnav sur la carrière des individus. Elle a été finalisée pour l'année 2019 et en 2022 pour l'année 2021.
	2023-2024	Non déclaration d'arrêts maladie.
URSSA F CN	2004-2005	Premières expérimentations de contrôles aléatoires LCTI sur le secteur des HCR.
	2008	Généralisation de campagnes annuelles de contrôles aléatoires LCTI - 2008 : commerce de détail alimentaire, - 2009-2010 : commerce de détail non alimentaire.
	2011	Lancement de campagnes annuelles de contrôles comptables d'assiettes aléatoires - 2011-2012 : première campagne générale sur un ensemble large de secteurs (hors secteurs nécessitant la mise en œuvre de méthodes d'investigations ad hoc). - 2013 : construction. - 2014 : gardiennage. - 2015-2016 : transport routier. - 2017 : cafés-restaurants. - 2018 : réparation automobile. - 2019 : nettoyage. - (2020-2021 : contrôles aléatoires suspendus en raison du Covid). - 2022-2023 : deuxième campagne générale « tous secteurs ».
	2015-2017	Travaux méthodologiques dans le cadre d'un groupe de travail du CNIS sur la mesure du travail dissimulé.
	2016	Première évaluation en montant (reprise dans le rapport du CNIS de 2017 <i>La mesure du travail dissimulé et ses impacts pour les finances publiques</i>), sur la base des contrôles aléatoires LCTI réalisés entre 2011 et 2013 et des contrôles CCA aléatoires 2012.
	2018	Publication sur le champ du secteur privé - Réévaluation annuelle (par intégration progressive des campagnes annuelles). 2018 : publication des résultats au titre de 2017 incluant les résultats des contrôles LCTI de 2016 sur le transport routier ; 2019 : publication des résultats au titre de 2018 incluant les résultats des contrôles LCTI de 2017 sur la restauration ; 2020 : publication des résultats au titre de 2019 incluant les résultats des contrôles LCTI de 2018 sur la restauration automobile ; 2021 : pas d'extension de périmètre, les résultats des contrôles aléatoires LCTI sur le secteur du nettoyage étant inexploitable ; 2022 : pas d'évaluation nouvelle (pas de contrôles aléatoires en 2020, du fait de la crise sanitaire).
	2020	Extension de l'évaluation au champ de la micro-entreprise - Réévaluation annuelle. Des contrôles aléatoires sont effectués sur cette population depuis 2011 (- Ces contrôles avaient pour premier objectif de documenter l'analyse des risques sur les micro-entrepreneurs) - La publication réalisée en 2021 reprend les résultats de 2016, 2017 et 2018.

	2021	Extension de l'évaluation au champ des travailleurs indépendants (réévaluation tous les deux ans). Des contrôles aléatoires sont effectués sur cette population depuis 2017. La publication effectuée en 2011 reprend les résultats de 2017, 2018 et 2019.
	2023	Réévaluation sur le périmètre du secteur privé ³⁴ .
	2024	
MSA Cotisations	2015-2017	Travaux méthodologiques dans le cadre d'un groupe de travail du CNIS sur la mesure du travail dissimulé.
	2017	Lancement des travaux d'évaluation sur le champ du contrôle comptable d'assiette et du travail illégal.
	2019	Première évaluation du travail dissimulé et du manque à gagner en termes de cotisations et contributions sociales à partir de méthodes économétriques (estimations économétriques en 3 étapes d'équations emboîtées).
	2020-2021	Évaluations actualisées du travail dissimulé et du manque à gagner en termes de cotisations et contributions sociales. Développement de méthodes économétriques complémentaires (estimations d'équations simultanées ; procédure permettant de tenir compte des corrélations possibles entre les opérations de ciblage, de détection et les montants estimés de fraude et redressements).
	2022	Démarrage de travaux d'estimation distinguant la dissimulation partielle et la dissimulation totale. Proposition d'une modélisation théorique des comportements de fraude afin de déterminer la stratégie optimale d'évaluation et la stratégie optimale pour réduire la fraude (travaux académiques à partir d'un modèle principal-agent en asymétrie d'informations sous incertitude).
	2023	Recours aux méthodes d'intelligence artificielle (IA) et à des méthodes hybrides telles que développées par l'INSEE (<i>machine learning</i> puis pondérations/redressements). Tests de robustesse et de convergence des résultats. Évaluation du travail dissimulation avec distinction de la dissimulation partielle et de la dissimulation totale. Évaluation du manque à gagner en termes de cotisations et contributions sociales.
	2024	Approfondissement des méthodes d'IA sur le champ du travail dissimulé total et partiel, ainsi que sur le manque à gagner en termes de cotisations sociales afin de consolider les résultats et démontrer leur robustesse. Application des méthodes éprouvées sur données plus récentes.

³⁴ Voir, pour plus de détail, Observatoire du travail dissimulé, 2023.

■ ■ ■ ANNEXE 3 : STRUCTURE DES RECETTES DU REGIME GENERAL PAR ASSIETTE ECONOMIQUE

La structure des recettes du régime général reste marquée par le poids des revenus d'activité dans les assiettes mais avec l'accroissement des exonérations et les recettes qui ont été affectées en vue de les compenser, les prélèvements fiscaux sur la consommation, tels que la TVA ou les droits de consommation sur les tabacs ou sur les alcools ont vu leur poids augmenter. Ils représentent désormais 15% des recettes du régime général.



Source : Rapport de la Commission des comptes de la sécurité sociale
Champ : Régime de base et FSV

■ ■ ■ ANNEXE 4 : LE CHAMP COUVERT PAR L'ÉVALUATION

Complétude du champ couvert par l'évaluation			
CNAM (2023)		CNAF (2022)	
Dans le champ de l'évaluation		Dans le champ de l'évaluation	
Complémentaire santé solidaire (C2S)		Allocations familiales	
Infirmiers libéraux		Complément familial	
Transporteurs		Allocation de soutien familial	
Médecins généralistes		Allocation d'éducation de l'enfant handicapé	
Chirurgiens-dentistes		Allocation de rentrée scolaire	
Masseurs-kinésithérapeutes		Allocation journalière de présence parentale (depuis 2020)	
Pharmaciens,		Allocation journalière du proche aidant (depuis 2021)	
Médecins spécialistes		Prestations d'accueil du jeune enfant	
Hors champ de l'évaluation - A venir		Allocation de base	
Ehpad		Prime de naissance ou d'adoption	
Services de soins infirmiers à domicile, fournisseurs de produits et matériels de soins		Complément de libre choix du mode de garde (y compris cotisations) (depuis 2019)	
Hospitalisation à domicile		Prestation partagée d'éducation de l'enfant	
Laboratoires		Allocation différentielle	
T2A		Complément différentiel	
Fournisseurs de produits et matériels de soins		Allocations logement	
Pensions d'invalidité		Allocation personnalisée au logement	
Rentés accident du travail – maladie professionnelle		Allocation de logement social	
Indemnités journalières		Allocation de logement à caractère familial	
PUMa		Allocation aux adultes handicapés	
		RSA - RSO	
		Prime d'activité	
		Hors champ de l'évaluation - Non prévu	
		Assurance vieillesse du parent au foyer	
		Primes de Noël	
		Congé paternité (non versé par la branche famille)	
		Majorations de pensions (non versé par la branche famille)	
		Action sociale ³⁵	
CNAV (2023)		France Travail (2022)	
Dans le champ de l'évaluation		Dans le champ de l'évaluation	
-retraités bénéficiant d'une allocation du minimum vieillesse hors L. 814-2,		Allocations d'aide au retour à l'emploi (ARE)	

³⁵ L'un des objectifs de la COG 2023-2027 est de travailler ce point : « Les subventions d'action sociale ne constituent pas un droit pour leurs demandeurs et il n'existe pas à l'heure actuelle de cadre juridique permettant de prévoir un dispositif de sanctions graduées, ni même d'élaborer, en s'inspirant du pendant en matière de prestations légales, une notion de fraude en action sociale. Afin de garantir un juste paiement en matière d'action sociale, dans un contexte de progression des dépenses du Fnas et de multiplication des partenariats, la présente COG doit permettre de doter les Caf de nouvelles prérogatives dans le cadre de leurs opérations de contrôle sur place des partenaires. La définition d'un régime juridique propre pour lutter contre les fraudes en matière d'action sociale familiale et les pénalités administratives correspondantes marquera une avancée significative. »

-retraités ayant un droit dérivé ou une allocation L. 814-2,

-retraités n'ayant qu'un droit propre.

-retraités bénéficiant d'une allocation du minimum vieillesse hors L. 814-2,

-retraités ayant un droit dérivé ou une allocation L. 814-2,

-retraités n'ayant qu'un droit propre.

-retraités bénéficiant d'une allocation du minimum vieillesse hors L. 814-2,

Avec périmètre restreint d'anomalies :

Périodes d'activité non déclarées ;

Emplois fictifs

Hors champ de l'évaluation

Action sociale

Hors champ de l'évaluation - Non prévu ?

Allocations propres aux intermittents du spectacle

Conventions de reclassement personnalisé

ARE - formation

Dans le champ de l'ARE

Cumul perception d'allocations - travail non déclaré

Cumul perception d'allocations - travail indépendant déclaré.

URSSAF (2022)

Dans le champ de l'évaluation

Salariés du secteur privé

Micro-entrepreneurs (depuis 2020)

Travailleurs indépendants (depuis 2020)

Sur périmètre restreint (limité aux écarts entre assiette sociale déclarée et assiette fiscale déclarée)

Hors champ de l'évaluation - Non prévu

Secteur public

Particuliers employeurs

Dans le champ des salariés du secteur privé

Travail partiellement dissimulé

Intérim

Production de films

Dans le champ des travailleurs indépendants

Travailleurs indépendants sans revenu déclaré

Praticiens et auxiliaires médicaux

Travailleurs indépendants employeurs

Activités illégales

Unedic (2022)

Dans le champ de l'évaluation

Salariés du secteur privé / champ URSSAF / produit par l'URSSAF

Retraites complémentaires - AGIRC ARRCO

Dans le champ de l'évaluation

Salariés du secteur privé / champ URSSAF / par extrapolation des données URSSAF

■ ANNEXE 5 : RECAPITULATIF DES ETUDES MENEES SUR LE MARCHE PARALLELE DU TABAC

Extraits du rapport de l'Assemblée Nationale sur l'évolution de la consommation de tabac et du rendement de la fiscalité applicable aux produits du tabac ³⁶

RECAPITULATIF DES ÉTUDES MENÉES SUR LE MARCHÉ PARALLÈLE DU TABAC

	Estimation du marché parallèle par rapport à la consommation totale	Estimation du marché parallèle par rapport aux ventes effectives réalisées dans le réseau des buralistes	Estimation des pertes de recettes fiscales (en milliards d'euros)
KPMG (2020)	30 %	42 %	2,6*
OFDT (2005)	13,6 %	15,7 %	1,7
OFDT (2011)	/	18-23 %	2,1
OFDT (2019)	20 %	/	/

*Estimation tenant seulement compte de la contrebande et de la contrefaçon de tabac.

Source : Mission d'information.

PERTES DE RECETTES FISCALES RÉSULTANT DU MARCHÉ PARALLÈLE DE CIGARETTES MANUFACTURÉES ET DE TABAC FINE COUPE À ROULER

		Volume de tabac relevant du marché parallèle (en millions d'unités/ en tonnes)	Prix moyen pondéré à l'unité/ au gramme (en euros)	Droit de consommation (en % du prix moyen de vente)	Pertes de recettes issues du droit de consommation (en milliards d'euros)	Pertes de TVA (en milliards d'euros)	Pertes totales (en milliards d'euros)
Cigarettes manufacturées	Hypothèse basse	3480	0,49	0,66	1,11	0,28	1,39
	Hypothèse haute	4641			1,48	0,37	1,85
Tabac à rouler	Hypothèse basse	2708	0,44	0,67	0,81	0,20	1,01
	Hypothèse haute	2989			0,89	0,22	1,11
Total	Hypothèse basse				1,92	0,48	2,40
	Hypothèse haute				2,37	0,59	2,96

Source : Mission d'information.

³⁶ Assemblée Nationale, commission des finances, de l'économie générale et du contrôle budgétaire en conclusion des travaux d'une mission d'information relative à l'évolution de la consommation de tabac et du rendement de la fiscalité applicable aux produits du tabac pendant le confinement et aux enseignements pouvant en être tirés M. Eric WOERTH et Mme Zivka PARK co-rapporteurs, 2021.

■ ■ ANNEXE 6 : LES DIFFÉRENTES MÉTHODES D'ÉVALUATION DE LA FRAUDE

- Extrait du rapport de la Cour des Comptes : « *La fraude aux prélèvements obligatoires. Évaluer, prévenir, réprimer.* Communication au Premier ministre, 2019

Il existe deux types de méthodes directes³⁷ pour évaluer le montant de la fraude fiscale :

- les méthodes dites « descendantes »³⁸ comparent une recette fiscale théorique (obtenue par l'application de la législation fiscale à une assiette théorique déterminée à partir d'agrégats macroéconomiques) à la recette fiscale effectivement perçue ;
- les méthodes dites « ascendantes » procèdent par extrapolation des résultats de données microéconomiques (très souvent les résultats du contrôle fiscal). Cette extrapolation ne pose pas de problème lorsque les échantillons issus du contrôle fiscal sont représentatifs, ce qui suppose que les contrôles fiscaux soient réalisés de manière aléatoire. Lorsqu'ils sont ciblés sur les contribuables les plus susceptibles de frauder, il convient de redresser l'échantillon ainsi constitué pour éliminer ce que les statisticiens désignent sous le nom de « biais de sélection ».

Méthode	Avantages	Inconvénients
Descendante	1) <u>Grande réplabilité</u> → suivi dans le temps des résultats. 2) <u>Comparaisons internationales plus faciles.</u> 3) <u>Faible coût.</u> 4) <u>Crédibilité des résultats</u> (car données extérieures à l'administration fiscale). 5) <u>Prise en compte de la fraude non détectable lors de contrôles</u> (travail non déclaré, économie souterraine, fraude internationale). 6) Résultats et méthodes faciles à présenter.	1) <u>Effet « boîte noire »</u> : estimateur global, mais difficile à affiner (type de contribuables, de comportements fraudogènes). <u>Conséquence</u> : traduction en termes de politique publique difficile. 2) <u>Révision régulière des données des comptes nationaux</u>, largement utilisés pour cette méthode. 3) <u>Intervalle de confiance</u> sur la précision des estimateurs difficile à obtenir. 4) <u>Cet indicateur est établi à partir d'autres évaluations de la fraude, qui reposent elles-mêmes sur une méthode « ascendante ».</u>
Ascendante	1) <u>Interprétation des résultats plus facile</u> (identification des contribuables et des comportements les plus fraudogènes). 2) Contrôles aléatoires : <u>extrapolation à l'ensemble de la population</u> relativement simple. 3) <u>Précision des estimateurs</u> (subdivision de l'écart fiscal en plusieurs catégories).	1) <u>Coût important</u> (mise en place des contrôles, analyse des résultats). 2) <u>Problème de la non-détection</u> lors des contrôles (qui peut entraîner une sous-estimation de la fraude). 3) <u>Certaines fraudes échappent à cette méthode</u> (travail dissimulé, comptes offshore...). 4) <u>Décalage temporel</u> entre l'année fiscale contrôlée et les résultats du contrôle fiscal (les résultats du contrôle peuvent être connus plusieurs années après la fin d'un exercice, dans la limite des règles de prescription). 5) <u>Contrôles ciblés</u> : extrapolation basée sur des hypothèses fortes pour corriger les biais de sélection.

³⁷ Les méthodes indirectes passant par l'utilisation de données macroéconomiques non fiscales (quantité de monnaie en circulation, consommation d'électricité) pour en tirer des conclusions sur un manque à gagner fiscal ne sont pas abordées ici car insuffisamment fiables.

³⁸ Ces méthodes sont habituellement désignées sous la terminologie de « top down ».

■ Techniques d'évaluation utilisées par les organismes

		Echantillonnage			Résultats des contrôles métiers
		Echantillon Mode	Mode de tirage	Stratification	
CNAV		5000 retraités	Aléatoire	Oui (2)	
CNAF		6 000 allocataires (1)	Aléatoire	Oui (3)	
CNAM	Complémentaire santé solidaire	10 700 dossiers	Aléatoire	non	
	Infirmiers libéraux				Contrôles métiers redressés selon deux méthodes pour réduire les biais de sélection (post-stratification - économétrie)
	Médecins généralistes				Contrôles métiers redressés selon méthode de matching (12)
	Transporteurs				Contrôles métiers redressés selon méthode de matching
	Chirurgiens-dentistes				Contrôles métiers redressés selon méthode de matching
	Masseurs kiné				Contrôles métiers redressés selon méthode de matching
	Médecins spécialistes				Contrôles métiers redressés selon méthode de matching
France Travail		10 000 allocataires	Aléatoire	Non ³⁹	

³⁹ Le champ de l'évaluation est constitué de l'ensemble des personnes ayant eu, au titre du régime général de l'Assurance chômage, au moins un paiement dans l'année de l'évaluation en ARE (i.e. hors annexes, hors ARE formation et hors Convention de Reclassement Personnalisé). La population mère a été extraite à partir du FNA (Fichier National des Allocataires). On applique à la population mère un algorithme d'échantillonnage qui permet de tirer de manière aléatoire un échantillon équilibré, à partir des variables de quotas suivantes : mois de paiement, motif d'inscription, taux journalier de référence ; ancienneté de l'inscription au droit ouvert. Cela donne un échantillon représentatif de 10 058 mois concernant 10 000 demandeurs d'emploi. En outre, est contrôlée la bonne répartition par sexe, âge et par région des demandeurs d'emploi de l'échantillon.

MSA (guichet unique)	Tous secteurs agricoles - hors fraudes aux cotisations et travail dissimulé (cotisations AS)				Méthode économétrique de correction des biais de sélection et de détection à partir des contrôles ciblés
	Travail dissimulé				Méthode d'estimation économique + méthodes semi-supervisée et non supervisée (IA) appliquée aux entreprises employeuses de main-d'œuvre et sur les cotisations salariales
	Famille - indus				Cadrage du projet en cours, lancement des travaux en 2024
URSSAF	Secteur privé - Travail dissimulé (8)	8 466 contrôles	Aléatoire (établissements de 50 salariés au plus (7)) Extrapolation des résultats aux établissements de plus de 50 salariés (9)	Oui (13)	
	BTP(2013)	2605 contrôles	idem	Non	
	Gardiennage (2014)	563 contrôles	idem	Non	
	Transport routier (2015)	663 contrôles	idem	Non	
	Transport routier (2016)	601 contrôles	idem	Non	
	Café restaurants (2017)	2544 contrôles	idem	Non	
	Réparation automobile (2018)	1770 contrôles	idem	Oui (13)	
	Nettoyage (2019)	494 contrôles	idem	Non	
	Secteur privé - Hors Travail dissimulé	7000 entreprises	Aléatoire (entreprises de moins de 250 salariés)	Oui (10)	+ résultats exhaustifs des contrôles des entreprises de plus de 250 salariés (11)
	Micro-entrepreneurs	1000 à 1500 personnes (6)	Aléatoire	Oui (5)	
	Travailleurs indépendants	2531 contrôles (2019)	Aléatoire	Oui	

(1) échantillon réduit en 2020, en lien avec le contexte sanitaire et maintenu à ce niveau en 2021, constatant que le degré de précision était comparable à celui constaté avec les échantillons antérieurs; précédemment : échantillon de 7 200 allocataires).

(2) répartition de la population des retraités par catégorie - minimum vieillesse-droit dérivé-droit propre-, selon les niveaux de risques connus et observés dans les données ; sur-enquête sur les retraités ayant des types de prestations plus à risque compte tenu de leurs conditions d'attribution (minimum vieillesse, droit dérivé).

(4) Des plans nationaux de contrôle aléatoires sont conduits par les URSSAF sur le champ des micro-entrepreneurs depuis 2011. Une première extrapolation, fondée sur la campagne de contrôles aléatoires de 2018, a été produite en décembre 2020. Elle a été ensuite affinée et reproduite en 2022, à partir des résultats de la campagne lancée en 2021 au titre des contrôles effectués sur le chiffres d'affaires 2020 principalement).

(5) Trois échantillons : micro-entrepreneurs dans chiffre d'affaires déclaré ; micro-entrepreneurs avec un chiffre d'affaires proche du plafond ; micro-entrepreneurs avec un chiffre d'affaires positif et non proche du plafond.

(6) La population du tirage du plan 2021 couvre 93% de l'ensemble des cotisations liquidées en 2020 (contre 69% en 2018, les plans de contrôle aléatoires n'intégrant pas alors l'objectif d'évaluation)⁴⁰.

(7) Le choix de ne réaliser les contrôles aléatoires que pour les établissements de 50 salarié au plus s'explique par le souhait de ne mobiliser qu'un nombre d'inspecteurs restreint pour les contrôles inopinés.

(8) Hors secteurs spécifiques dans lesquels l'activité n'est pas exercée sur le lieu de l'établissement contrôlé (intérim, production de films...), qui représentent environ 7% des cotisations du secteur privé.

(9) Et aux secteurs non contrôlés.

(10) Échantillon tiré pour chaque région, stratifié selon la taille de l'entreprise (0 à 4, 5 à 9 et plus de 10).

(11) Ces entreprises font l'objet de contrôles réguliers (tous les 4 ou 5 ans) et concertés -qui ne peuvent donc dépendre de choix aléatoires- : les résultats des contrôles réalisés les 5 dernières années sont directement intégrés à l'évaluation. NB : les contrôles pouvant porter sur plusieurs années, les montants redressés sont rapportés à la durée de la période de contrôle de manière à obtenir une évaluation comparable à une année de cotisations.

(12) Méthode de matching dorénavant utilisée par la CNAM pour toutes les évaluations par catégorie d'acteurs, qui a pour objectif de mieux corriger le biais de sélection par rapport aux 1ères méthodes utilisées sur les infirmiers libéraux.

(13) Certaines campagnes de contrôles aléatoires LCTI sont issues de tirages stratifiés :

-2011-2012 : 4 strates afin de sous-pondérer les très petits établissements (santé humaine < 4 sal., autres secteurs < 4 sal., tous secteurs de 4 à 10 sal., tous secteurs 10 salariés ou plus).

-2018 : stratification par grappes de cantons afin d'optimiser les déplacements des inspecteurs.

■ Mise en œuvre des techniques d'évaluation : quelques illustrations

L'encadré illustre, à partir d'éléments présentés par la CNAM et la CCMSA, l'utilisation de ces différentes méthodes d'évaluation.

L'illustration de l'usage des différentes méthodes d'évaluation

A partir des deux grandes catégories d'évaluation (reposant sur des contrôles ciblés ou aléatoires), la CNAM distingue trois grandes catégories de méthode pour évaluer la fraude⁴¹ :

- **la méthode par tirage aléatoire.** Celle-ci ne souffre d'aucun biais de sélection. Un échantillon est sélectionné et fait l'objet d'une structuration par strates. Chaque strate est ajustée pour disposer d'un nombre suffisant d'observations ; un tirage aléatoire est effectué à partir de ces strates. Une extrapolation est ensuite effectuée à partir des contrôles réalisés sur la base de ce tirage.

- **la méthode d'extrapolation par post-stratification.** Celle-ci est basée sur l'exploitation des résultats des contrôles ciblés. Elle consiste, dans un premier temps, à stratifier la population contrôlée selon des critères jugés pertinents dans le ciblage des acteurs. Puis il s'agit d'effectuer une extrapolation

⁴⁰ Pour la méthode voir Observatoire du travail dissimulé, réunion du 10.11.2022. <https://www.strategie.gouv.fr/publications/observatoire-travail-dissimule-reunion-10112022>

⁴¹ Note adressée par la CNAM au HCFIPS – juin 2023.

des résultats pour chaque strate et de les agréger en les pondérant par leur poids dans la population totale étudiée. Cette méthode ne corrige, en revanche, que partiellement le biais de sélection car le nombre de critères de post-stratification est contraint au fait que chaque strate doit disposer d'un volume de données suffisant pour rendre l'estimation robuste. En outre, elle ne corrige pas du biais de détection des fautes ou fraudes

- **la méthode économétrique inspirée du modèle d'Heckman.** Basée également sur l'exploitation des résultats des contrôles ciblés, elle consiste à estimer les comportements de fraude à partir d'un modèle qui intègre le processus de sélection. Ainsi, cette méthode permet de s'affranchir du biais de sélection. Elle peut également corriger du biais de non-détection dont ne tient pas compte l'extrapolation par post-stratification. Cette méthode économétrique est une démarche utile mais nécessite d'être approfondie afin de tenir compte des corrélations entre le ciblage, la détection et le montant de redressement.

- **la méthode économétrique d'estimation par maximum de vraisemblance pour tenir compte de l'interaction des comportements.** Afin de modéliser l'ensemble du processus allant du contrôle au montant de redressement, il est utile d'utiliser un système complet de 3 équations. La probabilité de contrôle d'une entreprise est modélisée afin de prendre en compte le biais de sélection. Ensuite, parmi les entreprises contrôlées, certaines sont en situation de redressement, d'autres non. La seconde équation vise donc à modéliser la probabilité qu'une entreprise contrôlée, sur la base de ses caractéristiques soit en situation de redressement ou non. Pour finir, les montants de redressement diffèrent pour les entreprises contrôlées et redressées. La troisième équation modélise donc le montant de redressement associé à une entreprise qui seraient contrôlée et redressées. L'estimation de ces trois équations est réalisée simultanément via une méthode basée sur le maximum de vraisemblance dans lequel les termes d'erreurs sont dépendants. La probabilité de redressement dépend de la probabilité de contrôles. Ces dépendances entre les équations permettent de modéliser des liens qui signifient notamment que la sélection par les contrôleurs est corrélée à la probabilité d'avoir un redressement et au montant de redressement, eux-mêmes corrélés entre eux. En présence de dépendance entre les termes d'erreur, ce qui est le cas entre équations l'équation de contrôle et celle de redressement, l'estimation par la méthode d'Heckman est inadéquate.

- **une méthode hybride fondée en partie sur des techniques d'intelligence artificielle (IA) et de redressements statistiques.** Cette méthode consiste, à l'aide d'algorithmes de classification tels que les forêts aléatoires ou la descente de gradient, à pondérer les entreprises contrôlées afin d'extrapoler les montants de redressement observés aux entreprises non contrôlées, en tenant compte de la proximité de leurs caractéristiques avec celles des entreprises contrôlées et de leurs probabilités individuelles de contrôle. On obtient ainsi une estimation du montant de redressement total pour chacune des entreprises, que celles-ci aient été contrôlées ou non contrôlées. Les entreprises sont regroupées par niveau de probabilité de contrôle. Une pondération est ensuite appliquée à chaque regroupement pour tenir compte du poids des entreprises non contrôlées dans le regroupement. Le manque à gagner est estimé en calculant la somme pondérée des redressements observés parmi les entreprises contrôlées.

- **les méthodes d'intelligence artificielle (IA).** La méthode d'estimation repose sur des algorithmes de *machine learning* et se divise en deux étapes. Dans un premier temps, on cherche à estimer la probabilité de redressement d'une entreprise, à partir de deux approches (i.e. une classification supervisée et une classification semi-supervisée pour optimiser les performances du modèle de classification). Une fois les entreprises non contrôlées catégorisées comme « frauduleuses » ou non, la seconde étape consiste en l'estimation des montants de redressement pour chacune d'elles. Cette estimation peut être réalisée de deux manières : soit attribuer le montant moyen observé au sein des entreprises du même secteur d'activité, soit modéliser et estimer le montant de redressement à partir d'un ensemble de caractéristiques via une régression économétrique linéaire (prédiction). Cette seconde option offre des résultats plus robustes.

Ces quatre dernières méthodes sont utilisées par la CCMSA et ont donné lieu à des présentations des résultats obtenus⁴².

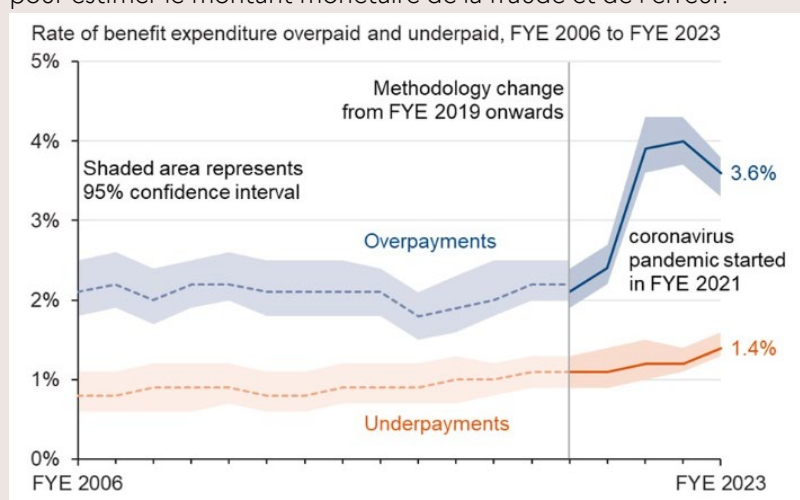
⁴² La CCMSA souligne que le recours conjoint à des différentes méthodes permet de consolider les estimations et de mesurer à la fois leur convergence et leur robustesse. En outre, elle considère que ces méthodes, complémentaires, permettent de mieux appréhender les phénomènes de fraude qui, par nature, sont dissimulés et donc difficiles à mesurer.

L'URSSAF estime, sur ce point, que le recours à plusieurs méthodologies est très difficile sur la LCTI, notamment parce que les modèles économétriques nécessitent d'avoir une bonne information sur les critères de ciblage. Or ces critères sont souvent inobservables, d'autant plus qu'une partie importante des contrôles LCTI reposent sur des signalements externes, pour lesquels il est difficile de formaliser les facteurs de risque. De plus, l'estimation est compliquée par le fait que la fréquence de redressement est très élevée sur les contrôles LCTI ciblés (de l'ordre de 90%). De plus, quelle que soit la méthode utilisée, il s'agit d'un travail coûteux ; multiplier les méthodes multiplie d'autant les coûts.

■ ■ ■ ANNEXE 7 : UN EXEMPLE DE PRESENTATION DES RESULTATS DE LA FRAUDE : LA PRESENTATION DE LA FRAUDE PAR LE MINISTERE DU TRAVAIL ET DES PENSIONS ANGLAIS

Un exemple de présentation des résultats de la fraude : la présentation de la fraude par le ministère du travail et des pensions anglais⁴³

Le ministère du travail et des pensions (DWP), qui verse des prestations sociales⁴⁴ à environ 22,4 millions de personnes, élabore chaque année un rapport dénommé « Fraude et erreur dans le système de prestations » dans lequel il estime combien d'argent le ministère verse à tort, soit en versant trop de prestations aux gens – trop-payés – soit en ne versant pas assez de prestations – sous-paiements⁴⁵. Les erreurs sur la réclamation sont réparties entre trois catégories : fraude⁴⁶ ; erreur du demandeur⁴⁷ ; erreur officielle⁴⁸. Les taux trouvés sont ensuite appliqués aux dépenses de prestations pour estimer le montant monétaire de la fraude et de l'erreur.



L'origine de la fraude est classée par grandes catégories et analysée : « La sous-déclaration des revenus du travail entrepris (Gains/Emploi) est restée la principale source de fraude, malgré une baisse de 3,9 % au cours de l'exercice 2022 à 2,9 % au cours de l'exercice 2023. Cette réduction a été causée par une diminution de la fraude liée à la sous-déclaration des revenus du travail indépendant (Self

⁴³ <https://www.gov.uk/government/statistics/fraud-and-error-in-the-benefit-system-financial-year-2022-to-2023-estimates/fraud-and-error-in-the-benefit-system-financial-year-ending-fye-2023#introduction>

⁴⁴ Crédit universel ; allocation logement ; pension de l'Etat ; allocation d'emploi et de soutien ; allocation handicapé ; allocation de garde...

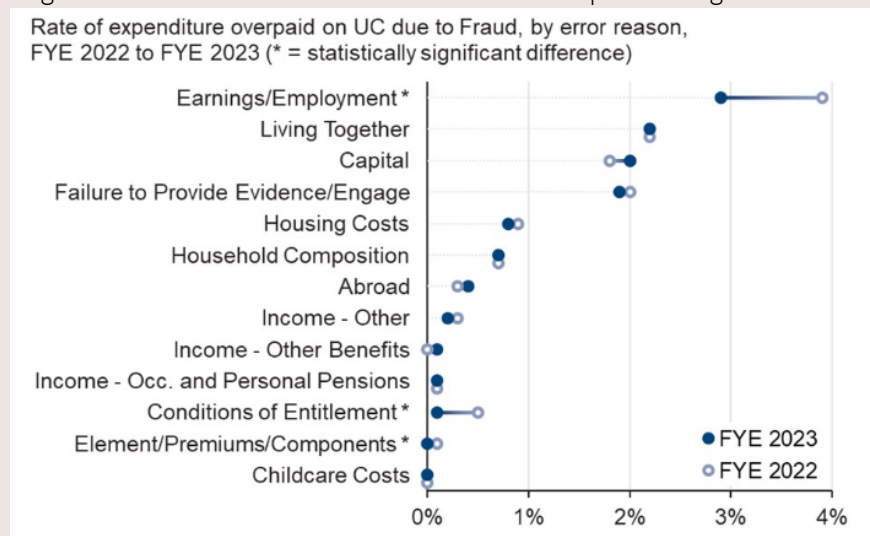
⁴⁵ Un échantillon de demandes de prestations est sélectionné au hasard dans les systèmes administratifs du DWP (environ 13 600 ont été échantillonnés pour l'exercice 2023, soit 0,06 % de toutes les demandes de prestations). L'équipe de mesure du rendement du DWP examine les données détenues dans les systèmes administratifs, puis contacte les demandeurs pour organiser un examen. Les demandeurs sont invités à fournir des preuves telles que des pièces d'identité, des coordonnées bancaires et d'autres informations susceptibles d'avoir une incidence sur leur demande de prestations, dans le cadre de l'examen. La demande est évaluée pour déterminer si l'attribution de la prestation est correcte ou non. Le montant d'argent par lequel la réclamation est erronée est calculé si la réclamation est incorrecte.

⁴⁶ La fraude correspond aux réclamations pour lesquelles les trois conditions suivantes s'appliquent : les conditions de réception de la prestation, ou le taux de la prestation en cours, ne sont pas remplis ; on peut raisonnablement s'attendre à ce que le demandeur soit conscient de l'effet sur son droit ; le paiement des prestations s'arrête ou diminue à la suite de l'examen.

⁴⁷ Le demandeur a fourni des informations inexactes ou incomplètes, ou a omis de signaler un changement dans sa situation, mais il n'y a aucune preuve d'intention frauduleuse de la part du demandeur.

⁴⁸ La prestation a été payée de manière incorrecte en raison d'une inaction, d'un retard ou d'une évaluation erronée par l'administration.

Employed Earnings) de 3,6 % au cours de l'exercice 2022 à 2,3 % au cours de l'exercice 2023. Il s'agissait dans les deux cas de diminutions statistiquement significatives ».



■ ■ ■ ANNEXE 8 : DETECTION DE LA FRAUDE, PREJUDICE SUBI ET EVITE⁴⁹

Préjudice évité	Montant des prestations que la caisse aurait versées indument si la fraude ou la faute n'avait pas été découverte et le paiement suspendu. <u>Précisions sur le traitement des préjudices évités :</u> Un certain nombre de règles communes s'appliquent. - Les préjudices évités sont pris en compte même si les comportements identifiés n'ont entraîné aucun versement (absence totale de préjudice subi). En d'autres termes, la prise en compte d'un préjudice évité n'est pas conditionnée à l'existence corrélative d'un indu notifié. - Les préjudices évités pris en compte au titre d'une année donnée sont ceux dont le blocage du premier versement est intervenu cette année-là même si son montant total doit être calculé sur des années ultérieures. - Le préjudice évité ne doit pas prendre en compte le préjudice constaté ou subi recouvrable. Celui-ci est décompté séparément en tant que préjudice constaté ou subi, même s'il est recouvré. Le préjudice évité correspond uniquement à un montant qui n'a pas été ou ne sera pas versé. <u>Mise en œuvre</u> - <u>CNAV</u> : Calcul sur la base de l'espérance de vie de l'assuré <u>Exemple issu du guide utilisateur pour calculer un préjudice évité :</u> Pour une retraite personnelle, un homme de la génération 1939 a 79 ans en 2018. Son espérance de vie est donc en 2018, de 10.16 ans selon la table de mortalité de l'Ined). Il devrait percevoir sa retraite pendant 10.16 ans au vu de la table de mortalité. Le montant mensuel brut de la retraite servi avant contrôle était de 982.53€. Le montant mensuel brut de la retraite à servir après contrôle est de 651.22€. Le préjudice évité, calculé à partir d'une calcullette excel lié à la table de mortalité de l'INED, est le suivant : $(982.53 - 651.22) \times 12 \times 10.16 = 40\,393.32\text{€}$ Si l'on n'avait pas recalculé le montant de la pension, la caisse de retraite aurait continué à verser plus de 40k€ à l'assuré. - <u>CNAM</u> ⁵⁰ : ----' Prestations à versements continus à échéances régulières (Pensions d'invalidité, rentes accidents du travail maladies professionnelles) : le préjudice
-----------------	---

⁴⁹ Voir Dictionnaire des indicateurs COG.

⁵⁰ LR CNAM/DACCRF/7/2014.

	évité est le montant que l'on aurait continué de verser indûment sur une durée correspondant à « l'espérance de vie du dossier ». ----' Prestations bloquées avant paiement (exemple : <i>facturation fautive d'un professionnel de santé, aide ponctuelle dans le cadre de l'action sociale, ouverture de droit frauduleuse...</i>) : le préjudice évité correspond au seul montant qui n'a pas été versé indûment suite au blocage. Dans certains cas, il est évalué forfaitairement (<i>fraudes ou fautes en lien avec une ouverture de droits – par exemple : ouverture frauduleuse de la PUMA où le préjudice évité est calculé en fonction des dépenses par bénéficiaire correspondantes</i>). ---- 'Actions menées par l'organisme modifiant le comportement d'un mis en cause (exemple : <i>changement de la manière de facturer d'un professionnel de santé suite aux remarques et remontrances de la caisse</i>) : le préjudice évité correspond à l'écart induit par ce changement sur l'espérance de vie du dossier (exemple : <i>dans le cadre de la valorisation des actions liées aux MSO (Mise Sous Objectif) et MSAP (Mise Sous Accord Préalable), le calcul comprend l'impact du changement de comportement sur les prescriptions pendant la MSO et sur les 12 mois qui suivent et pour la MSAP les arrêts non justifiés par le contrôle médical et l'impact du changement dans les 12 mois qui suivent</i>). <u>France Travail</u> : Le préjudice évité correspond à une fraude évitée, c'est-à-dire que suite à la détection de la suspicion de fraude, l'intervention du service prévention des fraudes a permis de ne pas verser l'intégralité des droits. Au sein des préjudices évités, il est possible de comptabiliser le montant afférent aux fraudes déjouées. Un préjudice déjoué concerne une fraude détectée en amont de toute ouverture de droit ou d'un premier paiement.
Préjudice subi	Montant des prestations versées à tort après qualification des faits et application des règles de prescription. <u>Précisions sur le traitement des préjudices subis</u> Les montants indûment versés sur une période prescrite (donc non récupérables) ne sont pas agrégés. Le montant de l'indu enregistré est agrégé, même si le mis en cause a saisi les voies de recours. En cas de dépôt de plainte pénale par l'organisme, le montant du préjudice retenu correspondra au montant de préjudice figurant dans la plainte. <u>Exemple de mis en œuvre</u> -Soins de ville - Suite au contrôle de l'activité d'un médecin généraliste, la caisse constate la facturation fréquente de consultations à tous les bénéficiaires d'un même assuré, à la même date L'enquête montre que seul un des bénéficiaires a réellement consulté le médecin à cette date. Le préjudice est égal au montant total des sommes remboursées pour tous les bénéficiaires qui n'ont pas consulté le médecin à la date indiquée sur la facture. -EHPAD-CMPP- Prestations en nature : Facturations sur l'enveloppe soins de ville de prestations en nature comprises dans le forfait de financement de l'hospitalisation ou des soins versés à l'établissement (exemple : constat lors d'un contrôle administratif que 117 patients d'un service d'hospitalisation à domicile disposant d'une pharmacie à usage interne s'étaient vu délivrer des médicaments par des pharmacies de ville alors que ces médicaments auraient dû l'être par le service d'hospitalisation à domicile). Le préjudice est égal aux sommes remboursées par la Cnam sur l'enveloppe des soins de ville pour les actes

réglementairement compris dans les forfaits de soins versés aux établissements ou aux structures.

■ ■ ANNEXE 9 : DETECTION DE LA FRAUDE, PREJUDICE SUBI ET EVITE : QUELQUES AMBIGUÏTES SEMANTIQUES ⁵¹

Les indicateurs présentés pour l'assurance maladie

Contrairement aux chiffres retenus pour l'évaluation, les données présentées dans le cadre des REPSS retracent uniquement les fraudes et les fautes détectées et stoppées : « *Compte tenu de la distinction entre les fraudes et les activités fautives d'une part, et, d'autre part, les activités abusives, l'indicateur ne prend en compte, depuis 2011, que les fraudes et les activités fautives, excluant ainsi les activités abusives. Ainsi, le tableau ci-dessous précise le montant des fraudes et des activités fautives détectées et stoppées et celui des économies réalisées au 31 décembre 2021 (...). Les économies constatées s'élèvent à 160,8 M€ en 2021 contre 95,2 M€ en 2020. Elles correspondent aux demandes de réparation du préjudice subi, aux prononcés de pénalités et de sanctions financières des dossiers de fraudes ou d'activités fautives traitées. En 2021, les actions de l'Assurance Maladie en matière de lutte contre la*

⁵¹ Voir Dictionnaire des indicateurs COG.

fraude ont continué à être impactées par les confinements et la mobilisation des équipes de l'Assurance maladie sur les activités prioritaires en lien avec la gestion de la crise sanitaire. »⁵².

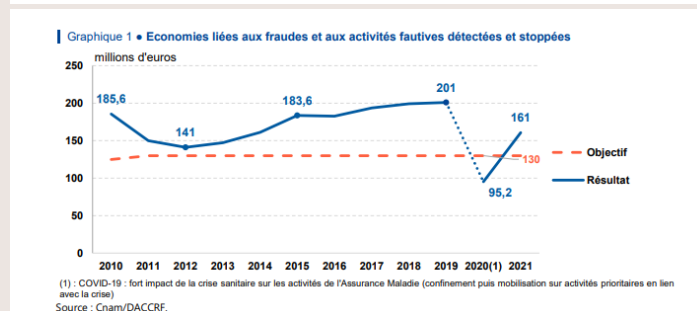
De fait, les indicateurs REPSS retracent :

- les fraudes et activités fautives détectées et stoppées (contrairement au titre du tableau n°1 qui ne reprend dans son libellé que les « fraudes détectées » alors que le chiffre présenté recouvre bien l'ensemble du périmètre) ;
- les « économies réalisées », sans que ce terme ne soit défini.

Tableau 1 • Economies liées aux fraudes et aux activités fautives détectées et stoppées

Thèmes	Fraudes détectées (1)		Economies réalisées. (1)	
	Résultats	Objectif	Résultats	Objectif
Obtention des droits	15,2			
dont : C25 et PUMA	13,1			
Prestations en Espèces	37,0		154,4	
dont : Indemnités Journalières (IJ)	16,6			
Prestations en Nature	149,0			
Etablissements (total)	18,0		6,4	
dont : T2A	0,0			
dont : Hors T2A	18,0			
TOTAL	219,3	265 (2)	160,8	130

(1) : COVID-19 : fort impact de la crise sanitaire sur les activités de l'Assurance Maladie (confinement puis mobilisation sur activités prioritaires en lien avec la crise)
(2) : Objectif initial COG de 265 millions d'euros de fraudes détectées revu à hauteur de 190 millions d'euros suite aux confinements 2021 et au maintien de la suspension des contrôles T2A
Source : Cnam/DDAFF



Les indicateurs présentés pour les organismes de recouvrement

Si l'on se centre sur le seul bilan présenté par la MICAF, les indicateurs présentés pour les URSSAF n'apparaissent pas cohérents avec ceux présentés pour les branches prestataires. Ils sont totalement centrés sur la fraude au sens strict (puisqu'ils ne retracent que la fraude notifiée sous forme de PV). Ils ne prennent donc pas en compte le contrôle comptable d'assiette. Ils introduisent la notion de « droits » qui n'est pas définie et correspondant, en pratique, à la notion de « redressements » utilisée dans la communication institutionnelle de l'URSSAF CN. Avec cette notion de redressements, ils

⁵² REPSS maladie 2023.

<https://evaluation.securite->

[sociale.fr/files/live/sites/Repss/files/M%c3%a9diath%c3%a8que/Maladie/PLACSS_REPSS%202022_Maladie.pdf](https://evaluation.securite-sociale.fr/files/live/sites/Repss/files/M%c3%a9diath%c3%a8que/Maladie/PLACSS_REPSS%202022_Maladie.pdf)

mêlent perte d'assiette et pénalités (celles-ci concernant près de 30% de l'ensemble) éléments qui ne sont pas nécessairement intégrés dans les autres branches⁵³.

Redressements mis en recouvrement suite à constat de travail dissimulé par les organismes de sécurité sociale (montants exprimés en M€)

	2018	2019	2020	2021	Taux d'évolution 2020/2021
URSSAF Caisse nationale	641	708	606	789	30,20 %
Droits	451	459	427	558	30,68 %
Sanctions financières	190	249	179	231	29,05 %
MSA	16,9	16,26	17,75	25,33	42,70 %
Cotisations	6,85	5,39	5,23	6,23	19,12 %
Travail illégal	10,05	10,87	12,52	19,1	52,56 %
Total	657,9	724,26	618,52	814,33	31,66 %

Source : organismes de protection sociale

Redressements dans le cadre des contrôles en matière de lutte contre le travail dissimulé y compris sanctions financières (en M€)

	2018	2019	2020	2021	Évolution 2020/2021
Fraude détectée notifiée sous couvert d'un PV	451	459	427	558	30,68 %
Sanctions	190	249	179	231	29,05 %
Total des redressements notifiés pour travail dissimulé	641	708	606	789	30,20 %

Source : ACOSS

Les indus dans le plan comptable des organismes de sécurité sociale⁵⁴ : d'autres notions

Le PCOSS distingue pour sa part les indus (cas général), les indus suspectés de fraude et les indus frauduleux. Ces notions ne sont pas mobilisées dans la communication publique.

⁵³ <https://www.URSSAF.org/files/Espace%20media/Dossier%20de%20presse/DP070623/DP070623.pdf> : « Les actions menées par l'URSSAF ont permis de redresser 788,1 millions d'euros de cotisations et contributions sociales en 2022. Les montants comptabilisés sont stables (-0,17 %) par rapport à 2021. Ce montant global comprend en pratique 2 composantes : → Les cotisations et contributions non déclarées : 544 millions d'euros, soit 70,3 % du montant global de redressement. → Des sanctions à savoir des majorations de redressement, et la remise en cause des réductions et exonérations de cotisations dont avait pu bénéficier l'entreprise : 234 millions d'euros, soit 29,7 % du montant global »

⁵⁴ Arrêté du 1^{er} août 2022.

■ ■ ANNEXE 10 : RECOUVREMENT DES INDUS FRAUDULEUX : DES ECARTS DANS LES APPROCHES ENTRE BRANCHES ⁵⁵

Des différences de périmètres

Comme pour les évaluations et les détections, les indicateurs relatifs aux indus frauduleux⁵⁶ présentent des limites en termes de comparabilité entre branches :

- Les périodes de recouvrement prises en compte sont très variables selon les caisses : L'indicateur porte sur une période de 60 mois de recouvrement (N+5) pour la CPAM ; de 48 mois de recouvrement (N+4) pour la CAF⁵⁷.
- Les pénalités sont parfois prises en compte.
- La branche famille initie le recouvrement au plus tôt, la créance commençant à être recouvrée avant toute qualification de fraude, dès la détection de l'indu. La branche maladie procède différemment, ne procédant au recouvrement des indus frauduleux qu'après l'extinction des voies de recours (CRA, juridictions du premier et second degré).

Par ailleurs, des écarts de périmètre peuvent également rendre difficiles certaines comparaisons au sein même des branches.

Ainsi, à la différence des données relatives à l'évaluation ou à la détection généralement mobilisées, l'indicateur de la CNAF retrace le recouvrement des indus frauduleux hors RSA.

Au régime agricole, les travaux sur les calculs des taux de recouvrement des indus ont été initiés en 2021 sur la base de la définition portée par les travaux du Benchmark de la Sécurité sociale à savoir :

- Tous les indus des gestions techniques.
- Les créances retenues sont limitées aux indus des prestations légales et déléguées.
- Ainsi, sont notamment exclus du champ les indus d'action sociale (aides individuelles et collectives), les avances et acomptes, les frais de justice, les pénalités et le FSL.
- Seul est pris en compte le recouvrement effectif. Sont exclus les annulations, les remises de dettes, les admissions en non-valeur et les effacements suite à surendettement.
- Période prise en compte : 24 mois. L'indicateur est calculé de manière glissante.
- Sont évalués à + 24 mois la cohorte des indus nés entre le 01/07/N et le 30/06/N+1.
- Restait à définir dans les travaux du benchmark si la cohorte était figée ou dynamique. Faute de réponse, le régime agricole a pris l'option de la cohorte dynamique : elle comprend tous les indus détectés entre le 1er juillet N et le 30 juin N+1 mais on soustrait ensuite chaque mois la génération de créance non recouvrés qui vient à dépasser les 2 ans.

⁵⁵ Voir Dictionnaire des indicateurs COG.

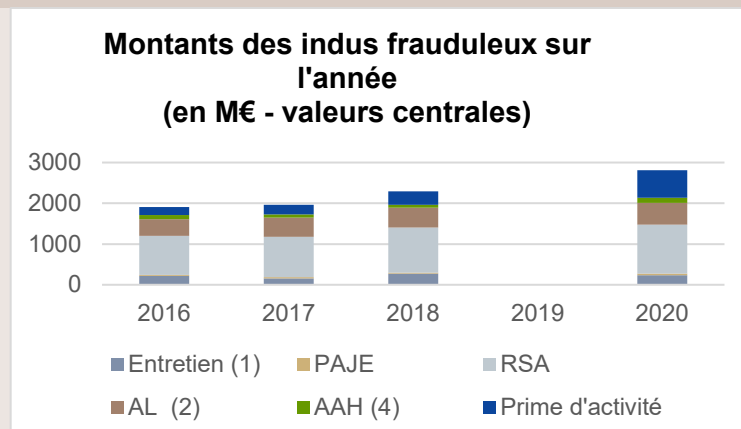
⁵⁶ Il retrace le recouvrement effectif (hors annulations, remises de dettes, admissions en non-valeur et effacements suite surendettement) sur le périmètre des créances frauduleuses ou fautives. Il correspond au montant des indus frauduleux + fautifs constatés recouvrés sur N+4 ou N+5 rapporté au montant total des indus frauduleux + fautifs constatés sur N.

Dictionnaire des indicateurs COG.

⁵⁷ Dictionnaire des indicateurs COG.

■ ■ ■ ANNEXE 11 : L'ÉVOLUTION DES INDUS FRAUDULEUX A LA CNAF

L'évolution des indus frauduleux depuis 2016 à la CNAF



Champ : prestations légales (hors primes de Noël, AVPF)

Source : CNAF, enquêtes PBDF 2016,2017,2018,2019, 2021, tables statistiques mensuelles Allnat/Allstat –résultats de l'enquête PBDF 2021

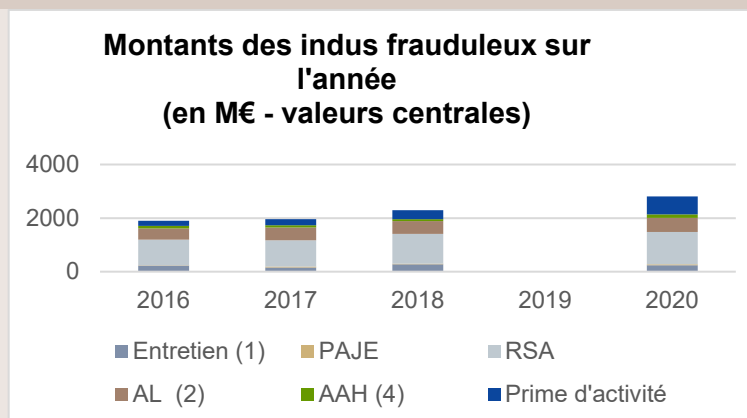
(1) AF, CF, ASF,AEHH, ARS et AJPP/AJPA pour 2020

(2) (APL, ALS, ALF)

(3) Résultats à interpréter avec précaution du fait du faible nombre de dossiers dans l'échantillon avec indus frauduleux de Paje (18 dossiers)

(4) Résultats à interpréter avec précaution du fait du faible nombre de dossiers dans l'échantillon avec indus frauduleux d'AAH (23 dossiers)

L'évolution des indus frauduleux depuis 2016 à la CNAF



Champ : prestations légales (hors primes de Noël, AVPF)

Source : CNAF, enquêtes PBDF 2016,2017,2018,2019, 2021, tables statistiques mensuelles Allnat/Allstat –résultats de l'enquête PBDF 2021

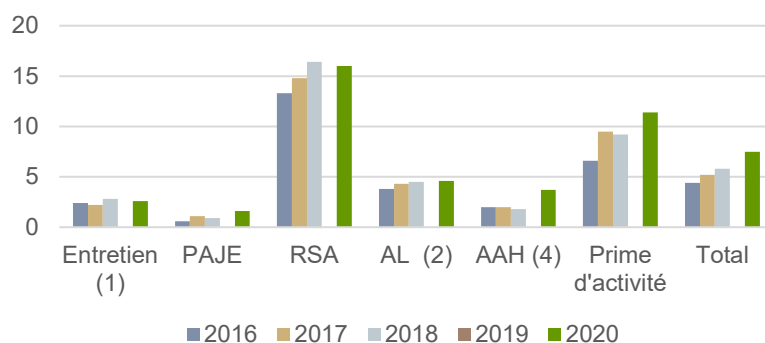
(1) AF, CF, ASF,AEHH, ARS et AJPP/AJPA pour 2020

(2) (APL, ALS, ALF)

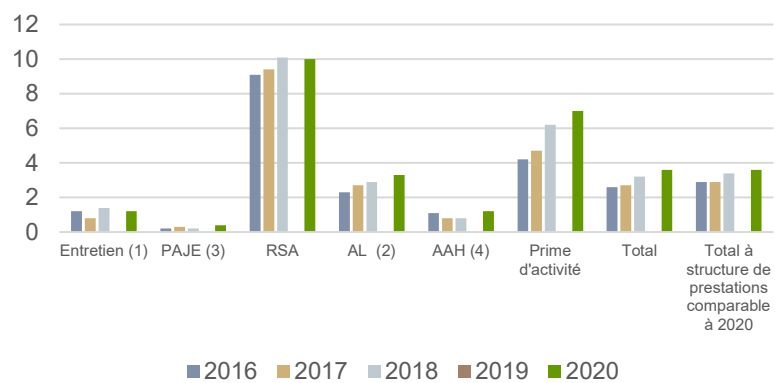
(3) Résultats à interpréter avec précaution du fait du faible nombre de dossiers dans l'échantillon avec indus frauduleux de Paje (18 dossiers)

(4) Résultats à interpréter avec précaution du fait du faible nombre de dossiers dans l'échantillon avec indus frauduleux d'AAH (23 dossiers)

Taux d'allocataires avec au moins un indu frauduleux sur l'année (en % - valeurs centrales)



Taux d'indus frauduleux (en % - valeurs centrales)



■ ■ ANNEXE 12 : CIBLES COG

Les indicateurs COG retracent le fait que le recouvrement est plus ou moins facile selon les branches, avec des cibles plus importantes pour les branches famille et vieillesse que pour les autres branches. On doit cependant l'importance de l'objectif dédié à la branche recouvrement qui doit multiplier par deux ses résultats de recouvrement (77 M€ recouverts en 2022 contre 144 prévus en 2027), ce qui peut passer par une amélioration du taux de redressement en LCTI.

Cibles prévues par les COG

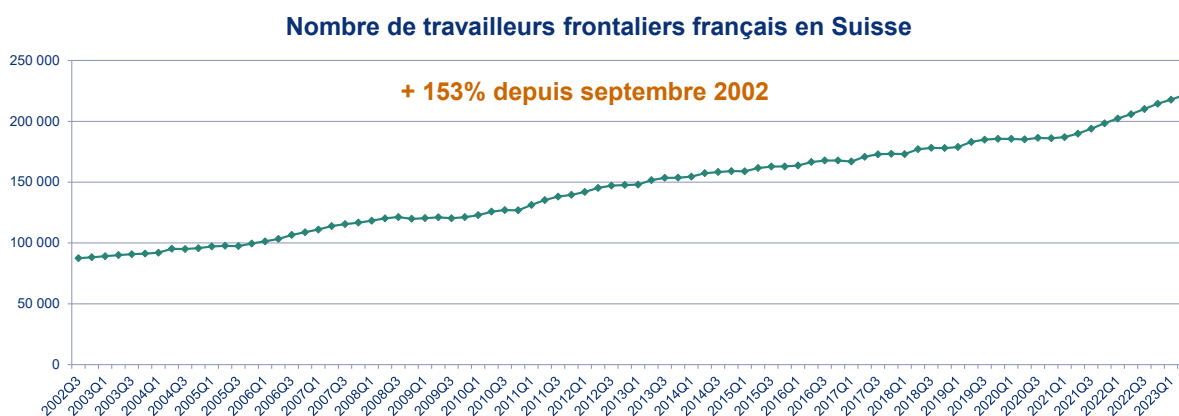
		2023	2024	2025	2026	2027
CNAF	Cible COG	76%	77%	78%	79%	80%
CNAM	Cible COG	55%	57%	60%	62%	65%
CNAV	Cible COG	75%	77%	79%	82%	85%
URSSAF CN	Cible (en cumulé)	67 M€	161 M€	272 M€	400 M€	544 M€
MSA LCTI	Cible (en cumulé)	8,5 M€	10 M€	11 M€		

■ ■ ANNEXES AU CHAPITRE 3 – PREVENIR LA FRAUDE : UNE NECESSITE DEMOCRATIQUE ET FINANCIERE

■ ■ ANNEXE 1 : FRONTALIERS SUISSES⁵⁸

La question des modalités d'accès à la protection sociale des frontaliers suisses (personnes résidant en France mais travaillant ou ayant travaillé en Suisse) s'inscrit dans un contexte d'accroissement important de cette population, en raison, notamment, de l'attractivité des salaires suisses, beaucoup plus élevés que les salaires français : le salaire moyen suisse s'élève à 72 993 \$US, à comparer à un salaire moyen de 52 764 \$US en France⁵⁹ ; le salaire minimum applicable dans le canton de Genève s'élève à 4 368 francs suisses brut, soit environ 4 400 euros⁶⁰. La population des travailleurs frontaliers suisses atteint désormais plus de 220 000 personnes. En comptant leurs conjoints et ayants droits, plus de 400 000 personnes vivent dans un ménage frontalier. Le phénomène est particulièrement concentré autour de Genève, avec un impact fort sur le département de la Haute Savoie – qui concentre plus de 40% des travailleurs frontaliers.

Les travailleurs frontaliers suisses : une population en forte évolution



Source : Office Fédéral de la statistique, organisme suisse en charge des statistiques, présentation CPAM d'Annecy

Le régime de protection sociale applicable aux frontaliers suisses repose sur des règles spécifiques, du fait notamment de l'existence d'un droit d'option en matière d'assurance maladie.

⁵⁸ Ce document a bénéficié d'échanges avec la CPAM et la Caf d'Annecy ainsi qu'avec l'URSSAF Rhône Alpes.

⁵⁹ 58 940 \$US en Allemagne, 53 416 \$US en moyenne dans l'OCDE. OCDE 2022 : le salaire moyen est obtenu en divisant la masse salariale totale issue des comptes nationaux par le nombre moyen de salariés dans l'ensemble de l'économie, puis en multipliant le chiffre obtenu par le nombre d'heures hebdomadaires moyennes habituelles pour un salarié à temps plein rapporté à la moyenne des heures hebdomadaires travaillées pour tous les salariés. *Salaires - Salaires moyens - OCDE Data (oecd.org), OCDE (2023), Salaires moyens (indicateur)*. doi: 10.1787/ffc75ebf-fr (Consulté le 25 août 2023).

⁶⁰ En Suisse, le salaire minimum ne s'applique pas au niveau national mais au niveau cantonal (certains cantons proposent un salaire minimum, d'autres pas) et au niveau des conventions collectives de travail de certaines entreprises, indépendamment du canton de travail.

Frontaliers suisses (personnes travaillant en Suisse et résidant en France)																	
Maladie (prestations en nature)	Droit d'option⁶¹ entre l'assurance maladie française (via la PUMA) ou la LAMal suisse (régime obligatoire opéré par des caisses privées). Le droit d'option s'applique dans les cas suivants : premier emploi en Suisse ; reprise d'une activité en Suisse après une période de chômage ; changement de statut (le passage du statut de travailleur à celui de pensionné) ; changement de pays de résidence (installation en France). Le choix vaut pour les membres de la famille qui n'exercent pas d'activité professionnelle ou qui ne sont pas eux-mêmes titulaires d'une pension ou rente du seul régime suisse de sécurité sociale. Les frontaliers ont trois mois après leur prise d'emploi en Suisse pour exercer le droit d'option. Passé ce délai, ils sont automatiquement affiliés à la LAMal (régime par défaut). <table> <tr> <th></th><th>Assurance Maladie Suisse (LAMal)</th><th>Assurance Maladie Française (Cpam)</th></tr> <tr> <td>Soins en France</td><td>Prise en charge selon la législation française en vigueur</td><td>Prise en charge selon la législation française en vigueur</td></tr> <tr> <td>Soins en Suisse pour l'assuré</td><td>Prise en charge selon la législation suisse</td><td>Prise en charge des soins urgents ou dispensés en marge du travail</td></tr> <tr> <td>Soins en Suisse membres de la famille</td><td>Prise en charge selon la législation suisse</td><td>Prise en charge des soins urgents survenus en Suisse <u>uniquement</u></td></tr> <tr> <td>Soins dispensés hors de France (assuré et membres de la famille)</td><td>Compétence <u>LAMal</u></td><td>Compétence de l'assurance maladie française</td></tr> </table>			Assurance Maladie Suisse (LAMal)	Assurance Maladie Française (Cpam)	Soins en France	Prise en charge selon la législation française en vigueur	Prise en charge selon la législation française en vigueur	Soins en Suisse pour l'assuré	Prise en charge selon la législation suisse	Prise en charge des soins urgents ou dispensés en marge du travail	Soins en Suisse membres de la famille	Prise en charge selon la législation suisse	Prise en charge des soins urgents survenus en Suisse <u>uniquement</u>	Soins dispensés hors de France (assuré et membres de la famille)	Compétence <u>LAMal</u>	Compétence de l'assurance maladie française
	Assurance Maladie Suisse (LAMal)	Assurance Maladie Française (Cpam)															
Soins en France	Prise en charge selon la législation française en vigueur	Prise en charge selon la législation française en vigueur															
Soins en Suisse pour l'assuré	Prise en charge selon la législation suisse	Prise en charge des soins urgents ou dispensés en marge du travail															
Soins en Suisse membres de la famille	Prise en charge selon la législation suisse	Prise en charge des soins urgents survenus en Suisse <u>uniquement</u>															
Soins dispensés hors de France (assuré et membres de la famille)	Compétence <u>LAMal</u>	Compétence de l'assurance maladie française															
Retraite	Législation suisse (cotisations versées en Suisse – prestations servies par la Suisse selon la législation suisse).																
Accidents du travail - maladies professionnelles Invalidité ⁶²	Législation suisse (cotisations versées en Suisse – prestations servies par la Suisse selon la législation suisse).																
Famille	Le travailleur frontalier bénéficie en priorité des allocations familiales en Suisse. Si son conjoint travaille en France et ses enfants y résident, c'est la France qui verse en priorité les allocations familiales. Les allocations suisses ne sont alors plus versées, sauf sous la forme d'un complément différentiel, lorsque l'allocation suisse est d'un montant supérieur à l'allocation française.																
Chômage	Législation française (cotisations versées en Suisse – prestations servies en France selon la législation française, calculées sur la base des salaires perçus en Suisse – remboursement partiel des coûts par la Suisse ⁶³).																

⁶¹ Le dispositif découle de l'accord franco-suisse du 21 juin 1999.

⁶² Y compris perte de gains maladie-maternité.

⁶³ Les frontaliers sont en moyenne mieux indemnisés que les allocataires ayant perdu leur emploi en France. « Etant donné que les salaires suisses sont en moyenne plus élevés que dans l'Hexagone, les allocataires frontaliers avec la Suisse sont mieux indemnisés en moyenne : 2 700€ à fin 2020 face à 1 200€ pour les allocataires non frontaliers ».

Depuis le 1er mai 2010, en application du règlement (CE) n°883/2004, l'État frontalier – dans lequel les cotisations ont été versées – rembourse 3 mois d'indemnisation perçues par l'allocataire frontalier à l'État de résidence, durée qui peut

Le droit d'option induit des recherches d'optimisation.

Eléments d'optimisation dans le cadre du droit d'option

Optimisation de la couverture maladie – Critères de choix dans le cadre du droit d'option

—— Niveau de revenu : la cotisation à la Lamal est forfaitaire alors que la cotisation à la PUMA est proportionnelle aux revenus : plus le revenu est élevé, moins la cotisation à la PUMA est financièrement "intéressante"⁶⁴.

—— Situation familiale :

- Le système suisse étant individuel, une cotisation doit être versée pour chaque enfant alors qu'avec le régime français, les enfants sont rattachés au parent sans surcoût : plus le nombre d'enfants est important, plus la PUMA est financièrement intéressante.

- Si le (la) conjoint(e) est rattaché(e) à l'assurance maladie obligatoire française, il est possible de rattacher les enfants à la Sécurité Sociale du (de la) conjointe, ce qui « neutralise » le surcoût de la Lamal lié aux enfants.

—— Etat de santé : Les contrats de complémentaire santé solidaires et responsables sont accessibles, quel que soit l'état de santé. En Suisse, l'adhésion à une assurance complémentaire repose sur un questionnaire médical, avec un risque de refus, de réserves ou d'exclusions⁶⁵.

—— Localisation : dans certaines régions françaises, comme le Pays de Gex, l'offre de soins peut être limitée. Si l'assuré consulte davantage en Suisse, il est préférable d'opter pour la LAMal afin de simplifier la prise en charge⁶⁶.

—— Souhait de personnalisation de la couverture : contrairement à l'Assurance maladie française, le système suisse offre le choix entre plusieurs caisses privées. Bien qu'elles accordent toutes le même niveau réglementaire de couverture, leurs conditions tarifaires sont différentes, permettant éventuellement de trouver une offre plus avantageuse (cotisation, franchise, etc.)⁶⁷.

Quelques éléments de bilan.

La grande majorité des frontaliers préfère la Lamal suisse à la Sécurité sociale française pour leur régime de base : dès que leur salaire dépasse 45 000 à 50 000 € par an, elle est plus avantageuse puisque non assise sur la rémunération.

Par ailleurs, les affiliés Lamal sont couverts pour leurs soins en France selon la législation française (la sécurité sociale française leur délivrant une carte Vitale) ; ils bénéficient donc pleinement des systèmes d'assurance maladie en Suisse et en France. Les personnes qui optent pour l'assurance maladie française ne bénéficient que d'une prise en charge partielle en Suisse.

Si le droit d'option est définitif, il peut être modifié lors du passage en retraite (donc lorsque le risque maladie s'accroît).

Sous l'angle de la fraude, le sujet se focalise sur l'assurance chômage compte tenu des risques d'une part de non déclaration de reprise d'emploi pour les personnes bénéficiaires des

être étendue à 5 mois lorsque le frontalier a travaillé plus de 12 mois dans l'État frontalier au cours des 24 derniers mois. Ce principe est applicable à la Suisse. « La durée d'indemnisation des allocataires frontaliers dépasse dans les faits largement les 5 mois maximum remboursés par le pays d'emploi. Il en résulte chaque année un surcoût pour l'Unédic, c'est-à-dire un écart, important, entre les dépenses d'allocations et les remboursements, qui leur sont inférieurs » Le surcoût était évalué à 667 M€ en 2020. UNEDIC, L'indemnisation des travailleurs frontaliers par l'assurance chômage, 2021, <https://www.unedic.org/publications/lindemnisation-des-travailleurs-frontaliers-par-lassurance-chomage#>

⁶⁴ Dès que leur salaire dépasse 45 000 à 50 000 € par an, la LaMal est considérée comme plus avantageuse puisque non assise sur la rémunération.

⁶⁵ En revanche, les assureurs ne peuvent pas refuser une demande de souscription et aucune questionnaire santé n'est requis pour une assurance de base.

⁶⁶ Quelles différences entre LAMal et Sécurité sociale ? (alptis.org).

⁶⁷ Quelles différences entre LAMal et Sécurité sociale ? (alptis.org).

allocations chômage par France Travail et d'autre part de fourniture de fausses attestations d'emploi en Suisse afin de se faire ouvrir un droit en France. Ces risques sont tempérés par la possibilité qu'a France Travail de vérifier les informations sur les attestations d'emploi effectué en Suisse via un portail. Les possibilités restent toutefois contraintes par un nombre de connexions limité par jour (300).

Chômage	Une personne domiciliée en France, travaille en Suisse où elle perd son emploi. Elle s'inscrit comme demandeur d'emploi et fait valoir son droit aux allocations chômage en France. Lorsqu'elle retrouve du travail en Suisse, elle omet de le déclarer à France Travail et continue à toucher des allocations chômage ⁶⁸ .
Chômage	Une personne vit en Suisse et s'inscrit comme demandeur d'emploi en France par le biais d'une fausse déclaration de résidence, en utilisant l'adresse de sa résidence secondaire ou celle d'un proche. Elle touche ainsi des allocations chômage dans les deux pays ⁶⁹ .
Chômage	Une femme de 40 ans, a été condamnée à six mois de prison avec sursis et 1 000 euros d'amende pour avoir fraudé les allocations-chômage. Entre 2013 et 2015, cette frontalière a touché 49 000 euros de la part de la France, et 59 000 de la Suisse. La quadragénaire avait falsifié ses bulletins de salaire de son employeur, suisse, avant d'affirmer aux deux administrations ne pas toucher d'argent. Il y a quelques semaines, elle avait été contrôlée en flagrant délit de travail au noir dans un institut de beauté de Bellegarde-sur-Valserine (Ain), accueillant les clients en tenue, alors qu'elle était censée travailler de l'autre côté de la frontière. Toujours sans le déclarer à Pôle emploi. Jugée par le tribunal correctionnel de Bourg-en-Bresse, elle s'est dit « persuadée » que les administrations françaises et suisses allaient « se mettre d'accord ». Elle a déjà dû rembourser l'argent perçu en France. ⁷⁰
Chômage	Un travailleur frontalier français aurait, pendant 10 mois, touchés l'assurance chômage en France (car, en cas de chômage total, c'est bien de France que les travailleurs frontaliers français perçoivent les indemnités) alors qu'il continuait à travailler en Suisse et à percevoir son salaire.

Les risques de fraude associés aux prestations familiales sont en pratique très limités puisque la législation et la réglementation européenne permettent aux familles de disposer de la prestation calculée sur le mode de calcul de la réglementation du pays qui lui est le plus favorable.

Compte tenu des affiliations liées à l'activité, les fraudes à l'assurance maladie portent potentiellement sur les personnes inactives, qui sont en couple avec une personne affiliée à l'assurance maladie suisse du fait de son activité. Dans ce cas, les conventions prévoient que l'affiliation à l'assurance maladie suisse prévaut pour les personnes inactives du foyer⁷¹. Des cas de fraude peuvent donc exister où la personne inactive ne déclare pas être en couple avec la personne frontalière suisse afin à la fois de bénéficier de la PUMA en France et également d'éviter la cotisation supplémentaire à l'assurance suisse. Une autre manière de frauder est de déclarer une activité fictive en France afin d'être affilié directement à la PUMA à ce titre.

⁶⁸ Travailleurs frontaliers épinglés pour fraude aux allocations chômage (wegroup.ch), 2014.

⁶⁹ Travailleurs frontaliers épinglés pour fraude aux allocations chômage (wegroup.ch), 2014.

⁷⁰ Elle touchait le chômage en France et en Suisse - Le Parisien Par Le Parisien. Fr, 2018.

⁷¹ https://www.CLEISS.fr/particuliers/je_reside_en_france_et_travaille_en_suisse.html

■ ■ ■ ANNEXE 2 : TARIFS CONVENTIONNELS DES MEDECINS GENERALISTES

Tarifs conventionnels des médecins généralistes en France métropolitaine (à compter du 1er janvier 2024)	
Actes et majorations*	Tarif
C : consultation au cabinet	23,00 €
G (C+MMG) : consultation au cabinet majorée de la majoration pour le médecin généraliste (1)	26,50 €
CS : consultation au cabinet par le médecin spécialiste qualifié en médecine générale	23,00 €
GS (CS+MMG) : consultation au cabinet par le médecin spécialiste qualifié en médecine générale avec la majoration pour le médecin généraliste (1)	26,50 €
TCG : consultation à distance réalisée entre un médecin généraliste et un patient (téléconsultation) (1)	25,00 €
TC : consultation à distance réalisée entre un médecin généraliste et un patient (téléconsultation), dans le cas où le médecin n'est pas dans les situations évoquées en note (1) où il peut facturer le TCG	23,00 €
TE2 : acte de téléexpertise d'un médecin sollicité par un autre médecin	20,00 €
RQD : acte de demande d'une téléexpertise par un professionnel de santé auprès d'un médecin	10,00 €
APC (ou APV) : avis ponctuel de consultant au cabinet (ou à domicile)	56,50 €
MCG : majoration de coordination (1)	5,00 €
MUT : majoration d'urgence du médecin traitant (uniquement si la consultation associée est réalisée à tarif opposable)	5,00 €
MCU : majoration correspondant urgence (uniquement si consultation associée réalisée à tarif opposable)	15,00 €
MRT : majoration médecin traitant (uniquement si la consultation associée est réalisée à tarif opposable)	15,00 €

Tarifs conventionnels des médecins généralistes en France métropolitaine (à compter du 1er janvier 2024) Actes et majorations*	Tarif
RMT : rémunération spécifique annuelle pour un patient en ALD	40,00 €
FMT : forfait médecin traitant pour les patients hors ALD (2)	5,00 €
MOP : majoration personnes âgées du médecin non traitant (3)	5,00 €
V : visite à domicile	23,00 €
VG (V+MMG) : visite à domicile par le médecin généraliste majorée de la majoration pour le médecin généraliste (1)	26,50 €
VS : visite à domicile par le médecin spécialiste qualifié en médecine générale	23,00 €
VGS (VS+MMG) : visite à domicile par le médecin spécialiste qualifié en médecine générale majorée de la majoration pour le médecin généraliste (1)	26,50 €
VL : visite longue et complexe réalisée au domicile	60,00 €
VSP : consultation réalisée au domicile du patient pour soins palliatifs par le médecin traitant	60,00 €
MD : majoration de déplacement pour visite à domicile justifiée	10,00 €
MDN : majoration de déplacement pour visite à domicile justifiée de nuit de 20h00 à 00h00 et de 06h00 à 08h00	38,50 €
MDI : majoration de déplacement pour visite à domicile justifiée de nuit de 00h00 à 06h00	43,50 €
MDD : majoration de déplacement pour visite à domicile justifiée de dimanche et jour férié (4)	22,60 €
ID : indemnité forfaitaire de déplacement pour des actes effectués à domicile autre que la visite	3,50 €
MN : majoration pour acte de nuit de 20h00 à 00h00 et de 06h00 à 08h00 (5)	35,00 €
MM : majoration pour acte de nuit de 00h00 à 06h00 (5)	40,00 €
F : majoration pour acte le dimanche et jour férié (5) (6)	19,06 €

Tarifs conventionnels des médecins généralistes en France métropolitaine (à compter du 1er janvier 2024)	
Actes et majorations*	Tarif
CRN : majoration spécifique de nuit 20h00 à 0h00/06h00 à 08h00 en cas de consultation au cabinet, permanence des soins dans le cadre de la régulation	42,50 €
VRN : majoration spécifique de nuit 20h00 à 00h00/06h00 à 08h00 en cas de visite, permanence des soins dans le cadre de la régulation	46,00 €
CRM : majoration spécifique de milieu de nuit 00h00 à 06h00 en cas de consultation au cabinet, permanence des soins dans le cadre de la régulation	51,50 €
VRM : majoration spécifique de milieu de nuit 00h00 à 06h00 en cas de visite, permanence des soins dans le cadre de la régulation	59,50 €
CRD : majoration spécifique de dimanche et jours fériés en cas de consultation au cabinet, permanence des soins dans le cadre de la régulation	26,50 €
VRD : majoration spécifique de dimanche et jours fériés en cas de visite, permanence des soins dans le cadre de la régulation	30,00 €
SNP (7) : majoration pour la prise en charge par un médecin correspondant non médecin traitant pour un patient adressé par le médecin régulateur du service d'accès aux soins (SAS) pour une prise en charge dans les 48 heures	15,00 €
IK : indemnité kilométrique en plaine	0,61 €
IK : indemnité kilométrique en montagne	0,91 €
IK : indemnité kilométrique à pied ou à ski	4,57 €
COE : consultation pour les examens obligatoires dans les 8 jours qui suivent la naissance, au cours du 9e ou du 10e mois, et au cours du 24e ou du 25e mois (uniquement à tarif opposable)	47,50 €
COD : examen obligatoire de l'enfant hors COE (0-6 ans) (1)	31,50 €
COB : examen obligatoire de l'enfant (6 ans et plus) (1)	26,50 €
COG : examen obligatoire de l'enfant hors COE (0-6 ans) pour les secteurs 2 non Optam avec dépassement	28,00 €
COA : examen obligatoire de l'enfant (6 ans et plus) pour les secteurs 2 non Optam avec dépassement	23,00 €

Tarifs conventionnels des médecins généralistes en France métropolitaine (à compter du 1er janvier 2024) Actes et majorations*	Tarif
CCP : première consultation de santé sexuelle, de contraception et de prévention des maladies sexuellement transmissibles	47,50 €
CCX : code prestation agrégé pour la consultation complexe CSO (8), CSE (9) et ASE (9bis)	47,50 €
MTX : majoration pour consultations très complexes (MIS et PIV) (10) (1bis)	30,00 €
CCE : code prestation agrégé pour la consultation très complexes CTE (11) et MPH (12)	60,00 €
IMT : consultation initiale d'inscription d'un médecin en tant que médecin traitant pour un patient relevant d'une ALD exonérante	60,00 €
MEG : majoration pour les enfants de 0 à 6 ans	5,00 €
MIC : majoration pour consultation d'un patient insuffisant cardiaque après hospitalisation par le médecin traitant (article 15.5 de la NGAP) si consultation réalisée au tarif opposable (1ter)	23,00 €
MSH : majoration pour la consultation de suivi de sortie d'hospitalisation de court séjour des patients à forte comorbidité par le médecin traitant (article 15.6 de la NGAP) si consultation réalisée au tarif opposable (1ter)	23,00 €
MU : majoration d'urgence	22,60 €
K : acte technique	1,92 €
STH : forfait de surveillance médicale des cures thermales	80,00 €
Adhésion au contrat type figurant dans le décret du 3 mai 2002 relatif à la délivrance de soins palliatifs à domicile : forfait mensuel de soins	90,00 €
Modificateur F : valeur de la majoration de dimanche et de jour férié	19,06 €
Modificateur M : majoration pour soins d'urgence faits au cabinet du médecin généraliste après examen en urgence d'un patient	26,88 €
Modificateur P : valeur de la majoration de nuit pour le médecin généraliste : 20h00 à 00h00 et 06h00 à 08h00	35,00 €
Modificateur S : valeur de la majoration de nuit pour le médecin généraliste : 00h00 à 06h00	40,00 €

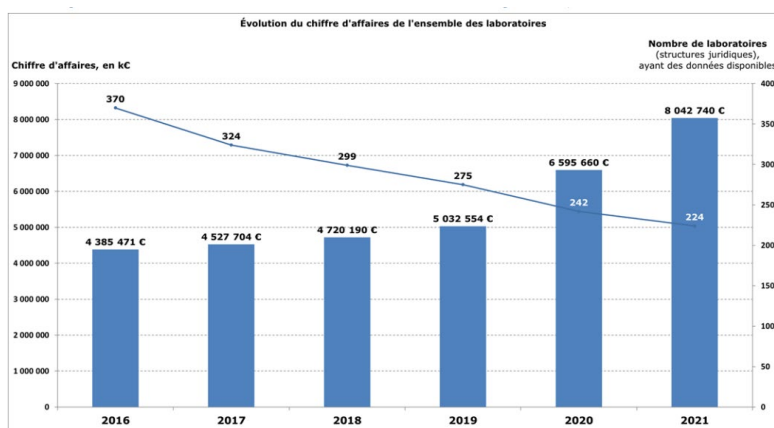
Tarifs conventionnels des médecins généralistes en France métropolitaine (à compter du 1er janvier 2024) Actes et majorations*	Tarif
U03 : consultation correspondant au niveau CCMU 3 du médecin urgentiste (dans un service d'urgence autorisé par l'ARS des établissements mentionnés au d de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale et à tarif opposable)	30,00 €
U45 : consultation correspondant au niveau CCMU 4 ou au niveau CCMU 5 du médecin urgentiste (dans un service d'urgence autorisé par l'ARS des établissements mentionnés au d de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale et à tarif opposable)	46,00 €

- (1) Majoration ou consultation pouvant être cotée uniquement par les médecins en secteur 1 et par les médecins en secteur 2 (ou secteur 1 DP) ayant adhéré à l'option de pratique tarifaire maîtrisée et, par dérogation, par les médecins exerçant en secteur 2 (ou secteur 1 DP) lorsqu'ils pratiquent les tarifs opposables.
- (1bis) Majoration pouvant être cotée uniquement par les médecins en secteur 1 et par les médecins en secteur 2 (ou secteur 1 DP) ayant adhéré à l'option de pratique tarifaire maîtrisée.
- (1ter) Majoration pouvant être cotée uniquement par les médecins en secteur 1 et par les médecins en secteur 2 (ou secteur 1 DP) ayant adhéré à l'option de pratique tarifaire maîtrisée et, par dérogation, par les médecins exerçant en secteur 2 (ou secteur 1 DP) lorsqu'ils sont appelés à dispenser des soins aux assurés bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire.
- (2) Rémunération forfaitaire réservée exclusivement aux médecins de secteur 1 et aux médecins adhérant à l'option de pratique tarifaire maîtrisée.
- (3) Cette majoration est réservée aux médecins exerçant en secteur à honoraires opposables et à ceux ayant adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée tels que définis aux articles 40 et suivants. Elle bénéficie aux médecins pour les patients de plus de 80 ans dont ils ne sont pas le médecin traitant et pour les médecins généralistes en l'absence du médecin traitant.
- (4) La majoration s'applique à partir du samedi midi pour la visite à domicile justifiée.
- (5) En dehors des situations visées à l'article 14-2 des dispositions générales de la NGAP.
- (6) La majoration F s'applique aussi à partir du samedi midi pour les consultations au cabinet réalisées par le médecin généraliste de garde.
- (7) SNP [Voir les modalités de facturation en détails](#)
- (8) CSO - La consultation de suivi et coordination de la prise en charge des enfants de 3 à 12 ans en risque avéré d'obésité.
- (9) CSE - La consultation de suivi et de coordination de la prise en charge d'un enfant autiste.
- (9bis) ASE - La consultation complexe à l'entrée du mineur dans le dispositif de protection de l'enfance.
- (10) MIS - La consultation initiale d'information du patient et de mise en place d'une stratégie thérapeutique pour les patients atteints de cancer, de pathologie neurologique grave ou neurodégénérative ou d'un trouble du neuro-développement / PIV - La consultation initiale d'information et organisation de la prise en charge en cas d'infection par le VIH.
- (11) CTE - La consultation de repérage des signes de trouble du neuro-développement (TND) ou d'un trouble de la relation précoce mère-enfant.
- (12) MPH - Consultation très complexe dans le cadre de l'amélioration de la prise en charge des personnes avec handicap.

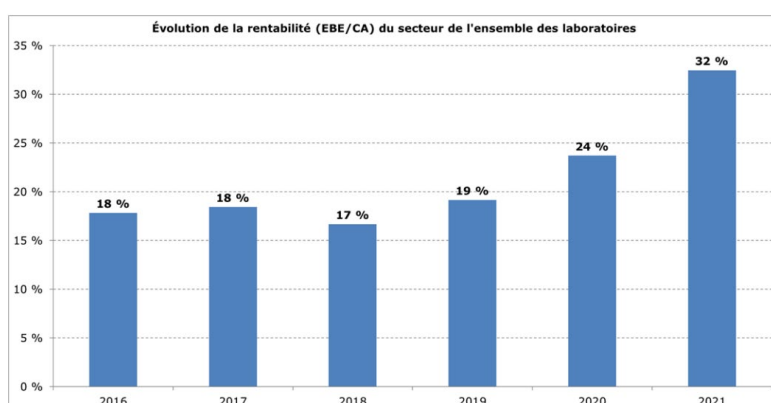
■ ■ ■ ANNEXE 3 : UN EXEMPLE DE FINANCIARISATION : LE SECTEUR DE LA BIOLOGIE MEDICALE ILLUSTRE PAR LA CNAM⁷²

Comme l’a montré le rapport de propositions pour 2023, le secteur de la biologie médicale privée est en 2023 un secteur extrêmement concentré, les six premiers groupes (Biogroup-LCD, Cerba, Innovie, Synlap, Unilabs, Eurofins) représentant plus de 60 % de l’offre privée. Il s’agit également d’un secteur très profitable, les taux de marge atteignant des niveaux élevés, d’autant plus que le chiffre d’affaires est important, y compris en neutralisant les effets liés à la période Covid-19. Le secteur fait par ailleurs l’objet d’une régulation prix-volume dynamique qui n’affecte que peu la rentabilité des laboratoires. La concentration de l’offre ne semble pas s’être accompagnée à ce stade d’un moindre accès financier ou géographique aux soins pour la population ni d’une dégradation de la qualité des soins.

Évolution du chiffre d’affaires et de la rentabilité des laboratoires de biologie médicale, entre 2016 et 2021



Source : Diane 2021



Cette situation est d’autant plus remarquable que la lutte contre la concentration et la financiarisation a figuré en bonne place parmi les objectifs des politiques de régulation mis en

⁷² Cette annexe reprend une partie du chapitre consacré à la financiarisation dans le rapport charges produits de la CNAM [2023-07_rapport-propositions-pour-2024_assurance-maladie.pdf \(ameli.fr\)](#).

place sur les vingt dernières années. L'étude de cet échec à réguler la financiarisation permet de mieux en comprendre les mécanismes et d'identifier les bons outils pour l'améliorer. L'avis du 4 avril 2019 de l'Autorité de la concurrence fournit à ce titre une analyse très éclairante de ces mécanismes.

La concentration et la financiarisation de la biologie résultent de la rencontre entre, d'une part, des incitatifs puissants à la concentration du secteur portée principalement par l'ordonnance dite « Ballereau » ainsi que par les politiques de maîtrise des dépenses, et, d'autre part, l'application variable dans le temps des règles d'indépendance professionnelle fondées sur l'obligation que le capital et les droits de vote des sociétés d'exercice libéral (SEL) soient majoritairement détenus par des professionnels y exerçant.

Selon l'Autorité de la concurrence, le secteur de la biologie n'avait, avant 2001, qu'un accès très limité aux financements privés et ne faisait l'objet d'aucune politique incitative à la concentration de l'offre.

C'est en 2001 que l'ouverture à des financements privés s'est faite, avec la loi dite « Murcef » (mesures urgentes de réformes à caractère économique et financier) qui a porté la création des sociétés de participations financières de professions libérales (SPFPL) – des holdings dont l'objet social était de permettre de prendre des parts dans des SEL – forme juridique majoritaire des laboratoires de biologie médicale. Par ce biais, des acteurs privés non professionnels pouvaient prendre des participations au capital des SEL à hauteur de 25 % maximum. Cette loi portait également une mesure dérogatoire permettant que « le capital d'une SEL soit détenu pour plus de la moitié par des biologistes n'exerçant pas dans la SEL, pour autant que la majorité des droits de vote soit conservée par des biologistes y exerçant » (nouvel article 5-1 de la loi dite « SEL » de 1990¹⁴¹). Cette dissociation entre droits de vote et propriété du capital a ouvert la porte à la constitution de larges chaînes de laboratoires et facilité les financements privés : il n'était plus requis que les biologistes majoritaires exercent nécessairement dans la SEL.

La publication de l'ordonnance « Ballereau » en 2010 a porté une politique très volontariste d'amélioration de la qualité, en particulier avec une démarche de certification systématique de la chaîne préanalytique. Les contraintes et les coûts liés à cette politique ont constitué un incitatif massif au regroupement des LBM. Se sont ainsi constitués des groupes de LBM « en cascade », avec la prise de part d'une SEL dans une autre SEL, qui elle-même prenait des parts dans une autre SEL et ainsi de suite.

En 2013, la loi relative à la biologie médicale a été adoptée pour contenir la financiarisation du secteur, en s'inspirant notamment du rapport de la Cour des comptes qui évoque pour la première fois en 2013 le développement de « montages juridiques type "leverage buyout" [achat à effet de levier] permettant à des fonds financiers d'acquérir des laboratoires ». Si la concentration était souhaitée, elle ne devait pas se faire par la financiarisation. La loi de 2013 met ainsi fin à l'applicabilité de l'article 5-1 instauré par la loi dite « Murcef » de 2001 dans le but d'éviter de nouvelles créations de groupes d'investisseurs par le biais de montages juridiques utilisant des sociétés étrangères.

Cependant, la loi laisse inchangée la situation des sociétés qui ont profité du régime dérogatoire de l'article 5-1 entre 2001 et 2013. Comme le note l'Autorité de la concurrence, le législateur « n'a édicté aucune disposition visant à revoir ou figer leur capital, leur activité ou leur situation », en dépit des revendications syndicales. Ainsi, une asymétrie juridique a été créée, car les structures qui n'ont pas utilisé l'article 5-1 pour se développer sont désormais soumises, à l'inverse des « SEL dérogatoires », à la règle suivante : la majorité du capital doit être

détenue, directement ou indirectement, par des biologistes en exercice dans la société. Cette asymétrie est renforcée par le fait que les SEL dérogatoires ont la possibilité d'absorber les SEL non dérogatoires par des opérations de fusion-acquisition.

Parallèlement, conservant le régime dérogatoire de la loi « Murcef », des sociétés non-biologistes au terme du droit français ont pu acquérir presque intégralement le capital de deux SEL françaises de biologistes au maximum et, par le biais du mécanisme de regroupement en cascade, détenir plusieurs autres SEL de biologistes et constituer de vrais groupes. Le mécanisme d'indépendance professionnelle censé constituer une protection contre la financiarisation s'est ainsi avéré inefficace.

Comme le constate en 2019 l'Autorité de la concurrence, ces évolutions « ont entraîné un fonctionnement asymétrique du secteur, qui est aujourd'hui partagé entre quelques grands acteurs, qui ont bénéficié d'un ancien régime dérogatoire favorisant leur croissance externe, et des centaines de petits laboratoires limités aujourd'hui dans leurs capacités de développement, faute d'avoir pu bénéficier de la souplesse temporairement prévue pour se restructurer », en même temps qu'une financiarisation importante du secteur de la biologie médicale.

La loi de 2013 a donné aux agences régionales de santé (ARS) une mission de contrôle des règles prudentielles visant à éviter la constitution de monopoles ou de positions dominantes. Ainsi, ces dernières ont la possibilité de :

- s'opposer à l'ouverture d'un LBM si l'offre de soins en biologie dépasse de 25 % les besoins de la population ;
- s'opposer à une acquisition ou une fusion si l'offre résultante en biologie dépasse 25 % du total des examens de biologie sur le territoire ;
- s'opposer à une acquisition ou une fusion si l'opération de fusion ou d'acquisition revient à concentrer 33 % de l'offre de biologie du territoire auprès d'une personne physique ou morale.

Mais l'ambition portée par la loi n'a pu être réalisée en raison d'un retard dans la parution des décrets et du manque d'informations des ARS ; les limites de l'application des règles prudentielles ont elles aussi été analysées par l'Autorité de la concurrence en 2019.

Dans ce contexte, la crise sanitaire est arrivée comme une aubaine financière inespérée, le chiffre d'affaires du secteur ayant connu une très forte hausse liée au remboursement des tests PCR-Covid, qui a permis de rembourser en quelques mois des dettes dont le remboursement était initialement prévu sur plusieurs années. Les premiers investisseurs sont donc sortis rapidement avec des valorisations historiques.

Cette situation s'est traduite par un dérèglement du marché. En quelques mois, des LBO secondaires et tertiaires se sont multipliés (Biogroup a levé 2,8 Md€ début 2021 et Cerba a fait l'objet d'une entrée majoritaire au capital du fond suédois EQT pour une valorisation de 4,5 Md€). Le marché s'est emballé, indépendamment du risque de remontée des taux, de l'inflation, et d'une éventuelle régulation tarifaire. Ainsi, la déconnexion entre les valeurs de marché des groupes et leur valeur réelle, associée à un taux d'endettement très important, fait craindre le risque d'un éclatement de ce qui s'apparente à une bulle spéculative.

■ ■ ■ ANNEXE 4 : QUELQUES CAMPAGNES DE COMMUNICATION

■ La campagne de communication de 2011



Lancement d'une nouvelle campagne de communication grand public sur la lutte contre les fraudes – Communiqué de presse du 26 août 2011

Les ministères du Budget, des Comptes publics et de la Réforme de l'État (DGFIP, Douanes), du Travail, de l'Emploi et de la Santé, des Solidarités et de la Cohésion sociale, ainsi que l'ACOSS (Agence centrale des organismes de Sécurité sociale, caisse nationale du réseau des URSSAF) et les autres caisses nationales du régime général de sécurité sociale – Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse (CNAV) et Caisse Nationale d'Allocations Familiales (CNAF) – lancent une nouvelle campagne de sensibilisation à la lutte contre les fraudes sous l'égide de la Délégation nationale à la lutte contre les fraudes (DNLF).

Cette campagne s'inscrit dans la lignée de la campagne diffusée à l'automne 2009. La campagne vise à dissuader les usagers de frauder. Elle permet de parler sans détour de la fraude : « Frauder, c'est voler et celui qui fraude sera sanctionné ». Elle cherche à mieux sensibiliser le public aux sanctions encourues et à lui faire prendre conscience des préjudices individuels et collectifs causés par les fraudes : « La fraude, on a tous à y perdre ».

Six spots seront diffusés à partir du 29 août 2011 pour trois semaines de campagne sur les grandes radios généralistes, d'informations et musicales, en métropole et dans les DOM. Ils abordent différentes situations de fraudes comme la sous-déclaration d'heures travaillées, le personnel non déclaré, les fraudes à l'impôt sur le revenu et à la TVA ainsi que les fraudes aux prestations sociales. Des actions régionales de communication et de sensibilisation seront également assurées en partenariat par les différents réseaux. Cette campagne renforce les plans d'actions contre les fraudes mis en place par l'Etat et la Sécurité sociale, en cohérence avec le renforcement des sanctions encourues par les fraudeurs. Elle témoigne de l'engagement de tous les services et de la coopération de tous les acteurs pour lutter contre les fraudes. Au total, depuis 2007, la fraude sociale détectée a ainsi augmenté de 40%. Pour l'année 2010, ce sont 3,4Md€ de fraudes fiscales, sociales et douanières qui ont été détectées.⁷³

⁷³ <https://www.economie.gouv.fr/campagne-de-sensibilisation-la-lutte-contre-les-fraudes-2011-0#> ; <http://proxy-pubminefi.diffusion.finances.gouv.fr/pub/document/18/11352.pdf?v=1402934567>

■ Un exemple de communication au niveau d'une Caf⁷⁴

TOLÉRANCE ZERO!

« Je suis partie à l'étranger mais ma résidence principale est en France! » Toute absence du territoire français doit être déclarée à la Caf, peu importe la durée de mon séjour à l'étranger.	« Je ne savais pas qu'il fallait déclarer les ressources de mon enfant. » Les ressources de toutes les personnes présentes au foyer doivent être déclarées, y compris ceux de mon enfant, même étudiant.	« Les entrées d'argent sur mon compte sont des aides financières de ma famille et de mes amis! » Les aides financières régulières versées par mes proches doivent être déclarées à la Caf.	« Je ne savais pas qu'il fallait déclarer mon activité! » A chaque changement, je dois déclarer ma situation professionnelle exacte (salarié, étudiant, étudiant-salarié, invalidité...)
« Au lieu de payer une pension alimentaire, mon ex-conjoint fait régulièrement des courses... » Qu'elle soit numéraire ou en nature, une pension alimentaire doit toujours être déclarée.	« Je ne savais pas qu'il fallait déclarer le départ de mon foyer de mon enfant. » L'arrivée, comme le départ du foyer d'un enfant ou toute autre personne à charge doit être déclarée.	« Je ne vis pas en couple! » Je vis en couple à partir du moment où j'ai, avec une autre personne, une communauté d'adresse, des intérêts financiers et/ou affectifs. Tout changement de situation familiale, mariage, pacs, concubinage, séparation, reprise de la vie commune, doit être déclaré.	« Je n'ai pas déclaré car les impôts et pôle emploi vous transmettent directement ma situation et mes ressources. » Les finances publiques et pôle emploi transmettent les informations <i>a posteriori</i> seulement, afin de vérifier les déclarations que j'ai faites à la Caf.

■ Un exemple de communication au niveau des Carsat⁷⁵

LA CARSAT LUTTE CONTRE LA FRAUDE SOCIALE

FRAUDE

Carsat Retraite & Santé au Travail
Alsace - Bourgogne - Champagne

Préserver le système de solidarité publique, c'est aussi ça la Sécurité sociale.

⁷⁴ <https://www.caf.fr/allocataires/caf-du-val-d-oise/actualites-departementales/frauder-c-est-voler>

⁷⁵ <https://www.carsat-mp.fr/home/nous-connaître/lutte-contre-la-fraude.html>

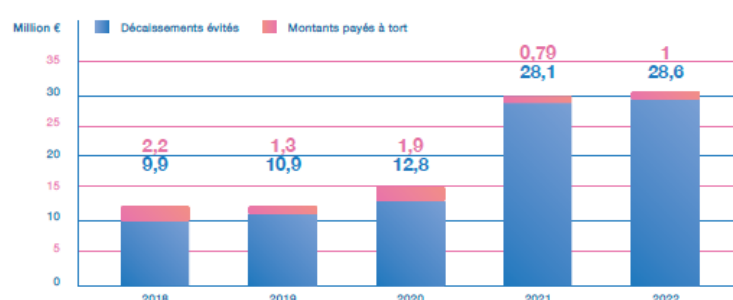
■ ANNEXE 5 : VERBATIMS : EXEMPLES DE FRAUDES DETECTÉES PAR LES ASSUREURS

Maxime BIZIEN, directeur de l'agence de lutte contre la fraude à l'assurance, lors de son audition devant l'Assemblée Nationale : « Au niveau de la gestion de sinistre – en prévoyance – ou du paiement de la prestation – dans le domaine de la santé –, le cumul d'assurances se concrétise par le versement indu de diverses prestations ; on trouve également de fausses déclarations sur les circonstances du sinistre, et des sinistres exagérés ou montés de toutes pièces – des gens qui font croire qu'ils sont malades, qu'ils ont été victimes d'un accident, qu'ils ont subi un préjudice corporel alors que ce n'est pas le cas, ce qui leur permet de se faire payer à la fois par les organismes sociaux et par les organismes complémentaires ; les sinistres et prestations fictifs – la presse s'est fait récemment l'écho de tels cas, avec la complicité de professionnels de santé ; la présentation de faux documents au moment du sinistre ou de la prestation – ce peut être des « vrais-faux », notamment des ordonnances volées ou vendues, et utilisées par d'autres personnes que celles auxquelles elles ont été délivrées ; enfin l'usurpation ou la modification de l'identité bancaire ».

Pierre VANHOUTTE, responsable des opérations à l'ALFA lors de son audition devant l'Assemblée Nationale : « Nous sommes pourtant confrontés aux mêmes fraudes que les organismes sociaux – l'URSSAF, la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV), la CNAM et les CPAM. Il y a des fraudeurs parmi les assurés mais aussi parmi les professionnels, et nous rencontrons de nombreuses fraudes réalisées avec des fausses factures, des fausses prescriptions et des actes fictifs. Le transport médicalisé est particulièrement concerné, avec des prestations – transport assis, couché, groupé, dégroupé – faisant souvent l'objet de déclarations volontairement erronées. Les cumuls frauduleux concernent davantage le monde de l'assurance que la sécurité sociale mais, dans la branche prévoyance, nombreux sont les faux arrêts de travail, les faux décès de personnes créées de toutes pièces et les sociétés fictives ou éphémères, avec de faux salariés ».

La fraude identifiée en santé

Répartition de la fraude identifiée en Santé (en M€)



Source : Alfa, Rapport d'activité

Un kinésithérapeute souscrit 20 contrats de prévoyance individuelle travailleur non salarié. Il déclare 127 arrêts maladie en vue de percevoir des indemnités journalières.

Un correspondant anti-fraude constate de nombreux arrêts maladie pour un professionnel de santé. Les arrêts initiaux et les prolongations sont établis par différents médecins. L'émission d'une circulaire

permet d'identifier de nombreux contrats chez plusieurs assureurs. 13 praticiens de santé sont à l'origine de multiples arrêts maladie ; un même médecin peut être à l'origine de plusieurs arrêts maladie mentionnant des pathologies différentes à une même date. Depuis 2018, l'assuré est en arrêt de travail de façon continue sans qu'il n'en déclare l'ensemble auprès de chaque assureur ; par ailleurs, les documents comptables transmis à l'appui des dernières souscriptions démontrent une poursuite d'activité malgré ses arrêts de travail. Enfin, l'assuré apparaît sur les réseaux sociaux avec un physique de bodybuilder. Au total, 16 assureurs sont victimes de la fraude. Une plainte est déposée en avril 2022. L'enjeu financier est de 2 710 667 €⁷⁶.

Un assuré souscrit 18 contrats Santé en 5 semaines et présente 149 demandes d'indemnisation à partir de 35 factures.

Une mutuelle informe l'ALFA qu'elle reçoit des factures pour des transports en taxi, de la pharmacie et de l'ophtalmologie qui *a priori* auraient été adressées à d'autres mutuelles. Un accompagnement est sollicité afin de pouvoir gérer ce dossier. Cet accompagnement va rapidement se transformer en coordination : 18 contrats Santé ont été souscrits en 5 semaines par l'assuré ; plusieurs souscriptions ont été effectuées le même jour ; la personne dispose d'une attestation provisoire de droits à l'assurance maladie ; les indemnisations attendues s'élèvent à 69 205 €. La personne déclare 4 téléphones, 3 adresses mails, fournit 4 RIB dont 1 RIB de néo-banque empêchant le prélèvement des primes ; les factures ne sont pas conformes ; les dates et numéros de facture ne sont pas cohérents ; des signatures différentes sont remarquées sur les documents pour une seule et même personne. 19 mutuelles sont victimes. Une plainte est déposée⁷⁷.

⁷⁶ Alfa, Rapport d'activité, 2022.

⁷⁷ Alfa, Rapport d'activité, 2022.

■ ■ ANNEXE 6 : QUELQUES EXEMPLES D'ÉCHANGES D'INFORMATION SOUHAITÉS PAR LES ORGANISMES COMPLÉMENTAIRES

Alfa a recensé pour le HCFiPS différents éléments qui seraient utiles aux organismes complémentaires dans le cadre de la lutte contre la fraude. L'encadré ci-dessous reprend ces éléments.

Vérification de l'authenticité des documents relatifs aux assurés

Décompte « sécurité sociale » relatif aux prestations en nature.

Lorsque la liaison Noémie⁷⁸ n'est pas mise en place auprès d'un organisme complémentaire (volonté de l'adhérent/assuré, liaison existante auprès d'un autre OCAM⁷⁹), le décompte « sécurité sociale » est l'élément principal pour saisir les remboursements par la complémentaire santé (accompagné, éventuellement du ou des décompte(s) des remboursements des autres mutuelles existantes). L'enjeu est ici de **s'assurer de l'existence et de la cohérence de soins et actes médicaux réels pris en charge par le régime obligatoire ainsi que des montants associés pour la personne figurant sur le décompte « sécurité sociale »**.

Documents relatifs aux versements de prestations en espèce.

Il s'agit de l'ensemble des documents que l'assuré transmet en cas d'incapacité de travail : attestation de paiement d'indemnités journalières, document de mise en invalidité (titre de pension invalidité), attestation de paiement de la pension d'invalidité. L'objectif est de **s'assurer de l'existence de l'arrêt de travail/l'invalidité, de la reconnaissance et du paiement des prestations par l'assurance maladie**.

Attestation de sécurité sociale.

L'attestation de sécurité sociale permet la vérification du NIR mais également l'existence de droits ouverts auprès du régime obligatoire et l'existence de la Complémentaire santé Solidaire (C2S) pour un assuré avec ou sans participation financière. L'enjeu est de **confirmer le numéro NIR déclaré par l'adhérent assuré et la véracité des droits ouverts (périodicité définie) au niveau du Régime obligatoire**.

Mobilisation des détections de faux documents émanant de professionnels et établissements de santé

Si le régime obligatoire n'est pas « responsable » de ces documents, il engage régulièrement des contrôles des prescriptions et factures émises par des professionnels et établissements de santé en lien avec des usurpations d'identité et des faux documents édités par des personnes tierces. L'objectif est de **partager les détections avec le régime obligatoire**.

⁷⁸ Noémie (« Norme Ouverte d'Échange entre la Maladie et les Intervenants Extérieurs ») est un système de télétransmission qui permet un échange d'informations entre les acteurs de santé, en particulier entre l'Assurance Maladie et les organismes de mutuelle : la caisse d'assurance maladie qui procède à un remboursement communique directement les données informatiques à la mutuelle de l'assuré. Ce dernier n'a donc plus à envoyer à sa complémentaire le décompte de la Sécurité sociale, ce qui accélère le processus de remboursement des soins.

⁷⁹ Un assuré peut avoir deux mutuelles, par exemple celle de son employeur et celle de son / sa conjoint(e) ou une mutuelle et une surcomplémentaire. Il devra alors « faire un choix » : une seule complémentaire santé peut être rattachée à la Caisse d'Assurance Maladie pour ce qui est de la télétransmission. Il faudra envoyer les décomptes papier à l'organisme hors Noémie.



ANNEXES AU CHAPITRE 4 - CONTROLER POUR DISSUADER : MIEUX COORDONNER LES EFFORTS

■ ■ ■ ANNEXE 1 : LE PROCESSUS D'OCTROI DU NIR

Le NIR matérialise l'immatriculation à la sécurité sociale

Numéro unique, le NIR⁸⁰ permet d'identifier avec certitude la personne concernée. Dès lors qu'il est attribué, il est conservé par la personne quand bien même elle n'a plus à bénéficier de prestations⁸¹.

Les personnes nées en France (qu'elles soient françaises ou étrangères) sont immatriculées automatiquement lors de la déclaration de naissance faite en mairie. Ce processus est géré par l'INSEE. Les personnes prennent connaissance de leur numéro d'immatriculation à partir de 16 ans, en recevant leur carte Vitale.

L'immatriculation des personnes nées à l'étranger est gérée par les organismes de sécurité sociale :

- Les personnes de nationalité française nées à l'étranger font l'objet d'une alimentation du SNGI via le Service central d'état civil du ministère de l'Europe et des Affaires étrangères –qui certifie l'identité ; elles ont communication de leur numéro de sécurité sociale lors de leur affiliation à une caisse de sécurité sociale.
- Les personnes étrangères nées à l'étranger doivent faire la demande du numéro d'immatriculation auprès d'un organisme de sécurité sociale soit pour pouvoir bénéficier d'une prestation sociale (prestations familiales, couverture maladie...), soit pour que leur employeur puisse renseigner la déclaration sociale nominative.

L'octroi du NIR pour les personnes étrangères nées à l'étranger : plusieurs niveaux de contrôle de nature à fiabiliser le processus

Pour les personnes étrangères nées à l'étranger, le processus d'immatriculation s'effectue en deux temps :

- Les caisses de sécurité sociale (principalement les Cnam au titre de la prise en charge de frais de santé et les Caf au titre des prestations familiales et de solidarité⁸²) examinent, en premier niveau, la recevabilité des pièces nécessaires à l'immatriculation.

⁸⁰ Voir article R161-1 du code de la sécurité sociale.

⁸¹ Une personne peut avoir valablement un NIR, sans forcément continuer de percevoir des prestations sociales, par exemple en raison d'un départ à l'étranger ou d'un retour dans le pays d'origine.

⁸² R161-1 du code de la sécurité sociale : « Le recueil des pièces justificatives nécessaires à l'attribution d'un numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques s'effectue par l'intermédiaire de l'organisme de sécurité sociale de base auprès duquel sont effectuées les démarches en vue du bénéfice d'une prestation de sécurité sociale ». Pôle emploi n'est pas compétent pour procéder à des immatriculations.

La qualité croissante de cette vérification a été soulignée par la Cour des Comptes dans son rapport sur les fraudes sociales de 2020 : la Cour a constaté une division par deux du taux de rejet des demandes d'immatriculation par le SANDIA entre 2015 et 2019 (de 14 % à 7,4 %), « *alors que ce service n'a pas abaissé son degré d'exigence quant à la qualité des documents fournis* »⁸³ (CNAV éléments réactualisés ?).

- Si elles estiment ces pièces recevables, les caisses adressent le dossier au SANDIA, service de la CNAV, qui gère, via une délégation de l'Insee⁸⁴, l'attribution du NIR pour les personnes nées à l'étranger⁸⁵. Le SANDIA vérifie à nouveau les pièces produites et certifie le NIR⁸⁶. En 2019, le SANDIA a reçu des organismes sociaux instructeurs de premier niveau près de 521 000 demandes d'immatriculation (dont 44 % de ressortissants de pays africains et 35 % de ressortissants de pays européens) et en a rejeté 7,4 %⁸⁷. (CNAV : réactualiser ?).

Le processus d'octroi du NIR répond ainsi à un double niveau de contrôle (celui des caisses puis celui du SANDIA) qui, comme le souligne la Cour des Comptes, « *favorise la maîtrise du risque de fraude documentaire* »⁸⁸.

⁸³ « En dehors de ces procédures et des progrès effectués par plusieurs pays étrangers dans la normalisation des documents d'identification de leurs ressortissants, plusieurs autres facteurs concourent à fiabiliser l'immatriculation à la sécurité sociale des personnes nées à l'étranger : un guide de l'identification partagé entre le ministère chargé de la sécurité sociale, les organismes sociaux et l'Insee ; la consultation de bases de données sur les documents d'identification des pays étrangers ; la formalisation de procédures de gestion ; la mise en œuvre d'actions de supervision interne ». Cour des comptes, *La lutte contre les fraudes aux prestations sociales – 2020*.

⁸⁴ Depuis 1987.

⁸⁵ Et enregistre toutes les modifications liées à l'état civil concernant ces personnes. Le SANDIA gère également l'immatriculation des Algériens nés avant 1962 ainsi que l'obtention du NIR pour les réfugiés dès lors que l'OFPRA leur a reconnu cette qualité. En revanche, les bénéficiaires de l'AME n'entrent pas dans ce périmètre.

Le SANDIA est également compétent pour l'inscription sur le registre électoral électronique des personnes nées à l'étranger.

⁸⁶ Article R161-1 du code de la sécurité sociale : « Toute personne affiliée aux assurances sociales ou rattachée aux organismes de sécurité sociale pour le bénéfice d'allocations ou prestations servies par ces organismes est identifiée par le numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques qui lui a été attribué à sa naissance par l'Institut national de la statistique et des études économiques si cette personne est née en France ou, sur la base des pièces d'identité et d'état civil qu'elle communique, à l'occasion de sa première activité professionnelle en France ou sa première démarche devant être effectuée en vue du bénéfice d'une allocation ou prestation de sécurité sociale, par l'organisme mentionné à l'article L. 222-4 par délégation de l'Institut mentionné ci-dessus, si cette personne est née à l'étranger.

Pour les personnes nées à l'étranger, le recueil des pièces justificatives nécessaires à l'attribution d'un numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques s'effectue par l'intermédiaire de l'organisme de sécurité sociale de base auprès duquel sont effectuées les démarches en vue du bénéfice d'une prestation de sécurité sociale. Celui-ci se charge des échanges nécessaires avec l'organisme mentionné à l'article L. 222-4.

Par dérogation aux dispositions du précédent alinéa les personnes nées à l'étranger qui sollicitent le bénéfice d'une pension de droit dérivé et qui ne disposent pas de numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques transmettent directement les pièces justificatives nécessaires à l'attribution d'un tel numéro à l'organisme mentionné à l'article L. 222-4.

Un numéro d'identification d'attente est attribué, dans les conditions prévues par l'article R. 114-7, aux personnes mentionnées aux deuxième et troisième alinéas en instance d'attribution d'un numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques ».

⁸⁷ Cour des Comptes, *La lutte contre les fraudes aux prestations sociales*, 2020.

⁸⁸ Cour des comptes, *La lutte contre les fraudes aux prestations sociales*, 2020.

A ce double niveau de contrôle s'ajoute, au-delà de la phase d'immatriculation entendue au sens strict, celui effectué par l'assurance maladie dans le cadre de l'octroi de la carte Vitale : la délivrance d'une carte Vitale repose notamment sur le rapprochement entre la pièce d'identité que l'assuré doit fournir pour obtenir sa carte et la photographie qu'il produit pour l'obtention de cette même carte pour figurer sur la carte Vitale. Cela permet, lors de la numérisation de la photo, une vérification de la cohérence visuelle entre les visages figurant sur la carte d'identité, d'une part, sur la photographie produite pour l'obtention de la carte Vitale, d'autre part. Ce contrôle est effectué de manière identique pour l'ensemble des caisses d'assurance maladie (qui recourent à un même prestataire pour l'effectuer).

Attribution du NIR

Attribution du NIR		
Né en France (français ou étranger)	Né à l'étranger (français ou étranger)	
INSEE au travers du RNIPP (Répertoire National d'Identification des Personnes Physiques)	CNAV au travers du SNGI (Système National de gestion des identifiants)	
Inscription automatique	Français	Etranger
	Inscription automatique	Inscription sur demande
	Inscription pour toute naissance déclarée auprès du consulat ou ambassade de France dans le pays de résidence Opérationnel depuis juin 2022 (pour les personnes nées après 1970) (1)	Pour être inscrites au RNIPP et obtenir ainsi un « numéro de sécurité sociale », les personnes nées à l'étranger doivent en faire la demande auprès d'un organisme de sécurité sociale soit pour pouvoir bénéficier d'une prestation sociale (allocation familiale, couverture maladie, etc.), soit pour que leur employeur puisse renseigner la déclaration sociale nominative.
Source : données d'état civil fournies par les communes	Source : alimentation spécifique du SNGI via le Service central d'état civil, service du ministère de l'Europe et des Affaires étrangères (basé à Nantes)	Source : demande de la personne ou de son employeur
Modalités : Les personnes nées en France sont immatriculées automatiquement au RNIPP par l'Insee après la déclaration de naissance faite en mairie Les officiers d'état civil doivent respecter des délais de transmission : 1 jour ouvré après l'établissement de l'acte pour les naissances, une semaine pour les décès et un mois pour les autres actes Les personnes nées en France prennent connaissance de leur numéro d'immatriculation à partir de 16 ans, en recevant leur carte Vitale.	Modalités : Les Français nés à l'étranger qui ne sont pas encore rattachés à un organisme de sécurité sociale en France ont communication de leur numéro de sécurité sociale lors de leur affiliation à une caisse de sécurité sociale (pas de communication pour les Français nés à l'étranger qui ne sont pas encore rattachés à un organisme de sécurité sociale en France).	Modalités : 1. La demande d'immatriculation s'effectue auprès d'un organisme de sécurité sociale (Cpam, Caf, etc.). Elle doit être accompagnée de deux pièces justificatives de l'identité (pièce d'état civil et pièce d'identité). <i>Ces deux pièces ont pour objet d'une part de vérifier la cohérence des pièces entre elles et d'autre part d'avoir les données de filiation (nom et prénom des parents). Elles permettent de distinguer des personnes aux identités semblables (mêmes nom, prénom, date et lieu de naissance).</i> 2. Après une première vérification, l'organisme de sécurité sociale qui reçoit la demande (Cpam, Caf...) l'adresse à la CNAV qui l'instruit. La certification des identités est effectuée par le Sandia (service administratif national d'identification des assurés,

Deux pièces justificatives demandées pour l'octroi du NIR des étrangers afin de corroborer les éléments fournis

Alors que, jusqu'au début des années 2010, seule une pièce d'identité était nécessaire pour l'octroi, deux pièces justificatives sont aujourd'hui demandées et vérifiées et leur cohérence est contrôlée⁸⁹ :

- Pour les ressortissants d'Etat tiers à l'Union Européenne : un document d'identité (titre ou document de séjour) attestant de la régularité du séjour et permettant de définir l'identité du

⁸⁹ La production de deux pièces est obligatoire 2012 (auparavant, le titre d'identité suffisait).

demandeur ainsi qu'une pièce d'état civil plurilingue ou d'une pièce d'état civil traduite par un traducteur assermenté. La pièce d'état civil en langue originale doit être jointe à la traduction.

- Pour les ressortissants de l'Union Européenne disposant de la nationalité d'un Etat membre de l'Union Européenne : une pièce d'état civil ainsi que le formulaire européen de rattachement à un organisme de protection sociale. La pièce d'état civil n'est pas à traduire par les assurés. A défaut de fourniture d'un formulaire européen de rattachement à un organisme de protection sociale, il est demandé de fournir une pièce d'identité ».

Un numéro provisoire d'attente unique délivré avant l'obtention du NIR pour assurer le traçage et le service des droits.

L'obtention d'un NIR certifié prend, par construction, un certain délai. Afin de garantir le traçage et une ouverture de droits rapide, l'attribution du NIR est potentiellement précédée de deux phases administratives :

- Pour les personnes qui viennent en France pour travailler : l'attribution d'un NTT (Numéro Technique Temporaire) : il est créé par l'employeur, pour 3 mois maximum, en l'attente d'un NIA ou d'un NIR. Le NTT est une donnée identifiante et structurante destinée au système d'information DSN uniquement. Il ne s'agit pas d'une donnée de gestion et ne permet donc pas l'ouverture des droits de l'individu auprès des organismes de protection sociale⁹⁰. Il permet en revanche le traçage des cotisations versées qui peuvent être imputées sur le compte des assurés dès qu'ils disposent d'un numéro d'identification.
- Pour toutes les personnes en attente de NIR, l'attribution d'un Numéro Identifiant d'Attente (NIA)⁹¹. Si l'usage du NIA usage a mis de nombreuses années à s'installer dans la gestion des caisses⁹², le NIA est désormais opérationnel tant pour l'assurance maladie que pour les prestations familiales. L'usage du NIA est considéré comme un élément de sécurisation du processus : comme a pu le souligner la Cour des comptes, « *cette procédure est (...) plus sécurisée que celle du NIR d'attente ([qui existait précédemment] : le demandeur ne peut obtenir la création du NIA que dans un seul organisme ; les pièces n'ont pas à faire l'objet de multiples photocopies et numérisations qui en altèrent souvent la lisibilité ; le versement des prestations s'interrompt au bout de 9 mois en l'absence de production d'une seconde pièce d'état civil valide* ⁹³ ».

⁹⁰ Le NTT est essentiel pour garantir la traçabilité des individus dans le système DSN entre deux déclarations d'un même employeur. Il doit également être renseigné sur la première DSN où le NIR ou le NIA est attribué pour faire le lien entre les deux identités déclarées par l'employeur.

⁹¹ Le régime du NIA a été révisé par la LFSS pour 2021, qui a introduit un article L114-12-3-1 dans le code de la sécurité sociale : Le dispositif avait été mis en place par le décret n° 2009-1577 du 16 décembre 2009 relatif au Répertoire national commun de la protection sociale et décrit par une circulaire DSS n°2012-213. Il en concerne pas Pole emploi. L'intérêt du NIA a été soulignée par la Cour des Comptes dans son rapport de 2020 : « *Cette procédure est plus sécurisée que celle du NIR d'attente : le demandeur ne peut obtenir la création du NIA que dans un seul organisme ; les pièces n'ont pas à faire l'objet de multiples photocopies et numérisations qui en altèrent souvent la lisibilité ; le versement des prestations s'interrompt au bout de 9 mois en l'absence de production d'une seconde pièce d'état civil valide* ». Cour des comptes *La lutte contre les fraudes aux prestations sociales*, 2020.

⁹² Le NIA a été créé par le décret n° 2009-1577) puis décrit en 2012 par la circulaire DSS/SD4C n° 2012-213 du 1er juin 2012. Les CAF ont utilisé le NIA à compter de 2017, l'assurance maladie et de la MSA y ont recours depuis novembre 2021. L'assurance vieillesse ne l'utilise pas pour les attributions de pensions de réversion à des personnes veuves non immatriculées à la sécurité sociale française (dès lors qu'elle ne les sert qu'une fois le NIR certifié attribué). Certains petits organismes continuent de fonctionner hors NIA.

⁹³ Cour des comptes, *Les fraudes aux prestations sociales*, 2020.

- En pratique, le processus d'octroi du NIA repose sur les éléments suivants ; il est émis par le premier organisme auprès duquel le futur assuré se manifeste ; cet organisme a la responsabilité de suivre l'ensemble du processus qui va permettre de « basculer » du NIA au NIR⁹⁴. Dans ce cadre, l'organisme effectue un premier niveau de vérification de l'identité⁹⁵.

Le recours au NIA dans le cadre de l'instruction de la demande d'identification pour les personnes ne disposant pas de NIR : le processus décrit par la CNAM⁹⁶

« Le principe posé est celui de la fourniture d'un titre d'identité permettant l'identification de la personne et d'un document d'état civil permettant de confirmer l'identité, accompagné de sa traduction en langue française⁹⁷.

Si les deux pièces permettent l'identification et présentent des garanties d'authenticité suffisantes, l'organisme de sécurité sociale délivre un numéro d'identification d'attente (NIA) attribué par le système national de gestion des identifiants (SNGI) et transmet le dossier à SANDIA qui se prononce, après vérification des pièces, sur l'attribution du numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques.

Si seul le titre d'identité répond aux exigences d'identification et d'authenticité, l'organisme délivre un NIA attribué par le SNGI à la personne à partir des éléments connus. Il s'ensuit alors une période durant laquelle l'organisme de sécurité sociale met en œuvre plusieurs actions lui permettant de récupérer la pièce manquante nécessaire à la certification de l'identité.

- **Au moment de l'attribution du NIA :** L'organisme informe la personne, qu'elle est tenue de produire le document d'état civil dans un délai de trois mois.

- **Trois mois suivant l'attribution du numéro d'identification d'attente :** L'organisme de sécurité sociale met en demeure l'intéressé, qui n'aurait pas fourni la pièce manquante, ou bien aurait fourni une pièce ne permettant pas l'identification ou sur laquelle il existe un doute sur l'authenticité, de la transmettre dans un délai de trois mois sous peine de suspension du versement des allocations et prestations dont il bénéficie et de récupération des allocations et prestations déjà versées.

- **Six mois suivant l'attribution du numéro d'identification d'attente :** À l'issue du précédent délai de trois mois, si la personne n'a pas produit la pièce attendue, si la pièce produite ne permet pas son

⁹⁴ Si plusieurs organismes sont sollicités parallèlement en vue d'une immatriculation, chacun des organismes peut verser des pièces au dossier pour l'instruction de l'immatriculation.

⁹⁵ Comme le note la Cour des Comptes, les « organismes ont accès à différents outils et bases de données informatisés leur permettant de réaliser des contrôles. Outre la consultation du SNGI, qui leur permet de vérifier que le demandeur ne dispose pas déjà d'un NIR, ils consultent l'application de gestion des dossiers des ressortissants étrangers en France (AGDREF) (...). En cas de doute sur l'authenticité des pièces d'identité présentées, les organismes peuvent consulter le registre public PRADO, qui propose des images et des informations succinctes relatives aux éléments de sécurité présents sur les documents de voyage et d'identité les plus courants délivrés par les États membres de l'Union européenne et par certains pays tiers. Enfin, l'accès aux données du service central d'état civil (SCEC) leur permet d'authentifier les actes de naissance des personnes nées à l'étranger et ayant acquis la nationalité française. (...) Depuis 2015, le taux de rejet des dossiers pris en charge par le SANDIA après transmission par les organismes sociaux a été divisé par près de deux. Le SANDIA ayant lui-même renforcé ses exigences quant à la qualité des pièces justificatives transmises, cette évolution tend à montrer que les organismes de premier niveau adressent au SANDIA des dossiers de meilleure qualité que par le passé. » Cour des comptes *La lutte contre les fraudes aux prestations sociales*, 2020.

⁹⁶ CNAM CIR-28/2022.

⁹⁷ Sauf si le document émane des autorités d'un Etat membre de l'Union européenne, de l'Espace économique européen ou de la Confédération suisse ou si un accord international en dispense le demandeur.

identification ou s'il existe un doute sur l'authenticité de celle-ci, l'organisme suspend provisoirement le versement de l'ensemble des prestations et allocations.

L'organisme de sécurité sociale dispose alors d'un délai de trois mois pour prendre l'une des décisions suivantes :

- s'il estime qu'aucune impossibilité matérielle ne fait obstacle à la production des éléments manquants, il notifie à la personne concernée la suspension définitive de ses allocations et prestations et engage à son égard la procédure de récupération des sommes versées applicable à chaque branche de la sécurité sociale. Le NIA est alors désactivé ;

- s'il estime qu'une impossibilité matérielle fait définitivement obstacle à la production des éléments manquants⁹⁸, les prestations et allocations suspendues sont rétablies à la date de la suspension et le dossier est transmis à la CNAV qui se prononce, après vérification des pièces, sur l'attribution du NIR ;

- s'il estime qu'une impossibilité matérielle fait temporairement obstacle à la production des éléments manquants⁹⁹, les prestations et allocations suspendues sont rétablies à la date de la suspension et l'instruction du dossier est prolongée pour une durée maximum de deux ans (à compter de la date d'attribution du NIA), pendant laquelle l'organisme de sécurité sociale sollicite régulièrement le demandeur pour obtenir la communication de ces éléments.

À l'expiration de ce délai, il dispose d'un délai de trois mois pour prendre la décision de suspension définitive et de récupération des prestations et allocations ou bien la décision de transmission du dossier à la CNAV pour l'attribution du NIR. À défaut de décision de l'organisme, dans le délai de trois mois, le dossier est transmis à la CNAV qui attribue le NIR ».

Le NIA est conservé dans le Système National de Gestion des Identifiants (SNGI) et est utilisable par tous les organismes de protection sociale (y compris Pôle emploi), jusqu'à l'attribution d'un NIR au demandeur. Cette attribution permet aux organismes de protection sociale de fiabiliser le versement des prestations et la gestion de l'identification en l'attente du NIR. Tant que le NIR n'est pas attribué, l'assuré ne dispose pas d'accès au compte Ameli et ne bénéficie pas de la carte Vitale. Ses remboursements sont gérés sans accès au tiers payant.

Le régime du NIA a été précisé par la LFSS pour 2021¹⁰⁰, qui a notamment détaillé dans quelles conditions les droits étaient fermés lorsqu'une personne disposant d'un NIA ne peut fournir d'éléments d'état civil permettant de certifier son identité ou lorsque l'examen de ces pièces

⁹⁸ Il s'agit d'une impossibilité ayant un caractère définitif. Elle peut être assimilée à la notion de « cas de force majeure » jusqu'alors utilisé. Cette situation se caractérise comme étant un événement imprévisible, irrésistible et extérieur. Le guide de l'identification évoque les exemples suivants : pays en guerre dans lesquels l'état civil a pu être détruit, pays faisant face à des catastrophes naturelles graves, pays en guerre civile.

⁹⁹ Il s'agit d'une impossibilité ayant un caractère temporaire. Il s'agit des cas dans lesquels : – une personne a introduit une instance devant le tribunal compétent afin d'obtenir un jugement de naissance ou une demande d'adoption ; – une personne est hospitalisée et ne peut, temporairement, entreprendre les démarches lui permettant d'obtenir le document d'état civil ; – une personne est ressortissante d'un état traversant une situation rendant difficile les échanges avec les institutions (ex : crise sociale, crise sanitaire). Cette notion permet également de recouvrir le cas des saisonniers venus travailler une saison en France sans avoir fourni leur acte d'état civil. L'impossibilité temporaire de certifier l'identité sera susceptible d'être levée l'année suivante, si la personne revient en France pour travailler. La notion d'impossibilité matérielle temporaire de fournir la pièce concerne également les personnes ayant obtenu le statut de réfugié ou le bénéfice de la protection subsidiaire par décision de l'Office français de protection des réfugiés et apatrides (OFPRA) ou de la Cour nationale du droit d'asile, dans l'attente de la reconstitution de leur état civil par les services de l'OFPRA.

¹⁰⁰ L'article 87 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2021 a introduit, à l'initiative de l'Assemblée Nationale, un article L114-12-3-1 dans le code de la sécurité sociale. Le décret d'application (décret n°2022-292) est entré en vigueur le 1er mars 2022.

révèle une fraude à l'identité. « Lorsqu'une personne n'a pas encore été inscrite au répertoire national d'identification des personnes physiques et sollicite l'ouverture de droits ou l'attribution de prestations servies par les organismes de sécurité sociale, un numéro d'identification d'attente lui est attribué (...). Lorsque la personne concernée n'a pas fourni à l'organisme qui lui ouvre les droits ou lui sert des prestations les éléments d'état civil permettant de certifier son identité (...) ou lorsque l'examen de ces pièces révèle une fraude à l'identité, il est mis fin aux droits et prestations qui ont été ouverts dans un délai fixé [à 6 mois] et les prestations qui ont été versées pendant la période font l'objet d'une procédure en récupération d'indus. » On peut noter que ces dispositions étaient figurées déjà dans la circulaire DSS de 2012¹⁰¹.

Ces dispositions sont, à date, en cours de mise en place : pour la CNAM, elles sont applicables sous l'angle de la fermeture des droits ; une circulaire est prévue en septembre 2024 pour traiter la question de la récupération des indus.

Le rôle du SANDIA

Sur la base des éléments transmis par les organismes, SANDIA certifie l'identité de la personne¹⁰². Pour ce faire, il s'assure de l'authenticité des titres présentés (dans un délai moyen de 14 jours une fois que le dossier est complet).

Les agents sont formés à l'analyse des titres. Au-delà de leur compétence propre, les agents de SANDIA :

- entretiennent une collaboration avec les agents de la Police de l'Air et des Frontières (aucun agent issu de ces services ou, plus largement, des services de police et de gendarmerie n'est en revanche en poste au SANDIA). Outre des échanges « au fil de l'eau », des contrôles qualité sont effectués à intervalles réguliers par rapprochement des données de SANDIA et de la PAF: depuis 2011, l'évaluation des anomalies critiques – qui correspondent à des immatriculations erronées, éventuellement révélatrices de fraudes- est en régression permanente : 6,3% en 2011, 5,4% en 2013 (après mise en place d'un contrôle renforcé intégrant deux pièces probantes), 4,3% en 2018, 3% en 2019 : 3% , 2,7% en 2022. La Cour des Comptes a ainsi pu considérer que « *le risque résiduel de fraude (...) reste à un niveau faible, comme le montrent les derniers audits partenariaux réalisés avec le concours de la DCPAF* »¹⁰³.
- peuvent recourir à différentes ressources, en particulier Agdref (lorsque des titres de séjour sont fournis dans le cadre du processus¹⁰⁴) et bientôt Docvérif¹⁰⁵; il est à noter

¹⁰¹ « Lorsque le demandeur ou le bénéficiaire de prestations de sécurité sociale ne produit pas la pièce demandée sans en être explicitement dispensé ou présente de faux documents ou de fausses informations, alors le versement des prestations est suspendu. L'indice de gestion du NIA indique que l'identité de la personne n'a pu être vérifiée du fait de l'absence de production de la pièce d'état civil. Dans ce cas, chacun des organismes met en œuvre la procédure de récupération de l'indu qui lui est propre. En cas de fraude, l'information sur le NIA qui a été inactivé est conservée afin de prévenir tout risque de récurrence » Circulaire DSS/SD4C n° 2012-213 du 1er juin 2012.

¹⁰² 585 000 immatriculations ont été effectuées en 2023 (flux le plus haut depuis 2017) et 60 000 révisions.

¹⁰³ Cour des comptes, *La lutte contre les fraudes aux prestations sociales*, 2020.

¹⁰⁴ Si certains titres de séjour peuvent être apportés en lieu et place des titres d'identité, SANDIA n'a pas vocation à s'assurer de la régularité de la résidence sur le territoire dans le cadre du processus de certification de l'identité. L'analyse de la régularité de la résidence relève des seules caisses de sécurité sociale, qui doivent normalement vérifier ce point avant de demander une immatriculation (pour éviter que des NIR puissent être attribués à des personnes en situation irrégulière).

¹⁰⁵ Ce traitement a pour finalité de faciliter le contrôle de la validité des documents émis par les autorités françaises afin de lutter contre la fraude documentaire. « DOCVÉRIF » est alimenté par une interconnexion avec deux autres

que ces deux ressources ne permettent pas d'authentifier les titres européens, qui demeureront donc, une fois l'accès à Docvérif mis en place, les titres les plus vulnérables dans le processus (est-ce exact ?).

- bénéficient d'informations sur des fraudes documentaires constatées par les services de police par exemple dans le cadre des échanges inter administratifs pilotés par la MICAF

Alors qu'aucun dispositif construit n'existait entre les organismes de sécurité sociale, les résultats des contrôles PUMA, relatifs notamment au processus d'immatriculation, sont retracés depuis novembre 2023 au sein du RNCPS, ouvrant ainsi les anomalies constatées à l'ensemble des branches.

traitements : - pour les données relatives aux cartes nationales d'identité et passeports : le traitement « titres électroniques sécurisés » (TES) ; - pour les données relatives aux titres de séjour : l'application de gestion des dossiers des ressortissants étrangers en France (AGDREF).

Selon la feuille de route de lutte contre la fraude de mai 2023, « L'accès à l'application DOCKERIF du ministère de l'intérieur sera ouvert à l'ensemble des administrations du MEFSIN et aux OPS d'ici 2025. Cela permettra de lutter plus efficacement contre la fraude documentaire (fausse pièce d'identité⁸, usurpation, documents faux, contrefaits) qui constitue l'un des principaux supports de détournement de versement de prestations ou d'aides publiques du fait du développement récent des téléprocédures.

■ ANNEXE 2 : LE CONTRÔLE DES RETRAITES SERVIES À L'ÉTRANGER DANS LE PLAN DE LUTTE CONTRE LA FRAUDE DE 2023

Le contrôle des retraites servies à l'étranger dans le plan de lutte contre la fraude de 2023

Les risques associés aux pensions servies à des retraités (français ou étrangers) vivant à l'étranger sont réels, avec la possibilité de voir versées à l'étranger des pensions à des pensionnés décédés : si des échanges d'état civil sont déployés avec certains pays de résidence, ceux-ci sont loin d'être systématiques ; faute d'échange d'état civil, la preuve de la résidence est apportée par le recours à des certificats d'existence, certifiés par des autorités locales ou consulaires. Les conditions de cette certification sont parfois mauvaises, et donnent lieu, dans certains cas, à des certificats de complaisance.

Le plan de lutte contre la fraude propose de nombreuses actions destinées à améliorer cette situation.

Développer les échanges d'état-civils permettant d'identifier les décès avec les autorités des pays de résidence : « opérationnels avec l'Allemagne, l'Italie, l'Espagne, le Luxembourg, la Suisse et la Belgique, [les échanges d'état-civils] sont en cours de déploiement avec les Pays-Bas, le Portugal et le Danemark. D'ici 2025, la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV) couvrira par de tels échanges d'information la moitié de 1,1 million de retraités vivant à l'étranger » !

Accroître le contrôle des certificats d'existence : A défaut d'échanges d'état-civils, les retraités doivent produire un certificat d'existence certifié par une autorité locale. « *Des certificats font l'objet de contrôles automatisés doublés de contrôles manuels par une soixantaine d'agents des caisses qui détectent des anomalies dans 10 % des dossiers contrôlés. Ces contrôles sur pièces sont complétés par des contrôles sur place avec convocation en présentiel des assurés afin de vérifier qu'ils sont toujours en vie : ces opérations sont ciblées sur les assurés âgés de près de 100 ans compte tenu du risque accru de maintien du versement après le décès. À titre d'illustration, en Algérie, qui regroupe deux-tiers des 485 000 pensions de retraite versées hors zone SEPA, sont déployés depuis 2022 au consulat d'Alger des effectifs de contrôleurs dédiés à ces opérations. Près d'un millier de retraités quasi-centenaires ont ainsi été convoqués, permettant de détecter 326 dossiers non-conformes. Afin de poursuivre la montée en charge de ces contrôles d'existence des retraités résidant à l'étranger, la mesure vise pour la CNAV à vérifier d'ici 2027 la totalité des dossiers d'assurés âgés de plus de 85 ans vivant à l'étranger dans des pays où n'existent pas d'échanges d'état-civils au travers de contrôles sur place. Cela concernera environ 25 000 dossiers.*

Développer la preuve de l'existence par voie biométrique : « la faculté de preuve de l'existence par voie biométrique, expérimentée en 2022 auprès de plusieurs centaines de retraités volontaires, sera généralisée d'ici fin 2023 conformément aux dispositions de la loi de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2023. Une application dédiée permettra ainsi aux assurés concernés de prouver leur existence par reconnaissance faciale, de manière simplifiée et sécurisée ».



ANNEXES AU CHAPITRE 5 - CONCILIER EFFICACITE DE LA LUTTE CONTRE LA FRAUDE ET NON-DISCRIMINATION



ANNEXE 1 : PETIT GLOSSAIRE SUR LES OUTILS D'ANALYSE DES DONNEES DE MASSE

Algorithme : Un algorithme est « une suite finie et non ambiguë d'instructions permettant d'aboutir à un résultat à partir de données fournies en entrée. Cette définition rend compte des multiples applications numériques qui, exécutant des programmes traduisant eux-mêmes en langage informatique un algorithme, remplissent des fonctions aussi diverses que fournir des résultats sur un moteur de recherche, proposer un diagnostic médical, conduire une voiture d'un point à un autre, détecter des suspects de fraude parmi les allocataires de prestations sociales, etc. L'intelligence artificielle désigne principalement dans le débat public contemporain une nouvelle classe d'algorithmes, paramétrés à partir de techniques dites d'apprentissage : les instructions à exécuter ne sont plus programmées explicitement par un développeur humain, elles sont en fait générées par la machine elle-même, qui « apprend » à partir des données qui lui sont fournies. Ces algorithmes d'apprentissage peuvent accomplir des tâches dont sont incapables les algorithmes classiques (reconnaître un objet donné sur de très vastes corpus d'images, par exemple) »¹⁰⁶.

Datamining (exploration ou fouille de données) : technique consistant à explorer et analyser des volumes massifs de données au travers d'algorithmes, de telle sorte que soient mises en exergue d'éventuelles corrélations significatives entre les données observées¹⁰⁷. Le datamining permet de détecter des comportements atypiques (par exemple des dossiers comportant une prestation mais sans les autres prestations normalement liées) pouvant cacher une fraude ; des similitudes à ceux d'autres dossiers frauduleux (par exemple des dossiers présentant des analogies avec les dossiers frauduleux ou les dossiers d'indus) ; d'éventuelles corrélations significatives et utilisables entre les données (par exemple un réseau de relations permettant de mettre en évidence une fraude organisée)¹⁰⁸.

Intelligence Artificielle générative : « Une intelligence artificielle générative est un système capable de créer du texte, des images ou d'autres contenus (musique, vidéo, voix, etc.) à partir d'une instruction d'un utilisateur humain. Ces systèmes peuvent produire des nouveaux contenus à partir de données d'entraînement. Leurs performances sont aujourd'hui proches de certaines productions réalisées par des personnes en raison de la grande quantité de données ayant servi pour leur entraînement. Ces systèmes nécessitent toutefois que l'utilisateur spécifie clairement ses requêtes pour obtenir les résultats attendus »¹⁰⁹.

Machine learning : L'apprentissage automatique (machine learning en anglais) est un champ d'étude de l'intelligence artificielle qui vise à donner aux machines la capacité d'« apprendre » à partir de

¹⁰⁶ CNIL, « Comment permettre à l'homme de garder la main ? les enjeux éthiques des algorithmes et de l'intelligence artificielle. Synthèse du débat public animé par la CNIL dans le cadre de la mission de réflexion éthique confiée par la loi pour une république numérique » (2017).

¹⁰⁷ « Contrairement à d'autres méthodes qui reposent sur un raisonnement de type hypothético-déductif (partir d'hypothèses qui sont ensuite testées empiriquement et validées ou non), le datamining procède par induction, en partant de l'observation exploratoire des données pour dégager des régularités et des corrélations entre variables puis, dans un second temps, élaborer sur cette base des modèles prédictifs, qui sont, dans un troisième temps, opérationnalisés pour traiter des données à grande échelle ». DUBOIS Vincent, PARIS Morgane, WEILL Pierre-Édouard, « Des chiffres et des droits. Le datamining ou la statistique au service du contrôle des allocataires », *Revue des politiques sociales et familiales* (2019).

¹⁰⁸ DNLF Bilan 2010.

¹⁰⁹ [Intelligence artificielle : le plan d'action de la CNIL | CNIL](#)

données, via des modèles mathématiques. Plus précisément, il s'agit du procédé par lequel les informations pertinentes sont tirées d'un ensemble de données d'entraînement.

Web-scraping : extraction du contenu de sites internet. C'est notamment la technique utilisée dans le cadre de l'expérimentation prévue à l'article 154 de la loi de finances pour 2020¹, qui permet aux agents habilités de la DGFIP et de la Douane de collecter et d'analyser, par le biais de traitements informatisés et automatisés, les contenus rendus librement accessibles sur les plateformes en ligne, dans le but de détecter des manquements graves.

■ ■ ■ ANNEXE 2 : QUELQUES RAPPELS SUR LE CADRE DE LA PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

Jean-Luc Matt, maître des
requêtes

Juin 2024

La lutte contre la fraude sociale : l'utilisation des outils numériques

La lutte contre la fraude sociale mobilise un certain nombre de procédures de contrôle des assurés et allocataires, des professionnels et établissements de santé et des entreprises, diligentées par les organismes de protection sociale. Au regard du nombre de personnes, de prestations et de cotisations à contrôler, l'usage de moyens automatisés s'appuyant sur des outils numériques s'avère aujourd'hui indispensable pour permettre une mise en œuvre efficiente, au regard en particulier des moyens humains nécessairement limités qui peuvent être consacrés à cette mission des organismes. La mise en œuvre de traitements automatisés de données personnelles nécessite, afin de garantir les droits des personnes concernées, de respecter un certain nombre de principes, résultant pour l'essentiel aujourd'hui du droit de l'Union européenne mais aussi du droit national, notamment constitutionnel. Les exigences résultant du respect du droit des traitements de données à caractère personnel sont d'autant plus fortes que l'intégralité de la population est susceptible de faire l'objet de tels traitements et que peuvent être en cause des données particulièrement sensibles comme les données de santé. En outre, l'évolution rapide des technologies facilite la collecte et le partage de données à caractère personnel. La présente annexe vise à présenter les règles de droit applicables en la matière tout en s'interrogeant sur les moyens d'assurer dans ce cadre la plus grande efficacité de la lutte contre la fraude sociale avec le développement des dernières variétés des outils numériques s'appuyant notamment sur l'intelligence artificielle (IA) générative.

SOMMAIRE

1. Le droit applicable aux traitements de données à caractère personnel
 - a) Les textes applicables*
 - b) Les principes généraux des traitements de données personnelles*
 - c) Les droits des personnes concernées par des traitements de données*
2. Les particularités de certains traitements de données
 - a) Les algorithmes décisionnels*
 - b) Les systèmes d'intelligence artificielle*
3. Les spécificités des traitements de données en matière sociale
 - a) Les données de santé*
 - b) L'utilisation du NIR*

1. Le droit applicable aux traitements de données à caractère personnel

Après avoir présenté les textes juridiques, européens et nationaux, applicables aux traitements de données à caractère personnel, seront détaillés d'abord les principes généraux applicables à ces traitements, puis les droits particuliers des personnes concernées.

a) Les textes applicables

La protection des personnes physiques à l'égard des traitements des données à caractère personnel est un droit fondamental. Afin de garantir le plus haut niveau de protection sur l'ensemble du territoire de l'Union européenne (UE), quelle que soit la nationalité ou la résidence des personnes, l'article 16 du traité sur le fonctionnement de l'Union européenne (TFUE) donne compétence aux institutions de l'UE pour réglementer ce droit et contribuer ainsi à la réalisation d'un espace commun de liberté, de sécurité et de justice et du marché intérieur.

Tel est l'objet du règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016, relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données (**RGPD**), qui constitue la base de la réglementation en matière de protection des données à caractère personnel et s'applique directement au sein de l'ensemble des Etats membres de l'UE. Applicable depuis le 25 mai 2018, il s'est substitué à la directive 95/46/CE du 24 octobre 1995 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données. Il a été complété par la **directive « police-justice »**, à savoir la directive (UE) 2016/680 du 27 avril 2016 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel par les autorités compétentes à des fins de prévention et de détection des infractions pénales, d'enquêtes et de poursuites en la matière ou d'exécution de sanctions pénales, et à la libre circulation de ces données.

Le RGPD a renversé complètement la logique du droit qui prévalait en France depuis la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, dite **loi « informatique et libertés »**. Alors que la possibilité de traiter des données à caractère personnel reposait jusqu'alors sur des procédures d'autorisation réglementaire ou de déclaration préalables auprès de l'autorité administrative indépendante de contrôle qu'est la Commission nationale de l'informatique et des libertés (**CNIL**) créée par cette loi, le RGPD a posé les principes de liberté et de responsabilité : les acteurs, responsables de fichiers et sous-traitants, sont libres de créer et de mettre en œuvre des traitements de données à caractère personnel, sous réserve de veiller eux-mêmes à la conformité de ces traitements aux principes et règles prévus par le règlement européen. Ils doivent en particulier analyser les risques spécifiques que peuvent créer les traitements les plus sensibles et prendre les mesures appropriées pour y remédier. En contrepartie de cette liberté, instituée dans le but de favoriser l'innovation dans le domaine du numérique, les exigences de protection des données personnelles ont été renforcées, de même que les pouvoirs de contrôle et de sanction *a posteriori* de la CNIL.

En France, la loi « informatique et libertés » a été modifiée très substantiellement en 2018, pour assurer à la fois sa mise en conformité avec le RGPD (pour les traitements relevant du titre II de la loi) et la transposition de la directive « police-justice » (pour les traitements relevant du titre III de la loi). Si elle transpose intégralement cette directive, de sorte que le droit applicable aux traitements de données correspondants y figure intégralement, elle n'a pas en revanche pas pour objet de reprendre les dispositions du RGPD, même si elle y renvoie expressément dans certains cas. Pour les traitements relevant du RGPD, et donc du titre II de la loi, la bonne compréhension du cadre juridique suppose donc de lire de manière combinée le RGPD et la loi du 6 janvier 1978. Cette loi apporte cependant quelques compléments¹¹⁰, particulièrement importants dans le cadre de la lutte contre la fraude sociale : d'une part, sur l'utilisation du numéro NIR dans les traitements de données, d'autre part sur les traitements portant sur des données de santé qui ne peuvent être mis en œuvre qu'en considération de la finalité d'intérêt public qu'ils présentent (ces deux éléments font l'objet de développements spécifiques *in fine*).

Le champ d'application de la directive « police-justice » repose sur deux critères cumulatifs (cf. article 87 de la loi du 6 janvier 1978) : d'une part, un critère matériel (le traitement est mis en œuvre « *à des fins de prévention et de détection des infractions pénales, d'enquêtes et de poursuites en la matière ou d'exécution de sanctions pénales, y compris la protection contre les menaces pour la sécurité publique et la prévention de telles menaces* ») ; d'autre part, un critère organique (le traitement est mis en œuvre « *par toute autorité publique compétente ou tout autre organisme ou entité à qui a été confié, à ces mêmes fins, l'exercice de l'autorité publique et des prérogatives de puissance publique* »). C'est au regard des finalités du traitement que doit être analysé le rattachement de celui-ci à l'un ou à plusieurs des titres II (RGPD) ou III (directive « police-justice ») de la loi du 6 janvier 1978. Lorsqu'un traitement comporte plusieurs finalités distinctes relevant de cadres juridiques différents (RGPD et directive « police-justice »), il est alors qualifié de **traitement mixte**. La complexité de ce double régime a conduit le Conseil d'Etat à recommander d'unifier le régime des droits applicable à l'ensemble d'un tel traitement mixte en ayant recours aux dispositions du RGPD qui permettent de faire varier l'exercice des droits de chaque régime (cf. CE, avis du 7 décembre 2017 sur le projet de loi d'adaptation au droit de l'UE de la loi du 6 janvier 1978, n° 393836). L'article 23 RGPD permet en effet une diminution de la portée des droits de la personne concernée sous plusieurs conditions, dont la sécurité publique et la préservation des procédures pénales, qui permet de prévoir un régime des droits des personnes concernées cohérent pour l'ensemble des données traitées pour les diverses finalités.

Les traitements utilisés par les organismes de protection sociale ayant pour finalité la détermination du montant des prestations sociales relèvent indiscutablement du seul RGPD. Il en va de même pour ceux ayant également comme finalité la lutte contre la fraude sociale de manière générique. En effet, un traitement ayant une telle finalité relèvera entièrement du RGPD, alors même que les données qui en sont issues peuvent avoir plusieurs objets, dont

¹¹⁰ Ne sont pas mentionnées ici les dispositions particulières relatives à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données intéressant, d'une part, la sûreté de l'État et la défense, relevant du titre IV de la loi du 6 janvier 1978, et, d'autre part, les métadonnées de communication électronique (données de connexion et de localisation), régis par la directive dite « vie privée et communication électronique » (directive 2002/58/CE du 12 juillet 2002 concernant le traitement des données à caractère personnel et la protection de la vie privée dans le secteur des communications électroniques).

la mise en œuvre de mesures à caractère pénal qui relèvent normalement de la directive « police-justice », dès lors que sa finalité principale ne relève pas du champ d'application de la directive « police-justice » et même si les données qu'il contient peuvent servir secondairement à la poursuite d'infractions pénales. Il a ainsi été jugé, d'une part, qu'un traitement de données créé par l'administration fiscale pour recenser les dirigeants fictifs de sociétés relevait de cette catégorie dans la mesure où les données avaient été collectées aux fins de la perception de l'impôt et de la lutte contre la fraude fiscale, et non dans l'objectif spécifique de l'exercice de poursuites pénales, même si celles-ci étaient possibles (cf. CJUE, 27 septembre 2017, *Puskar*, C-73/16) et, d'autre part, qu'un traitement automatisé organisant notamment la collecte et le transfert de données à caractère personnel aux autorités fiscales américaines (dans le cadre du dispositif FATCA), dont la finalité principale est de permettre, en luttant contre la fraude et l'évasion fiscales, l'amélioration du respect de leurs obligations fiscales par les contribuables français et américains, relève du seul RGPD et non concomitamment de la directive « police-justice », alors même que ce traitement de données a plusieurs objets, au nombre desquels figurent la prévention, la détection et la répression des infractions pénales (cf. CE, 19 juillet 2019, n° 424216, *Association des Américains accidentels*). Un tel traitement ayant pour objet la lutte contre la fraude doit cependant, en vertu de l'article 31 de la loi du 6 janvier 1978, être autorisé par un acte réglementaire pris après avis motivé et publié de la CNIL (cf. CE, 23 octobre 2017, n° 394474, *Conseil national des barreaux*). En revanche, s'ils visent également à réprimer spécifiquement des infractions pénales, notamment en matière de travail dissimulé, ils constituent des traitements mixtes, dès lors qu'ils ont une finalité propre de recherche et de poursuite des infractions pénales les plus graves (cf. CE, 24 août 2011, n° 336382, *HSBC Private Bank Suisse SA*, concernant le fichier EVAFISC qui avait été créé par la DGFIP pour recenser des informations laissant présumer de la détention de comptes bancaires hors de France par des personnes physiques ou morales et mener, sur cette base, des actions de recherche et de poursuite d'infractions pénales).

Enfin, on mentionnera le règlement européen sur l'intelligence artificielle (*EU AI Act*), définitivement adopté par les institutions européennes en avril 2024, qui sera applicable progressivement entre 2025 et 2030. Ce règlement a vocation à régir les traitements mis en œuvre au moyen d'algorithmes qualifiables de systèmes d'intelligence artificielle (SIA), qu'il classe dans 3 catégories de risque : les systèmes interdits qui créent un risque inacceptable, en particulier les systèmes de « notation sociale » et l'IA manipulatrice ; les applications à haut risque, qui sont soumises à des exigences spécifiques ; les applications ne présentant pas un risque élevé, qui sont pour l'essentiel soumises à des obligations de transparence vis-à-vis des utilisateurs. Les algorithmes auto-apprenants susceptibles d'être utilisés comme outils de lutte contre la fraude devraient relever de la catégorie des applications à haut risque et feront l'objet à ce titre d'un encadrement particulier, complémentaire de celui déjà applicable au titre du RGPD.

b) Les principes généraux des traitements de données personnelles

L'article 4 RGPD contient les définitions applicables à tous les traitements de données à caractère personnel. Ces définitions se caractérisent par leur caractère très englobant.

Constitue ainsi une **donnée à caractère personnel** « *toute information se rapportant à une personne physique identifiée ou identifiable* ». Une personne physique identifiable est « *une personne physique qui peut être identifiée, directement ou indirectement, notamment par référence à un identifiant, tel qu'un nom, un numéro d'identification, des données de localisation, un identifiant en ligne, ou à un ou plusieurs éléments spécifiques propres à son identité physique, physiologique, génétique, psychique, économique, culturelle ou sociale* ». L'acte encadrant un traitement de données personnelles doit préciser les catégories de données à caractère personnel qui font l'objet du traitement, en s'assurant que le traitement est conforme au **principe de minimisation**, c'est-à-dire que ne sont collectées et traitées que des données adéquates, pertinentes et nécessaires à la poursuite des finalités du traitement. Ainsi, dans sa décision n° 2019-789 QPC du 14 juin 2019 concernant le droit de communication des organismes de sécurité sociale, le Conseil constitutionnel a censuré son extension aux données de connexion, au motif que le législateur n'a pas entouré cette procédure de garanties propres à assurer une conciliation équilibrée entre le droit au respect de la vie privée et la lutte contre la fraude en matière de protection sociale. Il a relevé que, « *compte tenu de leur nature et des traitements dont elles peuvent faire l'objet, les données de connexion fournissent sur les personnes en cause des informations nombreuses et précises, particulièrement attentatoires à leur vie privée* » et que, « *par ailleurs, elles ne présentent pas de lien direct avec l'évaluation de la situation de l'intéressé au regard du droit à prestation ou de l'obligation de cotisation* ».

Un **traitement** de données se définit comme « *toute opération ou tout ensemble d'opérations effectuées ou non à l'aide de procédés automatisés et appliquées à des données ou des ensembles de données à caractère personnel* ». Constitue ainsi un traitement la simple transcription d'informations relatives à l'identité d'une personne dans un registre (cf. CJUE, 9 mars 2017, *Camera di Commercio, Industria, Artigianato e Agricoltura di Lecce c. Salvatore Manni*, C-398/15) ou l'opération consistant à publier en ligne des données personnelles (cf. CE, 10 juin 2021, n° 431875, *M. Bensmaine-Gresset*). Le traitement est donc une notion plus large que celle de **fichier**, entendu comme un ensemble de données structurées et conservées dans une base de données où l'on peut les rechercher : toute utilisation d'une donnée personnelle par des moyens automatisés, informatiques, mais aussi toute opération « manuelle » portant sur des données, avec ou sans recours à des procédés numériques, constitue un traitement, sans qu'il y ait forcément création d'un fichier.

L'identification des **finalités** du traitement revêt une dimension cruciale. Définir une finalité revient à déterminer dans quel but les informations collectées sont exploitées : il s'agit donc, d'une part, d'identifier les objectifs de politique publique poursuivis par le traitement pour apprécier la nécessité même du recours à un traitement, et, d'autre part, de déterminer à leur aune les caractéristiques essentielles du traitement, tels que le responsable de traitement, ainsi que les caractères adéquat, pertinent et proportionné des données collectées (cf. CE, 26 octobre 2011, n° 317827, *Association pour la promotion de l'image*) et la durée de conservation des données (cf. CE, 18 novembre 2015, n° 372111, *Mme Thibault*). La

définition des finalités doit permettre de répondre aux exigences de l'article 5 RGPD, aux termes duquel des données à caractère personnel ne peuvent être collectées que « *pour des finalités déterminées, explicites et légitimes* » : le caractère déterminé implique une définition préalable et suffisamment précise par le responsable de traitement des objectifs poursuivis par le traitement ; le caractère explicite implique que la finalité soit mentionnée dans l'acte réglementaire encadrant le traitement ainsi que dans le registre des traitements, que chaque responsable de traitement a l'obligation de tenir ; le caractère légitime s'apprécie, non seulement au regard du droit de la protection des données à caractère personnel, mais aussi de l'ensemble de la législation applicable au traitement. Ainsi, une finalité mentionnant que les données sont traitées « en vue de leur exploitation ultérieure dans d'autres traitements de données » mais qui ne comporte aucune indication quant à la nature et à l'objet des traitements concernés ni quant aux conditions d'exploitation, dans ces autres traitements, des données collectées par le traitement ne répond pas à l'exigence d'un caractère d'une finalité « déterminée, explicite et légitime » (cf. CE, 13 avril 2021, n° 439360, *Ligue des droits de l'homme*).

La définition de la finalité est essentielle car elle permet de garantir la légitimité, et donc la légalité, du traitement. Pour le Conseil d'Etat, la légitimité des finalités invoquées doit être appréciée au regard des principes énoncés par l'article 1^{er} de la loi du 6 janvier 1978, selon lesquels « *l'informatique ne doit porter atteinte ni à l'identité humaine, ni aux droits de l'homme, ni à la vie privée, ni aux libertés individuelles et publiques* ». La CNIL peut ainsi apprécier la finalité d'un traitement automatisé des données se rapportant aux locataires auteurs d'impayés de loyers par une société de gestion d'immeubles locatifs au regard de l'objectif de valeur constitutionnelle tiré de la possibilité pour toute personne de disposer d'un logement décent (cf. CE, 7 avril 2010, n° 309546, *Société Infobail*). Le Conseil constitutionnel attache lui aussi une grande importance à la finalité du traitement, en contrepoint de la liberté proclamée par l'article 2 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen de 1789 qui implique le droit au **respect de la vie privée**. Ainsi, pour qu'un traitement de données soit jugé conforme à la Constitution, la collecte, l'enregistrement, la conservation, la consultation et la communication de données à caractère personnel doivent être justifiés par un motif d'intérêt général et mis en œuvre de manière adéquate et proportionnée à cet objectif (cf. décision n° 2012-652 DC du 22 mars 2012). La définition de la finalité permet ainsi de justifier l'intérêt général du traitement : lorsque cette finalité a elle-même valeur constitutionnelle, comme la lutte contre la fraude sociale ou fiscale, elle permet de justifier plus facilement la mise en œuvre d'un traitement de données qu'un « simple » motif d'intérêt général.

Les finalités se distinguent des simples **fonctionnalités**. Alors que la finalité est l'objectif de politique publique poursuivi par le traitement, la fonctionnalité est un « moyen » du traitement qui n'a pas à être mentionnée dans l'acte réglementaire l'instituant. Constituent des fonctionnalités et non des finalités, par exemple, la diffusion d'informations à caractère général au travers d'un fil d'actualité ou différentes fonctions de « remontée d'information », d'établissement d'indicateurs ou à visée statistique. Une mise en relation entre plusieurs traitements constitue en principe une simple fonctionnalité et n'a pas à être spécialement mentionnée dans l'acte réglementaire l'autorisant.

La **mise en relation** constitue une catégorie générique de rapports entre deux ou plusieurs traitements, qui peut être de nature extrêmement variée. Elle comprend notamment les interconnexions et les rapprochements. L'**interconnexion** est un traitement de données consistant à créer une opération automatique (qui n'est pas déterminée par le choix d'un opérateur humain décidant d'y procéder, mais par la structure même du traitement et ses principes de fonctionnement) par laquelle des données d'un traitement A sont mises en relation avec celles d'un traitement B en vue d'y être versées (l'opération peut d'ailleurs être réciproque). Elle a pour effet que toute personne accédant aux données de A accède alors de ce fait au sein du traitement A à celles des données de B qui ont fait l'objet de l'interconnexion, et qui demeurent accessibles dans A. La création d'une interconnexion implique par conséquent de s'assurer que les textes qui régissent chacun des traitements concernés, en particulier la définition des finalités et celle des accédants et destinataires, ne fassent pas obstacle à cette opération. Le **rapprochement** entre un traitement A et un traitement B consiste quant à lui en des mises en relations qui ne donnent lieu à aucune utilisation automatique mais se font toujours à l'initiative d'un opérateur humain agissant conformément aux règles d'accès et aux finalités de chacun des traitements. Il peut s'agir, par exemple, de la consultation d'un traitement B en l'interrogeant sur l'existence en son sein d'une donnée figurant dans un traitement A (relation de type "*hit/no hit*"), mais aussi de l'accès simultané, par un même opérateur, à plusieurs traitements pour y saisir des données, provenant éventuellement de l'un d'entre eux pour être inscrit dans un autre.

La légalité d'une fonctionnalité de mise en relation d'un traitement A avec un traitement B dépend notamment du respect des deux règles suivantes : d'une part, le traitement A, notamment ses finalités, permet d'y saisir celles des données qui sont issues du traitement B, et l'opérateur qui y procède est habilité par les principes régissant le fonctionnement du traitement A à saisir ces données ; d'autre part, les règles de fonctionnement, notamment les finalités, du traitement B, dans lequel des données sont prélevées pour être saisies dans A, permettent une telle utilisation des données concernées, résultant de la compatibilité des finalités de B avec celles de A, et l'opérateur qui procède à cette saisie est habilité à y procéder dans le traitement B par les règles qui régissent ce traitement. L'AIPD doit en rendre compte.

La **durée de conservation** des données doit être fixée au strict minimum nécessaire à la poursuite des finalités du traitement. Par principe, la conservation générale et indifférenciée de données est regardée comme suspecte au regard de la protection des droits fondamentaux (cf. CJUE, 6 octobre 2020, *La Quadrature du Net*, C-511/18, dit arrêt *Quadrature I*). La conservation en base active correspond à la durée « normale » de conservation nécessaire à la réalisation de la finalité du traitement ayant justifié la collecte des données. Cette première phase peut être suivie d'une conservation dans une base d'archivage intermédiaire (dénommée « base archive ») pendant laquelle les données personnelles ne sont plus utilisées pour atteindre l'objectif fixé mais présentent encore un intérêt administratif pour l'organisme ou doivent être conservées pour répondre à une obligation légale : les données peuvent alors être consultées de manière ponctuelle et motivée par des personnes spécifiquement habilitées. Pour une finalité de lutte contre la fraude sociale, on peut considérer qu'une durée de conservation des données collectées en « base active » doit

être en rapport avec les échéances habituelles de contrôle par les organismes, et qu'une conservation en « base archive » peut couvrir toute la durée de la prescription légale (soit 20 ans pour les prestations de sécurité sociale). A l'issue de la durée autorisée de conservation, en « base active » puis le cas échéant en « base archive », les données doivent être effectivement supprimées du traitement ou anonymisées, sans préjudice de leur traitement ultérieur, notamment à des fins archivistiques dans l'intérêt public, à des fins de recherche scientifique ou historique ou à des fins statistiques. Sous réserve de l'archivage définitif des données, le principe de protection des données par défaut (cf. article 25 RGPD) exige de prévoir des modalités techniques permettant l'effacement automatique des données du traitement à l'issue de leur durée de conservation.

L'article 4 RGPD définit le **responsable de traitement** comme « *la personne physique ou morale, l'autorité publique, le service ou un autre organisme qui, seul ou conjointement avec d'autres, détermine les finalités et les moyens du traitement* ». La qualification de responsable de traitement emporte la charge de veiller au respect des obligations imposées par le RGPD et la loi du 6 janvier 1978. C'est le responsable du traitement que le RGPD et la loi du 6 janvier 1978 désignent à titre principal comme devant être destinataire des mesures correctrices et des sanctions prises par la CNIL en cas de manquement. Pour les traitements mis en œuvre par des entités de droit public, la qualité de responsable de traitement résulte de la désignation qui en est faite par l'acte encadrant le traitement : on désigne habituellement comme responsable d'un traitement public l'autorité (ministre, maire, directeur d'établissement public) qui a la qualité de chef du service compétent pour contrôler les moyens humains et matériels (informatiques en particulier) nécessaires à la mise en œuvre du traitement.

L'obligation faite au responsable d'un traitement de procéder à une évaluation systématique et continue des risques que celui-ci fait peser sur les droits et libertés, et d'adopter toutes les mesures raisonnablement envisageables pour réduire ces risques, est au cœur de la logique de **conformité** sur laquelle repose le droit de la protection des données personnelles selon le RGPD. Lorsque le traitement « est susceptible d'engendrer un risque élevé pour les droits et libertés des personnes », l'article 35 RGPD impose la formalisation écrite d'une telle évaluation dans une analyse d'impact relative à la protection des données (**AIPD**). En vertu de l'article 36 RGPD, le responsable d'un traitement soumis à la réalisation d'une AIPD doit saisir la CNIL pour avis lorsque, au terme de cette analyse et en tenant compte des mesures pouvant être prises pour atténuer le risque du traitement sur les droits et libertés, subsiste encore un risque résiduel élevé. Ce dernier peut résulter, par exemple, de l'inexistence de mesures d'atténuation possibles ou de leur insuffisance. Cette obligation est indépendante de la procédure d'édiction d'un acte réglementaire encadrant le traitement, mais l'AIPD doit être finalisée avant le début de la mise en œuvre du traitement.

Les **accédants** sont les personnes qui, sous la supervision du responsable de traitement, effectuent les diverses opérations de traitement et, à ce titre, sont autorisées à accéder au système informatique ou au fichier, non seulement pour consulter les données, mais aussi pour procéder à l'enregistrement, la correction ou l'effacement des données. Les **destinataires** d'un traitement de données (cf. article 9 RGPD) sont les personnes à qui le

responsable du traitement peut être amené à communiquer les données collectées, sous la forme de la transmission d'un extrait des données ou d'une faculté de consultation par un accès sécurisé au système informatique. A la différence de l'accédant, le destinataire n'agit pas sur la collecte ou le traitement des données car il ne dispose pas d'un accès en écriture.

La désignation des accédants et des destinataires dans l'acte normatif encadrant un traitement est une exigence qui participe de la mise en œuvre du principe de minimisation (cf. article 35 de la loi du 6 janvier 1978). Son objectif est en effet de limiter l'accès aux données personnelles et la possibilité de les traiter aux seules personnes dont la mission et les fonctions le rendent nécessaire compte tenu des finalités du traitement. L'accès aux données, tant par les accédants que par les destinataires, doit en tout état de cause être expressément limité au « besoin d'en connaître » (cf. CE, 11 mars 2013, n° 332886, *Association SOS Racisme*). Dans le cadre de la lutte contre la fraude, les organismes de sécurité sociale peuvent cependant recevoir communication de données à caractère personnel, en leur qualité de tiers autorisé au sens de l'article 4 RGPD, alors même que cette transmission constitue un traitement distinct de celui pour lesquelles les données ont été initialement collectées et sans avoir à être mentionné dans l'acte juridique autorisant le traitement de base.

c) Les droits des personnes concernées par des traitements de données

Toute personne dont les données à caractère personnel sont traitées dispose de droits dont les conditions dans lesquelles il est possible de leur apporter des restrictions ou des limitations sont prévues par le RGPD et la loi du 6 janvier 1978.

L'article 12 RGPD institue une obligation générale de **transparence** qui doit irriguer les modalités selon lesquelles les responsables de traitement interagissent avec les personnes pour l'exercice de ses droits. Il impose ainsi au responsable du traitement de faciliter l'exercice de ces droits, de faire preuve de réactivité dans la réponse, de tenir les personnes informées des suites données à leur saisine ou de prévoir des interfaces ergonomiques.

Le **droit à l'information** impose d'informer les personnes concernées que leurs données sont traitées ou vont l'être, ainsi que des principales caractéristiques du traitement (identité du responsable, finalités, destinataires, transferts hors Union européenne, durée de conservation). Ce droit est une clé de voûte, notamment en ce qu'il conditionne la possibilité même d'exercice des autres droits. Il s'agit d'une obligation spontanée incombant au responsable du traitement, qui doit prendre l'initiative de mettre les informations à la disposition des personnes. L'information doit normalement être fournie par le responsable du traitement à chaque personne individuellement, de sorte que si n'est prévue qu'une information générale, par exemple sur le site internet de l'organisme, il s'agit d'une dérogation au droit à l'information individuelle qui doit être autorisée dans les conditions prévues par l'article 23 RGPD.

Le **droit d'accès**, complémentaire du droit à l'information, permet à une personne de prendre connaissance *a posteriori* de l'existence d'un traitement de ses données et de l'ampleur de celui-ci. Il permet à la personne d'obtenir la confirmation que des données la concernant sont traitées, d'accéder à certaines informations sur les principales

caractéristiques du traitement (ce en quoi le droit d'accès se rapproche du droit à l'information) et, enfin, d'obtenir la copie des données à caractère personnel faisant concrètement l'objet du traitement.

Le **droit de rectification** consiste à obtenir du responsable du traitement que soient corrigées des données inexactes, ou complétées des données incomplètes. Ce droit fait écho à l'obligation faite aux responsables de ne traiter que des données exactes et, si nécessaire, tenues à jour (cf. article 4 de la loi du 6 janvier 1978).

Le **droit à l'effacement** est mis en œuvre dans des hypothèses où le responsable du traitement n'a lui-même plus le droit de traiter les données en cause et où, par suite, il devrait spontanément les effacer. Il en va ainsi notamment lorsqu'elles ne sont plus nécessaires au regard des finalités poursuivies et, pour les traitements fondés sur le consentement, lorsque la personne a retiré son consentement. Le droit à l'effacement entretient des liens étroits avec le droit d'opposition et le droit au retrait du consentement, dont il se distingue toutefois dans la mesure où l'effacement porte sur le « stock » des données traitées, alors que le droit d'opposition ou de retrait du consentement s'applique à la fois au « flux » (en interdisant, le cas échéant, tout traitement pour l'avenir) et au « stock » (puisque l'effacement des données préexistantes est, normalement, de droit en cas d'exercice fructueux du droit d'opposition). Cependant, le droit à l'effacement ne s'applique pas aux traitements reposant sur la base légale d'une mission d'intérêt public, ce qui concerne au premier chef les organismes de sécurité sociale (cf. CE, 30 juin 2023, n° 460269, *M. Irampour*).

Le **droit à la limitation** du traitement permet à une personne d'obtenir du responsable que le traitement des données soit limité à la simple conservation en l'état de ces données, sans aucune autre forme d'opération de traitement (communication, modification, rapprochement) et sans que le responsable puisse détruire les données. Ce « gel » des données vise essentiellement à préserver les preuves, dans un contexte de traitement illicite des données, d'exercice d'un droit en justice ou dans des cas où la personne entend s'opposer au traitement des données ou en demander la rectification et où le responsable doit, avant de faire droit à la demande, procéder aux vérifications nécessaires.

Le **droit à la portabilité** permet à une personne de recevoir d'un responsable de traitement n° 1 les données à caractère personnel la concernant, dans un format structuré, couramment utilisé et lisible par machine, en vue de leur transmission à un autre responsable de traitement n° 2 choisi par la personne. Le champ d'application de ce droit est toutefois limité aux traitements de données dont la base légale est le consentement ou le contrat, et sous réserve que le traitement soit effectué à l'aide de procédés automatisés.

Le **droit d'opposition** au traitement, enfin, n'est ouvert que pour les traitements reposant sur l'intérêt légitime du responsable de traitement ou sur une mission d'intérêt public et ne s'applique pas aux traitements reposant sur le consentement (car le retrait du consentement, possible à tout moment, emporte les mêmes effets que l'opposition) ou sur le contrat (où l'enjeu de l'opposition est absorbé par les règles contractuelles). Le droit d'opposition peut être exercé à tout moment du cycle de vie du traitement. En cas de demande, l'opposition n'est pas de droit : la demande d'opposition suppose, pour être valable, que la personne invoque des « *raisons tenant à sa situation particulière* », mais le

responsable ne peut alors refuser d'y faire droit que s'il est en mesure de faire valoir des « motifs légitimes et impérieux (...) qui prévalent sur les intérêts et les droits et libertés de la personne concernée » (cf. article 21 RGPD). S'il est fait droit à la demande d'opposition, le responsable du traitement doit cesser de traiter les données de la personne, et effacer celles qu'il détient.

L'article 23 RGPD permet de limiter la portée des droits de la personne concernée dans les conditions qu'il détermine. Il laisse une grande latitude aux Etats en la matière, sous réserve d'un strict test de proportionnalité. Il précise que la limitation doit être prévue par une « mesure législative », qui peut en droit français être un acte de nature réglementaire pris dans le cadre de la loi du 6 janvier 1978. Il est ainsi possible d'aménager le droit à l'information en cas de collecte indirecte alimentant un traitement mis en œuvre par des administrations publiques chargées du contrôle ou du recouvrement d'impositions ou de contrôles pouvant conduire à infliger des amendes administratives ou des pénalités, ce qui couvre le cas de la lutte contre la fraude aux cotisations et aux prestations sociales : il convient alors de déroger au principe de l'information individuelle pour ne faire qu'une information générale. De même, le droit d'opposition peut être écarté par une disposition expresse de l'acte instaurant le traitement pour les traitements fondés sur la base légale de la mission d'intérêt public, dès lors qu'un tel droit est en soi incompatible avec l'exercice de cette mission.

2. Les particularités de certains traitements de données

Le développement informatique de nouveaux outils numériques a permis aux traitements de données d'utiliser d'abord des algorithmes décisionnels, puis des systèmes d'intelligence artificielle (auto-apprenante), qui nécessitent de renouveler les garanties à apporter aux personnes dont les données sont ainsi collectées et utilisées, notamment à des fins de lutte contre la fraude.

a) Les algorithmes décisionnels

Une **décision automatisée** est une décision prise à l'égard d'une personne physique par le biais d'algorithmes¹¹¹ appliqués à ses données personnelles sans aucune intervention humaine. Les décisions automatisées peuvent produire des effets juridiques ou des effets significatifs pour les personnes concernées, par exemple en les privant du bénéfice d'une prestation sociale. C'est pourquoi le RGPD et la loi du 6 janvier 1978 prévoient des règles restrictives pour éviter que les personnes ne subissent des décisions entièrement automatisées, le cas échéant prises sur la base d'un **profilage**, résultant du recours à des algorithmes appliqués à des jeux de données personnelles pour évaluer certains aspects personnels relatifs à une personne physique, notamment pour analyser ou prédire des éléments concernant le risque de fraude. Entre dans ce cadre la pratique du **scoring** : il a ainsi été jugé que constitue une décision individuelle automatisée l'établissement automatisé, par une société fournissant des informations commerciales, d'une valeur de probabilité fondée sur des données à caractère personnel relatives à une personne et concernant la capacité de celle-ci à honorer des engagements de paiement à l'avenir, lorsque dépend de manière déterminante de cette valeur de probabilité le fait qu'une tierce partie, à laquelle cette

¹¹¹ Un algorithme est une suite finie d'étapes ou d'instructions produisant un résultat à partir d'éléments fournis en entrée.

valeur de probabilité est communiquée, établit, exécute ou met fin à une relation contractuelle avec cette personne (cf. CJUE, 7 décembre 2023, *OQ c/ Land Hessen*, C-634/21, dit arrêt *Schufa*).

En principe, les individus ont le droit de ne pas faire l'objet d'une décision fondée exclusivement sur un traitement automatisé et produisant des effets juridiques la concernant ou l'affectant de manière significative de façon similaire (article 22 RGPD). Des exceptions sont néanmoins prévues et une personne peut faire l'objet d'une décision entièrement automatisée, même si cette dernière a un effet juridique ou un impact significatif sur elle, si elle est nécessaire à la conclusion ou à l'exécution d'un contrat entre la personne concernée et un responsable du traitement, si elle est explicitement autorisée par l'acte autorisant le traitement, en particulier pour la prise d'une décision administrative ou si elle est fondée sur le consentement explicite de la personne concernée. Le RGPD prévoit que des mesures appropriées pour la sauvegarde des droits et des libertés ainsi que des intérêts légitimes de la personne concernée doivent alors être prévues, comme l'obligation d'appliquer des procédures mathématiques ou statistiques adéquates, de limiter les risques d'erreur, de sécuriser les données, de prévenir les risques de discrimination, de permettre une intervention humaine et de garantir à la personne la faculté d'exprimer son point de vue et de contester la décision. Ces exigences plus élevées quant à la licéité d'une prise de décision automatisée ainsi que les obligations d'information supplémentaires du responsable du traitement et les droits d'accès supplémentaires de la personne concernée qui y sont liés s'expliquent par la finalité que poursuit le RGPD, consistant à protéger les personnes contre les risques particuliers pour leurs droits et libertés que présente le traitement automatisé de données à caractère personnel, y compris le profilage ou le *scoring*.

En outre, l'article L. 311-3-1 du code des relations entre le public et l'administration (CRPA) impose qu'une décision individuelle prise sur le fondement d'un traitement algorithmique comporte une mention explicite informant l'intéressé. Les règles définissant ce traitement ainsi que les principales caractéristiques de sa mise en œuvre doivent également être communiquées à l'intéressé s'il en fait la demande. Doivent en particulier être communiqués : le degré et le mode de contribution du traitement algorithmique à la prise de décision ; les données traitées et leurs sources ; les paramètres de traitement et, le cas échéant, leur pondération, appliqués à la situation de l'intéressé ; les opérations effectuées par le traitement.

Si l'article 47 de la loi du 6 janvier 1978 fait obstacle à ce qu'une juridiction fonde sa décision sur les seuls résultats d'un traitement automatisé d'informations, il n'a ni pour objet ni pour effet de lui interdire de prendre en compte, parmi d'autres éléments d'appréciation, les résultats d'un tel traitement (cf. CE, 11 février 2004, n° 240024, *CPAM de la Gironde* : alors qu'un médecin entendait contester la sanction infligée par le conseil de l'ordre, dans la mesure où la plainte formée par les services de la caisse primaire découlait de l'examen des résultats du système national d'information de l'assurance maladie, notamment s'agissant de l'activité et des prescriptions de l'intéressé, il a été jugé que le conseil de l'ordre pouvait

légalement prendre en compte les calculs statistiques automatisés invoqués par la caisse pour apprécier le comportement professionnel de l'intéressé).

Le Conseil constitutionnel a eu l'occasion de se prononcer sur la constitutionnalité du cadre juridique du recours de l'administration à des traitements de données au moyen d'algorithmes pour prendre des décisions dans 3 cas jusqu'à présent :

- En premier lieu, dans sa décision n° 2003-467 DC du 13 mars 2003, il a jugé que l'exclusion du recours exclusif à un algorithme pouvait constituer une garantie nécessaire à la constitutionnalité de traitements particuliers de données à caractère personnel. Saisi de dispositions autorisant les services de la police nationale et de la gendarmerie nationale à mettre en œuvre des traitements automatisés de données recueillies au cours des enquêtes préliminaires ou de flagrance ou des investigations exécutées sur commission rogatoire et concernant tout crime ou délit ainsi que les contraventions de la 5^{ème} classe sanctionnant un trouble à la sécurité ou à la tranquillité publiques ou une atteinte aux personnes, aux biens ou à l'autorité de l'État, à des fins de police judiciaire ou pour certaines consultations administratives, le Conseil a relevé, en érigeant cette garantie en réserve d'interprétation, que les données recueillies dans ces cas ne sauraient constituer qu'un élément de la décision prise, sous le contrôle du juge, par l'autorité administrative ;
- En deuxième lieu, par sa décision n° 2018-765 DC du 12 juin 2018, il s'est prononcé sur les nouvelles dispositions de la loi du 6 janvier 1978 autorisant l'administration à adopter des décisions individuelles ayant des effets juridiques ou affectant de manière significative une personne sur le seul fondement d'un algorithme. Saisi de griefs tirés de l'atteinte à la garantie des droits et à l'article 21 de la Constitution, du fait de l'autorisation donnée à l'administration de renoncer, par le recours à un algorithme, à l'exercice de son pouvoir d'appréciation des situations individuelles et de la capacité de ces algorithmes à réviser eux-mêmes les règles qu'ils appliquent, le Conseil constitutionnel a relevé, en premier lieu, que ces dispositions se bornent à autoriser l'administration à procéder à l'appréciation individuelle de la situation de l'administré, par le seul truchement d'un algorithme, en fonction des règles et critères définis à l'avance par le responsable du traitement. Elles n'ont ni pour objet ni pour effet d'autoriser l'administration à adopter des décisions sans base légale, ni à appliquer d'autres règles que celles du droit en vigueur. Il en a déduit qu'il n'en résulte dès lors aucun abandon de compétence du pouvoir réglementaire. En deuxième lieu, le Conseil a relevé que le seul recours à un algorithme pour fonder une décision administrative individuelle est subordonné au respect de trois conditions. D'une part, conformément à l'article L. 311-3-1 CRPA, la décision administrative individuelle doit mentionner explicitement qu'elle a été adoptée sur le fondement d'un algorithme et les principales caractéristiques de mise en œuvre de ce dernier doivent être communiquées à la personne intéressée, à sa demande. Il en résulte que, lorsque les principes de fonctionnement d'un algorithme ne peuvent être communiqués sans porter atteinte à l'un des secrets ou intérêts énoncés au 2° de l'article L. 311-5 CRPA, aucune décision individuelle ne peut être prise sur le fondement exclusif de cet algorithme. D'autre part, la décision administrative individuelle doit pouvoir faire l'objet de recours administratifs. L'administration sollicitée à l'occasion de ces recours est alors tenue de se prononcer sans pouvoir se fonder exclusivement sur l'algorithme. La décision administrative est en outre, en cas de recours contentieux, placée sous le contrôle du

juge, qui est susceptible d'exiger de l'administration la communication des caractéristiques de l'algorithme. Enfin, le recours exclusif à un algorithme est exclu si ce traitement porte sur des données sensibles (cf. ci-dessous). En dernier lieu, le Conseil a relevé que le responsable du traitement doit s'assurer de la maîtrise du traitement algorithmique et de ses évolutions afin de pouvoir expliquer, en détail et sous une forme intelligible, à la personne concernée la manière dont le traitement a été mis en œuvre à son égard. Il en résulte que ne peuvent être utilisés, comme fondement exclusif d'une décision administrative individuelle, des algorithmes susceptibles de réviser eux-mêmes les règles qu'ils appliquent, sans le contrôle et la validation du responsable de traitement. De l'ensemble de ces motifs, le Conseil constitutionnel a déduit que le législateur a défini des garanties appropriées pour la sauvegarde des droits et libertés des personnes soumises aux décisions administratives individuelles prises sur le fondement exclusif d'un algorithme ;

- En dernier lieu, dans sa décision n° 2020-834 QPC du 3 avril 2020, le Conseil constitutionnel s'est prononcé sur l'utilisation d'algorithmes par les établissements d'enseignement supérieur pour traiter les candidatures qu'ils reçoivent *via* le dispositif Parcoursup, et sur les conditions de communication des modalités et critères d'appréciation des candidatures en cas d'utilisation de ces algorithmes. Il a consacré un droit d'accès aux documents administratifs, sur le fondement de l'article 15 de la Déclaration de 1789. Il a admis que les documents relatifs aux caractéristiques et conditions de mise en œuvre des traitements algorithmiques utilisés localement par les établissements d'enseignement supérieur pour procéder au départage de candidats à des formations de premier cycle en tension constituent des documents administratifs. Il a constaté que la communication *ex post* d'informations relatives aux critères et modalités d'examen des candidatures était réservée aux seuls candidats, et considéré que l'exclusion de toute communication aux tiers de telles informations constituerait une atteinte disproportionnée au regard de l'objectif, poursuivi par le législateur, de protection du secret des délibérations des équipes pédagogiques. Il a en conséquence formulé une réserve d'interprétation qui conduit chaque établissement à devoir rendre compte des critères qu'il a utilisés, le cas échéant au moyen de traitements algorithmiques, pour examiner les candidatures formulées sur Parcoursup.

La Cour de justice de l'Union européenne a aussi été appelée à se prononcer sur la conservation et l'accès aux données à caractère personnel dans le cadre de traitements automatisés à des fins de profilage pour exercer un contrôle et réprimer des infractions. Dans le dernier état de sa jurisprudence (cf. CJUE, 30 avril 2024, *La Quadrature du Net*, C-470/21, dit arrêt *Quadrature II*), elle a apporté des précisions concernant, d'une part, les conditions dans lesquelles une conservation généralisée d'adresses IP par des fournisseurs de services de communications électroniques peut ne pas être regardée comme entraînant une ingérence grave dans le droit au respect de la vie privée, ainsi que, d'autre part, la possibilité, pour une autorité publique, d'accéder à de telles données à caractère personnel dans le cadre de la lutte contre certaines infractions. S'agissant de la conservation généralisée des données, ce dernier arrêt innove par rapport à l'arrêt *Quadrature I* (6 octobre 2020, C-511/18), en autorisant les Etats membres à l'ordonner aux opérateurs de télécommunication, sans qu'elle soit limitée à la recherche ou à la poursuite des infractions « graves »¹¹² (alors que

¹¹² La « gravité » doit s'apprécier au regard de la peine encourue (cf. CJUE, 30 avril 2024, *Bolsano*, C-178/22).

« *Quadrature I* » faisait référence à des infractions graves). La CJUE pose cependant une condition nouvelle : une telle conservation ne peut se faire que si elle suit des modalités garantissant une « séparation effectivement étanche » des différentes catégories de données. Ainsi, la conservation généralisée n'est pas exclue en présence de répertoires étanches avec des compartiments de données hermétiques. Cette étanchéité des répertoires doit permettre de faire techniquement obstacle à ce que les différentes catégories de données soient combinées pour en tirer un profilage de la vie privée.

En ce qui concerne l'exigence d'un contrôle préalable par une juridiction ou par une entité administrative indépendante de l'accès d'une autorité publique à des données à caractère personnel, la Cour l'impose lorsque cet accès comporte le risque d'une ingérence « grave » dans les droits fondamentaux de la personne concernée, dans le sens où il pourrait permettre à cette autorité publique de tirer des conclusions précises sur la vie privée de cette personne et, le cas échéant, d'établir son profil détaillé. Inversement, la Cour de justice souligne que cette exigence d'un contrôle préalable n'a pas vocation à s'appliquer lorsqu'une telle ingérence ne peut pas être qualifiée de grave : tel est le cas de l'accès à des données relatives à l'identité civile des utilisateurs des moyens de communications électroniques à seule fin d'identifier l'utilisateur concerné et sans que ces données puissent être associées à des informations relatives aux communications effectuées. Enfin, s'agissant des modalités de ce contrôle préalable, la Cour de justice estime qu'un contrôle préalable ne saurait en aucun cas être entièrement automatisé puisqu'un tel contrôle exige que la juridiction ou l'entité administrative indépendante concernée soit en mesure d'assurer un juste équilibre entre, d'une part, les intérêts légitimes liés aux besoins de l'enquête dans le cadre de la lutte contre la criminalité et, d'autre part, les droits fondamentaux au respect de la vie privée et à la protection des données à caractère personnel des personnes dont les données sont concernées par l'accès. En particulier, la Cour souligne qu'une telle mise en balance des différents intérêts légitimes et des droits concernés nécessite l'intervention d'une personne physique, celle-ci étant d'autant plus nécessaire que l'automatisme et la grande échelle du traitement de données en cause emportent des risques pour la vie privée et qu'un contrôle entièrement automatisé n'est, en principe, pas de nature à s'assurer que l'accès ne dépasse pas les limites du strict nécessaire et que les personnes dont les données à caractère personnel sont concernées disposent de garanties effectives contre les risques d'abus ainsi que contre tout accès à ces données et leur utilisation illicite.

On relèvera que, dans son avis du 16 novembre 2023 sur le décret du 29 janvier 2024 étendant à la lutte contre la fraude sociale la finalité du traitement automatisé de données à caractère personnel portant sur les ressources des assurés sociaux dénommé « DRM » (dispositif ressources mensuelles), la CNIL a fait part d'une vigilance forte de même nature. L'autorité administrative indépendante de contrôle a en effet relevé que le traitement mis en œuvre à des fins de contrôle et de lutte contre la fraude consiste à utiliser l'ensemble des données disponibles pour calculer, au moyen d'un algorithme fondé notamment sur l'historique des fraudes, un taux de risque de fraude ou d'erreur pour chaque dossier. Elle a alerté le Gouvernement « sur la très grande prudence avec laquelle ces algorithmes doivent être conçus et utilisés, eu égard aux risques qu'ils présentent et aux biais dont ils peuvent faire l'objet. Les exemples internationaux récents (notamment l'exemple de l'algorithme

déployé aux Pays-Bas pour détecter des situations de fraude à certaines prestations sociales, ayant abouti à des milliers de décisions individuelles biaisées aux conséquences dramatiques et ayant conduit le gouvernement néerlandais à démissionner en janvier 2021) ont montré que la trop grande confiance accordée par une administration dans un algorithme de détection de la fraude, sans précautions et contrôles humains suffisants, pouvait conduire à des décisions injustes et avoir des conséquences graves pour les personnes. Ces risques, notamment de discrimination, sont régulièrement rappelés par le Défenseur des droits (v. notamment le rapport « Algorithmes : prévenir l'automatisation des discriminations » du 2020). La CNIL estime donc, en l'état de ces technologies, que de tels algorithmes doivent être conçus avec soin, accompagnés de garanties fortes, ne pas conduire à des décisions automatiques et être assortis d'un système de recours efficace en cas d'erreur. S'agissant de la conception, la CNIL recommande notamment que de tels algorithmes fassent l'objet d'une phase d'expérimentation ». Cette recommandation a été suivie, la phase d'expérimentation devant durer une année pour la CNAF et la CNAV. Ce n'est que sur la base d'une évaluation du respect de l'ensemble des garanties rappelées ci-dessus qu'une éventuelle généralisation de tels outils pourra être envisagée. Une telle méthode devrait être suivie pour toute mise en œuvre de traitements algorithmiques à fin de profilage pour améliorer la lutte contre la fraude sociale.

b) Les systèmes d'intelligence artificielle

L'emploi de systèmes d'intelligence artificielle¹¹³, bâtis sur l'emploi de masses conséquentes de données, pose un défi particulier pour évaluer le caractère pertinent, adéquat et proportionné du recueil de données mis en œuvre. Il convient de distinguer la phase d'apprentissage (ou de développement) et la phase opérationnelle (ou de production) d'un système d'IA : en phase d'apprentissage, une collecte massive de données peut être admise en l'assortissant de garanties destinées à limiter le risque de détournement de données (accès limité à un nombre restreint de personnes habilitées, traitement borné dans le temps, pseudonymisation¹¹⁴ des données, mise en œuvre de mesures techniques et organisationnelles adaptées) ; en phase de production en revanche, il importe de resserrer les catégories de données personnelles recueillies à celles qui se sont avérées indispensables à l'issue de la phase d'apprentissage, tout en veillant à ce que soient mises en place les mesures techniques et organisationnelles adaptées. Cela milite pour procéder à des expérimentations de tels systèmes d'IA avant de prévoir leur généralisation à l'issue de la réalisation d'une évaluation.

¹¹³ Au sens du règlement européen sur l'IA, un système d'IA est défini comme un système automatisé qui est conçu pour fonctionner à différents niveaux d'autonomie et peut faire preuve d'une capacité d'adaptation après son déploiement, et qui, pour des objectifs explicites ou implicites, déduit, à partir des entrées qu'il reçoit, la manière de générer des sorties telles que des prédictions, du contenu, des recommandations ou des décisions qui peuvent influencer les environnements physiques ou virtuels.

¹¹⁴ La pseudonymisation consiste à traiter les données « de telle façon que celles-ci ne puissent plus être attribuées à une personne concernée précise sans avoir recours à des informations supplémentaires, pour autant que ces informations supplémentaires soient conservées séparément » (article 4 RGPD). Si les données ne perdent pas leur nature de données personnelles, une telle mesure implique que le « stock » de données conservées ne contienne aucune information identifiante.

Le traitement massif de données personnelles publiquement disponibles à des fins de contrôle individualisés (*datascraping*, « chalutage » ou « ratissage » de données) ne nécessite pas le recours à une disposition législative, même si la loi peut toujours intervenir en la matière (cf. les deux cas mentionnés ci-dessous). La création de tels traitements de données ne comporte pas en principe de risques d'atteintes aux libertés telles qu'ils impliqueraient la détermination par la voie législative de garanties s'ajoutant à celles déjà prévues par le RGPD et la loi du 6 janvier 1978 ou dérogeant à cette loi, à charge bien sûr pour le pouvoir réglementaire de veiller à ce que les règles applicables à ce type de traitement assurent le respect des exigences constitutionnelles et légales. En particulier, le caractère proportionné du recueil de données personnelles nécessaire pour recourir (en phase de production) à un système d'IA doit être évalué au regard des finalités du traitement.

Il existe à ce jour 2 décisions du Conseil constitutionnel qui se prononcent sur la création par la loi de systèmes d'IA auto-apprenants.

D'une part, dans sa décision n° 2019-796 DC du 27 décembre 2019 concernant la loi de finances pour 2020, le Conseil constitutionnel s'est prononcé sur l'autorisation donnée par la loi, à titre expérimental pour une durée de 3 ans, aux administrations fiscale et douanière de collecter et d'exploiter de manière automatisée les contenus accessibles publiquement sur les sites internet de « places de marché » ainsi que sur les réseaux sociaux, aux fins de **recherche de manquements et d'infractions en matière fiscale et douanière**. Ces traitements algorithmiques auto-apprenants permettent, d'une part, de collecter de façon indifférenciée d'importants volumes de données, relatives à un grand nombre de personnes, publiées sur internet et, d'autre part, d'exploiter ces données, en permettant le développement d'algorithmes pour améliorer le ciblage des contrôles fiscaux à partir de l'exploitation par recoupement de ces données. Ce faisant, et même s'il s'agit de données rendues publiques par les personnes qu'elles concernent, les dispositions contestées portent atteinte au droit au respect de la vie privée. Dans la mesure où elles sont susceptibles de dissuader d'utiliser de tels services sur internet ou de conduire à en limiter l'utilisation, elles portent également atteinte à l'exercice de la liberté d'expression et de communication. Le Conseil les a validés au regard de l'ensemble des garanties prévues par le législateur.

Il a ainsi relevé qu'en adoptant les dispositions en cause, le législateur a entendu renforcer les moyens de contrôle des administrations fiscale et douanière, en les dotant de dispositifs informatisés et automatisés d'exploration de données personnelles rendues publiques sur internet, tout en limitant le nombre de manquements susceptibles d'être recherchés en visant les cas les plus graves de soustraction à l'impôt, qui peuvent être particulièrement difficiles à déceler. Il a ainsi poursuivi l'objectif de valeur constitutionnelle de lutte contre la fraude et l'évasion fiscales. Le Conseil s'est également fondé sur le constat que les traitements de données autorisés par les dispositions contestées ne peuvent comporter aucun système de reconnaissance faciale et qu'ils ne peuvent être mis en œuvre que par des agents des administrations fiscale et douanière spécialement habilités. Seule la conception des outils de traitement des données, à l'exclusion de leur collecte, de leur traitement et de leur conservation, peut être confiée à un sous-traitant de l'administration. Enfin, les personnes concourant à la conception et à la mise en œuvre des traitements en cause sont

tenues au secret professionnel. Le Conseil s'est en outre fondé sur le fait que le traitement est mis en œuvre dans le respect de la loi du 6 janvier 1978, à l'exception du droit d'opposition. Ainsi, les personnes intéressées bénéficient, notamment, des garanties relatives à l'accès aux données, à la rectification et à l'effacement de ces données ainsi qu'à la limitation de leur traitement. Il a relevé, en dernier lieu, que la mise en œuvre des traitements de données, tant lors de leur création que lors de leur utilisation, doit être proportionnée aux finalités poursuivies et jugé qu'il appartiendra notamment, à ce titre, au pouvoir réglementaire, sous le contrôle du juge, de veiller à ce que les algorithmes utilisés par ces traitements ne permettent de collecter, d'exploiter et de conserver que les données strictement nécessaires à ces finalités.

Le Conseil constitutionnel a cependant censuré les dispositions permettant dans ce cadre la collecte et l'exploitation automatisées de données pour la recherche du manquement sanctionnant d'une majoration de 40 % le défaut ou le retard de production d'une déclaration fiscale dans les 30 jours suivant la réception d'une mise en demeure. Il a relevé en effet que, dans une telle situation, l'administration fiscale, qui a mis en demeure le contribuable de produire sa déclaration, a déjà connaissance d'une infraction à la loi fiscale, sans avoir besoin de recourir au dispositif automatisé de collecte de données personnelles. Dès lors, en permettant la mise en œuvre d'un tel dispositif pour la simple recherche de ce manquement, le Conseil a considéré que les dispositions en cause portaient au droit au respect de la vie privée et à la liberté d'expression et de communication une atteinte qui ne pouvait être regardée comme proportionnée au but poursuivi par ces traitements.

Enfin, le Conseil a indiqué que, pour apprécier s'il convient de pérenniser l'ensemble de ce dispositif expérimental à l'issue du délai de 3 ans, il appartiendra au législateur de tirer les conséquences de l'évaluation de ce dispositif et, en particulier, au regard des atteintes portées au droit au respect de la vie privée, de tenir compte de son efficacité dans la lutte contre la fraude et l'évasion fiscales et qu'à la lumière de cette évaluation, la conformité à la Constitution de ce dispositif pourra alors de nouveau être examinée. Il convient donc de recommander l'utilisation de l'expérimentation pour commencer à développer des outils d'IA à des fins de lutte contre la fraude sociale.

D'autre part, dans sa décision n° 2023-850 DC du 17 mai 2023 portant sur la loi relative aux jeux Olympiques et Paralympiques de 2024, le Conseil constitutionnel a relevé que, pour répondre à l'objectif de valeur constitutionnelle de prévention des atteintes à l'ordre public, le législateur a autorisé, également à titre expérimental, le **traitement algorithmique des images collectées au moyen d'un système de vidéoprotection ou de caméras installées sur des aéronefs**. Si un tel traitement n'a ni pour objet ni pour effet de modifier les conditions dans lesquelles ces images sont collectées, il procède toutefois à une analyse systématique et automatisée de ces images de nature à augmenter considérablement le nombre et la précision des informations qui peuvent en être extraites. Dès lors, le Conseil estime que la mise en œuvre de tels systèmes de surveillance doit être assortie de garanties particulières de nature à sauvegarder le droit au respect de la vie privée. Ce faisant, le Conseil constitutionnel a reconnu que le traitement algorithmique d'images recueillis par de tels dispositifs porte une atteinte particulière au droit au respect de la vie privée. Il en résulte

que le fait que ces traitements portent sur des images dont le recueil est déjà autorisé ne signifie pas que le traitement algorithmique de ces images n'emporte en lui-même aucune intensification de l'atteinte à la vie privée.

Pour valider ce traitement, il a relevé que les dispositions législatives en cause prévoient que les traitements algorithmiques des images ainsi collectées ne peuvent être mis en œuvre qu'afin d'assurer la sécurité de manifestations sportives, récréatives ou culturelles qui, par l'ampleur de leur fréquentation ou par leurs circonstances, sont particulièrement exposées à des risques d'atteintes graves à l'ordre public. Le Conseil a constaté que l'emploi d'un traitement algorithmique ne peut être autorisé par le représentant de l'État que s'il est proportionné à la finalité poursuivie : la décision du préfet doit être motivée et préciser notamment le responsable du traitement, la manifestation concernée, les motifs de la mise en œuvre du traitement, le périmètre géographique concerné ainsi que la durée de l'autorisation ; elle peut faire l'objet de recours devant le juge administratif, notamment devant le juge des référés qui peut suspendre l'exécution de la mesure ou ordonner toutes mesures nécessaires à la sauvegarde d'une liberté fondamentale. Le Conseil a constaté également que la durée de l'autorisation, qui doit en tout état de cause être proportionnée à celle de la manifestation dont il s'agit d'assurer la sécurité, ne peut excéder un mois et ne peut être renouvelée que si les conditions de sa délivrance continuent d'être réunies. Sur ce point, le Conseil constitutionnel a toutefois formulé une réserve d'interprétation, en exigeant que le préfet soit tenu de mettre fin immédiatement à une autorisation dont les conditions ayant justifié la délivrance ne seraient plus réunies. Le Conseil a aussi relevé les garanties d'information du public en rappelant que, sauf lorsque les circonstances l'interdisent ou que cette information entrerait en contradiction avec les objectifs poursuivis, le public doit être préalablement informé, par tout moyen approprié, de l'emploi de traitements algorithmiques sur les images collectées. Par ailleurs, une information générale du public sur l'emploi de traitements algorithmiques sur les images collectées au moyen de systèmes de vidéoprotection et de caméras installées sur des aéronefs doit être organisée.

Le Conseil constitutionnel a aussi vérifié le caractère suffisant des garanties apportées par le législateur : d'une part, la loi a prévu que les traitements algorithmiques mis en œuvre ne peuvent avoir pour objet que de détecter des événements prédéterminés susceptibles de présenter ou de révéler des risques d'actes de terrorisme ou d'atteintes graves à la sécurité des personnes ; d'autre part, le législateur a prévu que les traitements algorithmiques ne mettent en œuvre aucune technique de reconnaissance faciale, n'utilisent aucun système d'identification biométrique qui permettrait une identification unique, ne peuvent procéder à aucun rapprochement, à aucune interconnexion ni à aucune mise en relation automatisée avec d'autres traitements de données à caractère personnel. En dernier lieu, le Conseil constitutionnel s'est attaché au fonctionnement des traitements algorithmiques : d'une part, il a relevé que les traitements algorithmiques procèdent exclusivement à un signalement d'attention, strictement limité à l'indication des événements prédéterminés qu'ils ont été programmés à détecter en vue de la mise en œuvre des mesures nécessaires, que les traitements ne peuvent fonder, par eux-mêmes, aucune décision individuelle ni aucun acte de poursuite et qu'ils demeurent en permanence sous le contrôle des personnes

chargées de leur mise en œuvre ; d'autre part, le Conseil a constaté que, pendant toute la durée de leur fonctionnement et en particulier dans le cas où ils reposent sur un apprentissage, les traitements algorithmiques employés doivent permettre de vérifier l'objectivité des critères retenus et la nature des données traitées ainsi que comporter des mesures de contrôle humain et un système de gestion des risques de nature à prévenir et à corriger la survenue de biais éventuels ou de mauvaises utilisations. Le législateur a ainsi veillé à ce que le développement, la mise en œuvre et les éventuelles évolutions des traitements algorithmiques demeurent en permanence sous le contrôle et la maîtrise de personnes humaines. Compte tenu de l'ensemble de ces garanties, le Conseil constitutionnel a donc écarté le grief tiré de la méconnaissance du droit au respect de la vie privée.

Enfin, les systèmes d'IA devront également respecter les nouvelles dispositions du **règlement européen établissant des règles harmonisées concernant l'IA**, qui constitue la première norme spécifique sur l'IA. Cette législation européenne poursuit les objectifs suivants : veiller à ce que les systèmes d'IA mis sur le marché soient sûrs et respectent la législation en vigueur en matière de droits fondamentaux, les valeurs de l'UE, l'État de droit et la durabilité environnementale ; garantir la sécurité juridique afin de faciliter les investissements et l'innovation dans le domaine de l'IA ; renforcer la gouvernance et l'application effective de la législation existante en matière d'exigences de sécurité applicables aux systèmes d'IA et de droits fondamentaux ; faciliter le développement d'un marché unique pour des applications d'IA légales et sûres, et empêcher la fragmentation du marché.

L'*EU IA Act* interdit certaines pratiques en matière d'IA :

- Les systèmes d'IA ayant recours à des techniques subliminales au-dessous du seuil de conscience d'une personne pour altérer substantiellement son comportement et de manière à causer un préjudice physique ou psychologique (manipulation du comportement humain pour contourner le libre arbitre) ;
- Les systèmes d'IA exploitant les éventuelles vulnérabilités dues à l'âge ou au handicap d'un individu pour altérer substantiellement son comportement et de manière à causer un préjudice physique ou psychologique ;
- Les systèmes d'IA destinés à évaluer ou à établir un classement de la fiabilité de personnes en fonction de leur comportement social ou de caractéristiques personnelles et pouvant entraîner un traitement préjudiciable de personnes, dans certains contextes, injustifié ou disproportionné. Sont en particulier interdits des systèmes de catégorisation biométrique utilisant des caractéristiques sensibles (opinions politiques, religieuses, philosophiques, orientation sexuelle...) et la notation sociale basée sur le comportement social ou les caractéristiques personnelles ;
- Les systèmes d'identification biométrique à distance « en temps réel » dans des espaces accessibles au public à des fins répressives, sauf dans les cas suivants : la recherche ciblée de victimes potentielles spécifiques de la criminalité (enfants disparus, traite, exploitation sexuelle), la prévention d'une menace spécifique, substantielle et imminente pour la vie ou la sécurité des personnes ou la prévention d'une attaque terroriste et l'identification, la localisation ou la poursuite à l'encontre des auteurs ou des suspects de certaines infractions pénales punissables d'une peine d'une durée maximale d'au moins 3 ans.

Le règlement prévoit également des exigences spécifiques applicables aux systèmes d'IA à haut risque et établit des règles harmonisées en matière de transparence applicables aux systèmes d'IA destinés à interagir avec des personnes, aux systèmes de reconnaissance des émotions et de catégorisation biométrique et aux systèmes d'IA générative utilisés pour générer ou manipuler des images ou des contenus audio ou vidéo. Elle complète le droit existant en matière de non-discrimination en prévoyant des exigences qui visent à réduire au minimum le risque de discrimination algorithmique, assorties d'obligations concernant les essais, la gestion des risques, la documentation et le contrôle humain tout au long du cycle de vie des systèmes d'IA.

3. Les spécificités des traitements de données en matière sociale

En matière sociale, deux types de données collectées doivent faire l'objet d'une vigilance particulière au regard des risques forts que comporte leur traitement automatisé : d'une part, les données de santé ; d'autre, le NIR.

a) Les données de santé

Les données à caractère personnel dites **sensibles** sont les données « *qui révèlent la prétendue origine raciale ou l'origine ethnique, les opinions politiques, les convictions religieuses ou philosophiques ou l'appartenance syndicale d'une personne physique ou de traiter des données génétiques, des données biométriques aux fins d'identifier une personne physique de manière unique, des données concernant la santé ou des données concernant la vie sexuelle ou l'orientation sexuelle d'une personne physique* » (article 9 RGPD et article 6 de la loi du 6 janvier 1978). Ainsi qu'y incite le considérant liminaire n° 3 du RGPD, la notion de données concernant la santé doit être interprétée de manière extensive, ce qui peut être le cas des données qui, sans être relatives par elles-mêmes à la santé, sont collectées eu égard à la situation de handicap des personnes concernées.

L'article 6 de la loi du 6 janvier 1978 et l'article 9 RGPD interdisent de traiter les données sensibles, dont les données de santé. Ces interdictions de principe font toutefois l'objet d'exceptions : elles couvrent en particulier l'hypothèse du consentement explicite de la personne (cf. CE, 6 décembre 2019, n° 393769, *M. X*), les traitements réalisés par les organismes à but non lucratif poursuivant une finalité politique, philosophique, religieuse ou syndicale, la protection des intérêts vitaux des personnes concernées ou les traitements réalisés pour des motifs d'intérêt public important comme la lutte contre la fraude. Le traitement de données sensibles appelle donc une appréciation plus particulièrement exigeante de la pertinence, de l'adéquation et de la proportionnalité de la collecte : il ne suffit pas d'établir que le traitement rentre dans l'un des cas de dérogation à l'interdiction de principe de traitement de telles données, encore faut-il vérifier que le recueil des données en cause est nécessaire aux finalités du traitement. Les données de santé ne devraient en particulier pas être recueillies s'il apparaît que les finalités assignées au traitement peuvent être atteintes par des moyens moins intrusifs. De plus, en vertu de l'article 5 RGPD, les données de santé recueillies dans le cadre d'un traitement ne peuvent pas faire l'objet d'un traitement ultérieur incompatible avec la finalité d'origine du traitement.

Les traitements mis en œuvre pour le compte de l'Etat qui ont pour objet la prévention, la recherche, la constatation ou la poursuite des infractions pénales doivent, en application de l'article 31 de la loi du 6 janvier 1978, être autorisés par arrêté du ministre compétent, pris après avis motivé et publié de la CNIL : comme indiqué précédemment, c'est le cas de tout traitement mis en œuvre par un organisme de sécurité sociale ayant pour objet la lutte contre la fraude. Lorsqu'il porte sur des données sensibles, un tel traitement est possible « *uniquement en cas de nécessité absolue, sous réserve de garanties appropriées pour les droits et libertés de la personne concernée* » (cf. article 88 de la loi du 6 janvier 1978) et doit être autorisé, non par arrêté ministériel mais par décret en Conseil d'Etat, également pris après avis motivé et publié de la CNIL, même si le traitement de telles données n'en constitue pas la finalité principale. Les traitements portant sur des données génétiques ou biométriques doivent aussi être autorisés par décret en Conseil d'Etat (cf. article 32 de la loi du 6 janvier 1978).

Le Conseil constitutionnel estime aussi nécessaire de garantir une protection particulière des données de santé. Il a ainsi précisé que le droit au respect de la vie privée requiert que soit observée une particulière vigilance dans la transmission des informations nominatives à caractère médical entre les médecins prescripteurs et les organismes de sécurité sociale et qu'il appartient au législateur de concilier le droit au respect de la vie privée et l'exigence de valeur constitutionnelle qui s'attache à l'équilibre financier de la sécurité sociale (cf. décision n° 99-422 DC du 21 décembre 1999). A ce titre, il a eu l'occasion de censurer 2 traitements utilisant des données de santé sans garanties suffisantes :

- D'une part, dans sa décision n° 2021-917 QPC du 11 juin 2021, il a invalidé les dispositions autorisant des services administratifs à se faire communiquer par des tiers les données médicales d'un agent sollicitant l'octroi ou le renouvellement d'un congé pour invalidité temporaire imputable au service, afin de s'assurer que l'agent public remplit les conditions fixées par la loi pour l'octroi de ce congé et, en particulier, qu'aucun élément d'origine médicale n'est de nature à faire obstacle à la reconnaissance de l'imputabilité de l'accident ou de la maladie au service, cette communication pouvant se faire sans que le secret médical puisse être opposé. Le Conseil a notamment relevé que des renseignements médicaux étaient ainsi susceptibles d'être communiqués à un très grand nombre d'agents administratifs, dont la désignation n'était subordonnée à aucune habilitation spécifique et dont les demandes de communication n'étaient soumises à aucun contrôle particulier, et que ces renseignements pouvaient être obtenus auprès de toute personne ou organisme, de sorte qu'il y avait une atteinte disproportionnée au droit au respect de la vie privée ;
- D'autre part, dans sa décision n° 2023-858 DC du 14 décembre 2023, il a censuré les dispositions autorisant les personnes morales constituant le réseau pour l'emploi à partager entre elles certaines données personnelles relatives aux bénéficiaires de leurs services, permettant leur identification, l'évaluation de leur situation, le suivi de leur parcours d'insertion et la réalisation d'actions d'accompagnement, dont notamment des informations relatives à la santé des personnes. Le Conseil a considéré que des données à caractère personnel, y compris de nature médicale, pouvaient ainsi être communiquées à un très grand nombre de personnes, dont la désignation n'était subordonnée à aucune habilitation spécifique et sans qu'aucune garantie n'encadre ces

transmissions d'informations, de sorte qu'il en résultait également une atteinte disproportionnée au droit au respect de la vie privée.

Le Conseil constitutionnel a validé les dispositions de la loi du 6 janvier 1978 relatives aux données de santé qui prévoient une exception pour les traitements mis en œuvre par les organismes d'assurance maladie complémentaire (OCAM), pour le service de leurs prestations, dès lors qu'elles n'exemptent pas ces traitements du respect des autres dispositions du RGPD et de la loi du 6 janvier 1978 relatives aux principes régissant le traitement des données à caractère personnel et aux droits reconnus aux personnes dont les données sont collectées, en particulier l'article 5 RGPD en vertu duquel les données de santé recueillies dans le cadre de ces traitements ne peuvent pas faire l'objet d'un traitement ultérieur incompatible avec la finalité d'origine du traitement, qui ne peut être que le service des prestations d'assurance maladie (cf. décision n° 2018-765 DC du 12 juin 2018).

L'utilisation des données de santé (codes dits affinés ou regroupés, ordonnances et prescriptions médicales) est au cœur des échanges de données entre les organismes de base et les organismes complémentaires d'assurance maladie (OCAM). Dans une analyse juridique adressée aux OCAM en novembre 2022, la CNIL a précisé dans quelles conditions les OCAM peuvent collecter des données de santé couvertes par le secret médical pour le suivi des patients et le remboursement des dépenses de santé. Elle constate que les textes applicables ne sont pas suffisamment précis et peuvent nécessiter un consentement individuel du patient. Elle recommande donc l'adoption d'une loi afin de sécuriser et d'encadrer la transmission de ces informations pour garantir la vie privée des personnes et assurer la sécurité juridique des professionnels de santé et des OCAM.

La problématique est la même s'agissant de **l'accès des OCAM à des données de santé pour participer à l'objectif de lutte contre la fraude aux prestations sociales**. Certaines fraudes détectées par les CPAM causent également des préjudices aux OCAM : les enjeux se situent en particulier du côté des professionnels de santé qui fournissent des services ou des produits pour lesquels la part complémentaire est élevée (optique médicale, aides auditives et soins prothétiques dentaires relevant du dispositif dit « 100 % Santé »). Inversement, des fraudes peuvent être détectées par des OCAM et leur signalement pourrait permettre aux CPAM d'engager des actions de contrôle en s'appuyant sur les prérogatives dont elles disposent. Le cadre juridique ne permet cependant pas aujourd'hui de tels échanges : l'article L. 114-9 CSS prévoit seulement que la CPAM informe le cas échéant l'OCAM de la mise en œuvre d'une procédure en cas de détection de fraude. La mise en place d'un traitement automatisé en la matière implique au préalable d'identifier la finalité de l'échange de données personnelles comportant des données de santé pour justifier de son intérêt général. Il doit viser une mission précisément identifiée des OCAM, en complément de l'assurance maladie et donc en lien avec la lutte contre la fraude sociale qui est un objectif de valeur constitutionnelle en tant seulement qu'il concerne des dépenses publiques, et non pour le propre compte des OCAM, de sorte qu'une étanchéité très stricte de ces données doit être garantie par rapport à la gestion commerciale des contrats et de la relation avec l'assuré. Cela pourrait être possible *via* l'article L. 871-1 CSS définissant les obligations

notamment de prise en charge pesant sur les OCAM au titre des contrats dits « responsables et solidaires », lesquels représentent 95 % des contrats de complémentaire santé.

Au regard du caractère très large d'un tel traitement, qui pourrait couvrir potentiellement toute la population, en ouvrant l'accès de données de santé à des organismes privés non chargés de la gestion d'un service public, la constitutionnalité de l'atteinte à la vie privée nécessite d'apporter des garanties particulièrement fortes (pour rappel, et alors même qu'il n'était pas prévu de collecter des données de santé, le Conseil constitutionnel avait censuré, dans sa décision n° 2014-690 DC du 13 mars 2014, la création par la loi d'un registre national des crédits aux particuliers ayant pour finalité de prévenir les situations de surendettement et qui devait être utilisé par les établissements et organismes financiers avant toute décision d'octroi d'un crédit à la consommation ; alors que ces établissements avaient pourtant de par la loi l'interdiction formelle de les utiliser pour la gestion de la relation commerciale, le Conseil constitutionnel a considéré « *qu'en égard à la nature des données enregistrées, à l'ampleur du traitement, à la fréquence de son utilisation, au grand nombre de personnes susceptibles d'y avoir accès et à l'insuffisance des garanties relatives à l'accès au registre, les dispositions contestées portent au droit au respect de la vie privée une atteinte qui ne peut être regardée comme proportionnée au but poursuivi* »).

Il conviendrait également de compléter l'article 65 de la loi du 6 janvier 1978 pour étendre explicitement à la lutte contre la fraude sociale le champ des échanges de données de santé pour les OCAM, aujourd'hui limité à la seule prise en charge des prestations qu'elle verse et qui correspond à ce qu'est leur mission légale en lien avec la sécurité sociale, à savoir prendre en charge la part complémentaire des dépenses d'assurance maladie obligatoire : cet article est en effet la base légale qui permet d'autoriser les traitements de données à caractère personnel par les organismes gestionnaires des régimes obligatoires de base de l'assurance maladie pour l'accomplissement de leurs missions d'affiliation, d'immatriculation, d'instruction des droits aux prestations et de prise en charge des soins, produits et services. Les conditions d'habilitation des agents des OCAM (qui devraient être en nombre limité et avoir la qualité de professionnels de santé pour l'accès à des données médicales) devraient également être définies par la loi, s'agissant d'organismes de droit privé non chargés d'une mission de service public. Il serait aussi souhaitable de prévoir une possibilité pour les OCAM de se constituer partie civile en cas de fraude avérée, comme peuvent le faire les OSS. Enfin, comme mentionné ci-dessus, la mise en œuvre d'une telle mesure sous forme d'expérimentation paraît préférable, notamment pour tester une solution de mise en œuvre sous la forme d'un tiers de confiance qui paraît particulièrement adaptée au vu de la multiplicité des OCAM concernés, y compris pour un même assuré social.

b) L'utilisation du NIR

Le NIR, abréviation acronymique de numéro d'inscription des personnes au répertoire national d'identification des personnes physiques, est plus connu sous le nom de « numéro de sécurité sociale », qui est attribué à la naissance de chaque Français et de chaque enfant sur le territoire français. Cette importance a justifié que la France a veillé à ce que l'utilisation du NIR fasse partie de l'une des 56 marges de manœuvre expressément permises par le RGPD pour concilier la généralité de la règle applicative d'un règlement européen aux spécificités

nationales. L'article 87 RGPD prévoit ainsi que « *les États membres peuvent préciser les conditions spécifiques du traitement d'un numéro d'identification national ou de tout autre identifiant d'application générale. Dans ce cas, le numéro d'identification national ou tout autre identifiant d'application générale n'est utilisé que sous réserve des garanties appropriées pour les droits et libertés de la personne concernée adoptées en vertu du présent règlement* ».

A côté des données sensibles qui, par nature, doivent faire l'objet d'une protection renforcée parce qu'elles touchent à l'intimité de la personne et sont susceptibles de donner lieu à des discriminations, le NIR tient une place toute particulière que le législateur a tenu à protéger. En effet, alors que l'identification d'un individu dans un fichier est banale, le NIR est un identifiant signifiant : ses 13 chiffres indiquent, dans l'ordre : le genre de l'identifié, son année de naissance, son mois de naissance, son département de naissance, sa commune de naissance et l'ordre de naissance dans le mois et la commune de naissance. Suivent deux chiffres qui correspondent à une clé de contrôle propre aux organismes de sécurité sociale.

On dit souvent que ce numéro est « mal né » car apparu sous le régime de Vichy. L'inventeur de l'identifiant unique et personnel est le contrôleur général des armées René Carmille, spécialiste de la mécanographie par cartes perforées, qui le destinait à préparer secrètement la remobilisation de l'armée, dissoute par l'Armistice de juin 1940. A l'origine, René Carmille avait prévu un numéro matricule à 12 chiffres, appelé « numéro de Français ». Ayant un objet militaire, l'actuel 1^{er} chiffre n'avait pas d'utilité. Le régime de Vichy, par une instruction du 30 mai 1941, a voulu donner un objet civil au numéro « Carmille » qui devait donc inclure les femmes : l'objectif était de traiter l'ensemble des affaires économiques, civiles et militaires. C'est pourquoi fut ajouté un chiffre en première colonne, qui ne se bornait pas à identifier le genre : dans la logique vichyste, il permettait d'identifier « les juifs, les indigènes d'Algérie et de toutes colonies sujets français » avec une signification donnée aux chiffres aujourd'hui non utilisés (0 et 3 à 9 de la première colonne). Toutefois, et fort heureusement, ces instructions n'auraient jamais été appliquées. Lorsqu'a été entrepris le travail préparatoire du Plan français de Sécurité sociale, à l'automne 1944, le « numéro Carmille », déjà bien implanté, a tout naturellement été considéré comme devant devenir le numéro de sécurité sociale. Ainsi, le répertoire national d'identification des personnes physiques (RNIPP), tenu par l'INSEE depuis 1946, est l'image des registres d'état civil : il est mis à jour grâce aux bulletins statistiques de l'état civil établis et adressés à l'INSEE par les communes à la suite de naissances, décès, reconnaissances et mentions portées en marge des actes de naissance, ainsi que par la CNAV pour les personnes nées à l'étranger (via le SANDIA, service administratif national d'identification des assurés).

Propre à chaque individu tout au long de sa vie, donc d'une fiabilité pérenne, le NIR a fait l'objet d'un intérêt spécial dans la perspective d'assurer l'interconnexion des fichiers administratifs. C'était l'objet du projet SAFARI, à l'origine de la loi du 6 janvier 1978 qui soumet l'utilisation du NIR à un régime de contrôle renforcé (régime d'autorisation de la CNIL pour les organismes privés et régime d'autorisation par décret en Conseil d'Etat pris après avis motivé et publié de la CNIL pour les personnes publiques). Forte de l'habilitation que lui donnait le législateur, la CNIL a développé une doctrine de « cantonnement » du NIR à la sphère médico-sociale : elle n'a admis le recours au NIR qu'en faveur des organismes en

lien avec la sécurité sociale, plus particulièrement avec les employeurs. C'est ainsi que les applications liées à la paie ont été autorisées à utiliser le NIR ou à consulter le répertoire national d'identification des personnes physiques alors que, dès 1979, la CNIL a refusé tout rapprochement du NIR avec d'autres fichiers, sauf ceux prévus par la loi. Parallèlement, la CNIL a développé une doctrine de sectorisation des fichiers spécialement dédiés à des finalités spécifiques (numéro fiscal, base élèves, identifiant national étudiant) et s'est opposée, dans le domaine de la santé, à ce que le NIR devienne l'identifiant du dossier médical partagé.

Ce cantonnement a pu être jugé excessif par le législateur lui-même, qui l'a assoupli par deux fois au-delà du seul champ social¹¹⁵. D'une part, dans le domaine fiscal, la loi de finances pour 1999¹¹⁶ a prévu que les administrations fiscales pouvaient conserver et échanger entre elles le NIR aux fins de les utiliser pour l'assiette, le contrôle et le recouvrement de tous les impôts et que les communications d'information à ces administrations par des tiers (les employeurs pour l'essentiel), autorisés eux-mêmes à détenir le NIR, se feraient en utilisant cet identifiant. D'autre part, la loi du 7 octobre 2016 pour une République numérique a également assoupli le régime des formalités préalables à l'utilisation du NIR à des fins de travaux de statistique publique ou de recherche scientifique et historique mais, en contrepartie, a prévu une opération de décryptage substituant au NIR un identifiant non signifiant selon des modalités et une périodicité prévues par décret en Conseil d'Etat.

Dans une logique de simplification et conformément à la logique de responsabilisation des responsables de traitement qui est désormais celle du RGPD, comme vu ci-dessus, la loi du 20 juin 2018 relative à la protection des données personnelles, qui a adapté la loi du 6 janvier 1978 au RGPD, a supprimé l'obligation d'autoriser par décret en Conseil d'Etat chaque traitement utilisant le NIR et a instauré en contrepartie un régime général d'autorisation établi par une sorte de « décret-cadre », qui régit à la fois les traitements qui utilisent le NIR et ceux qui procèdent à la consultation du RNIPP sans que le NIR figure parmi les données consultées. C'est ainsi que le décret du 19 avril 2019 relatif à la mise en œuvre de traitements comportant l'usage du numéro d'inscription au RNIPP ou nécessitant la consultation de ce répertoire fixe la liste des finalités et des catégories de responsables de traitement qui comportent l'utilisation du NIR. Celles-ci sont regroupées autour de 10 domaines distincts : pour chacun de ces domaines, le décret identifie à la fois les responsables de traitement pouvant se prévaloir du décret pour traiter le NIR, ainsi que les finalités précises pour lesquelles ce traitement est possible.

Cette évolution du régime d'utilisation du NIR va dans le bon sens mais reste « au milieu du gué » par rapport à la logique de responsabilisation du RGPD, puisqu'elle continue de nécessiter une modification du « décret-cadre » pour chaque nouvelle utilisation du NIR. Le décret du 19 avril 2019 a ainsi déjà été modifié 20 fois depuis cette date, et prévoit actuellement 112 items différents d'utilisation du NIR, dont certains très larges (notamment pour la gestion des régimes de base et complémentaires de sécurité sociale, y compris par

¹¹⁵ Dans ce champ, la LFSS 2007 a créé, à l'article L. 114-12-1 CSS, un répertoire national commun aux organismes de protection sociale (RNCPS) destiné à l'échange des renseignements nécessaires notamment à l'appréciation des droits et à la justification des prestations : ce répertoire comporte l'identité, le NIR, l'adresse et les données relatives à la nature des droits des bénéficiaires.

¹¹⁶ Validée sur ce point par le Conseil constitutionnel dans sa décision n° 98-405 DC du 29 décembre 1998.

des organismes de droit privé non contrôlés par l'Etat). Procéder par la voie d'un « décret-cadre », devenu en réalité un « décret-liste », qui consiste à accorder une autorisation préalable définissant à chaque fois les catégories de responsable de traitement et les finalités du traitement en cause, ne paraît pas constituer le mécanisme le plus approprié de protection au regard du principe de responsabilisation des organismes qui fonde le RGPD. Il serait donc souhaitable d'engager une réflexion sur les conditions effectives de sécurisation à garantir aux citoyens au vu du risque que représente l'utilisation du NIR. Il pourrait être envisagé un cadre général de définition des besoins et la définition de lignes directrices d'utilisation du NIR avec un **protocole de sécurité adéquat que devraient respecter les responsables de traitement utilisant le NIR**. Cette stratégie de sécurité pourrait ensuite être déclinée, pour chaque traitement, dans une analyse d'impact relative à la protection des données (AIPD) tenant compte des risques particuliers pour les droits et libertés des personnes concernées résultant de l'usage du NIR, soumise à l'appréciation vigilante de la CNIL.

■ ■ ■ ANNEXE 3 : QUELQUES RAPPELS SUR LE CADRE DE LA PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

La protection des données personnelles

Les « **données à caractère personnel** » correspondent à « toute information se rapportant à une personne physique identifiée ou identifiable (...); est réputée être une «personne physique identifiable» une personne physique qui peut être identifiée, directement ou indirectement, notamment par référence à un identifiant, tel qu'un nom, un numéro d'identification, des données de localisation, un identifiant en ligne, ou à un ou plusieurs éléments spécifiques propres à son identité physique, physiologique, génétique, psychique, économique, culturelle ou sociale »¹¹⁷.

Parmi les données à caractère personnel, **le NIR**, en raison de sa sensibilité particulière, fait l'objet d'un encadrement *ad hoc*, avec un usage fixé juridiquement par le décret n° 2019-341 du 19 avril 2019¹¹⁸. S'agissant des organismes de protection sociale, ceux-ci peuvent y recourir « pour l'accomplissement de leurs missions en matière de protection sociale ». Dans ce cadre, les organismes doivent se mettre en situation de justifier de l'usage nécessaire du NIR par rapport à la finalité du traitement, ainsi que des conditions d'usage (notamment d'accessibilité) et de conservation.

Ces données font l'objet d'une protection, qui est régie par le règlement général sur la protection des données¹¹⁹ qui précise les conditions de traitement¹²⁰ et de libre circulation de ces données.

Avec l'entrée en vigueur du règlement européen sur la protection des données, la quasi-totalité des formalités déclaratives auprès de la CNIL est supprimée à compter du 25 mai 2018¹²¹. Les fichiers relatifs à la lutte contre les fautes, abus et fraudes n'ont plus à être déclarés à la CNIL depuis cette

¹¹⁷ Article 4 RGPD.

¹¹⁸ Décret en Conseil d'Etat n° 2019-341 du 19 avril 2019. Article 30.

¹¹⁹ Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016, relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données.

¹²⁰ Article 4 RGPD : le traitement est défini comme suit : «Toute opération ou tout ensemble d'opérations effectuées ou non à l'aide de procédés automatisés et appliquées à des données ou des ensembles de données à caractère personnel, telles que la collecte, l'enregistrement, l'organisation, la structuration, la conservation, l'adaptation ou la modification, l'extraction, la consultation, l'utilisation, la communication par transmission, la diffusion ou toute autre forme de mise à disposition, le rapprochement ou l'interconnexion, la limitation, l'effacement ou la destruction ». « Le traitement est licite si, et dans la mesure où, au moins une des conditions suivantes est remplie: a) la personne concernée a consenti au traitement de ses données à caractère personnel pour une ou plusieurs finalités spécifiques; b) le traitement est nécessaire à l'exécution d'un contrat auquel la personne concernée est partie ou à l'exécution de mesures précontractuelles prises à la demande de celle-ci; c) le traitement est nécessaire au respect d'une obligation légale à laquelle le responsable du traitement est soumis; d) le traitement est nécessaire à la sauvegarde des intérêts vitaux de la personne concernée ou d'une autre personne physique; e) le traitement est nécessaire à l'exécution d'une mission d'intérêt public ou relevant de l'exercice de l'autorité publique dont est investi le responsable du traitement » (article 6 RGPD).

¹²¹ Seules certaines formalités du secteur santé et certaines demandes d'avis perdurent.

date¹²². Les opérateurs doivent désormais se concentrer sur le respect de leurs obligations de fond (finalité, pertinence, durée de conservation, droits des personnes, sécurité, documentation).

Selon ce règlement, les données à caractère personnel doivent être :

- traitées de manière licite, loyale et transparente au regard de la personne concernée ;
- collectées pour des finalités déterminées, explicites et légitimes, et ne pas être traitées ultérieurement d'une manière incompatible avec ces finalités ;
- adéquates, pertinentes et limitées à ce qui est nécessaire au regard des finalités pour lesquelles elles sont traitées (minimisation des données) ;
- exactes et, si nécessaire, tenues à jour ;
- conservées sous une forme permettant l'identification des personnes concernées pendant une durée n'excédant pas celle nécessaire au regard des finalités pour lesquelles elles sont traitées (limitation de la conservation) ;
- traitées de façon à garantir une sécurité appropriée des données à caractère personnel, y compris la protection contre le traitement non autorisé ou illicite et contre la perte, la destruction ou les dégâts d'origine accidentelle, à l'aide de mesures techniques ou organisationnelles appropriées (intégrité et confidentialité).

L'AIPD (analyse d'impact relative à la protection des données) est l'outil qui aide les organismes, d'une part, à construire des traitements de données respectueux de la vie privée, d'autre part à démontrer leur conformité au Règlement général sur la protection des données (RGPD)¹²³.

Une AIPD doit obligatoirement être menée quand le traitement est « susceptible d'engendrer un risque élevé pour les droits et libertés des personnes concernées » :

- que le traitement envisagé figure dans la liste des types d'opérations de traitement pour lesquelles la CNIL a estimé obligatoire de réaliser une analyse d'impact¹²⁴
- ou qu'il remplisse au moins deux des neuf critères suivants : 1/ évaluation/ scoring (y compris le profilage) ; 2/ décision automatique avec effet légal ou similaire ; 3/ surveillance systématique ; 4/ collecte de données sensibles ou données à caractère hautement personnel ; 5/ collecte de données personnelles à large échelle ; 6/ croisement de données ; 7/ personnes vulnérables (patients,

¹²² <https://www.cnil.fr/fr/cnil-direct/question/lutte-contre-les-fautes-abus-et-fraudes-par-lassurance-maladie-obligatoire>

¹²³ <https://www.cnil.fr/fr/RGPD-analyse-impact-protection-des-donnees-aipd>

¹²⁴ Par exemple :

- Traitements de données de santé mis en œuvre par les établissements de santé ou les établissements médico-sociaux pour la prise en charge des personnes (traitements « de santé » mis en œuvre par les établissements de santé : dossier « patients » ; algorithmes de prise de décision médicale ; dispositifs de vigilances sanitaires et de gestion du risque ; dispositifs de télémédecine ; gestion du laboratoire de biologie médicale et de la pharmacie à usage intérieur, etc. - traitement portant sur les dossiers des résidents pris en charge par un CCAS ou par un EPHAD)...
- Traitements de données de localisation à large échelle (application mobile permettant de collecter les données de géolocalisation des utilisateurs ; fourniture d'un service de géolocalisation de mobilité urbaine utilisé par un grand nombre de personnes ; base de données « clients » des opérateurs de communication électronique ; mise en œuvre d'un système de billettique par des opérateurs de transport...)

personnes âgées, enfants, etc.); 8/ usage innovant (utilisation d'une nouvelle technologie); 9/ exclusion du bénéfice d'un droit/contrat.

L'AIPD se décompose en trois parties :

- Une description systématique des opérations de traitement envisagées et les finalités du traitement ;
- Une évaluation de la nécessité et de la proportionnalité des opérations de traitement au regard des finalités (finalité, données et durées de conservation, information et droits des personnes, etc.)
- Une étude, de nature plus technique, des risques sur la sécurité des données (confidentialité, intégrité et disponibilité) ainsi que leurs impacts potentiels sur la vie privée, qui permet de déterminer les mesures techniques et organisationnelles nécessaires pour protéger les données.

Une AIPD peut concerner un seul traitement ou un ensemble de traitements similaires.

Il n'y a aucune obligation de publication. Toutefois, l'AIPD peut aboutir à la production d'un rapport ou d'un résumé, pouvant être partagé, publié, communiqué. « Cette bonne pratique contribue à améliorer la confiance entre les parties prenantes »¹²⁵.

Un registre des traitements recense l'ensemble des traitements mis en œuvre dans l'organisme : ce registre permet de recenser les traitements de données et de disposer d'une vue d'ensemble de ce que le responsable de traitement fait avec les données personnelles. Il permet notamment d'identifier : les parties prenantes (responsables ou co-responsables du traitement, sous-traitants) ; les catégories de données traitées ; à quoi servent ces données, qui y accède et à qui elles sont communiquées ; combien de temps les données personnelles sont conservées ; comment elles sont sécurisées¹²⁶. Toute modification apportée aux conditions de mise en œuvre de chaque traitement inscrit au registre (nouvelle donnée collectée, allongement de la durée de conservation, nouveau destinataire du traitement, etc.) doit être portée au registre. Le registre doit pouvoir être communiqué à la CNIL lorsqu'elle le demande. Elle peut en particulier l'utiliser dans le cadre de sa mission de contrôle des traitements de données.

Si, dans le cas général, les organismes du secteur public sont tenus de communiquer le registre à toute personne qui en fait la demande¹²⁷, en matière de fraude, l'article L311-5 du CRPA dispose que ne sont pas communicables les documents administratifs dont la consultation ou la communication porterait atteinte « à la recherche et à la prévention, par les services compétents, d'infractions de toute nature ».

Le délégué à la protection des données (DPD) est chargé de piloter la conformité au règlement européen sur la protection des données au sein de l'organisme qui l'a désigné, s'agissant de l'ensemble des traitements mis en œuvre par cet organisme¹²⁸. La désignation d'un délégué est obligatoire pour les autorités ou les organismes publics.

« Chef d'orchestre » de la conformité en matière de protection des données au sein de son organisme, le délégué à la protection des données est principalement chargé : 1/ d'informer et de

¹²⁵ <https://www.cnil.fr/fr/RGPD-analyse-impact-protection-des-donnees-aipd>

¹²⁶ Pour chaque activité de traitement, la fiche de registre doit comporter au moins les éléments suivants : le cas échéant, le nom et les coordonnées du responsable conjoint du traitement [lorsque deux responsables du traitement ou plus déterminent conjointement les finalités et les moyens du traitement mis en œuvre], les finalités du traitement, l'objectif en vue duquel sont collectées ces données, les catégories de personnes concernées (client, prospect, employé, etc.), les catégories de données personnelles (exemples : identité, situation familiale, économique ou financière, données bancaires, données de connexion, données de localisation, etc.), les catégories de destinataires auxquels les données à caractère personnel ont été ou seront communiquées, y compris les sous-traitants, les transferts de données à caractère personnel vers un pays tiers ou à une organisation internationale et, dans certains cas très particuliers, les garanties prévues pour ces transferts ; les délais prévus pour l'effacement des différentes catégories de données, c'est-à-dire la durée de conservation, ou à défaut les critères permettant de la déterminer; dans la mesure du possible, une description générale des mesures de sécurité techniques et organisationnelles mises en œuvre.

¹²⁷ Dès lors qu'il s'agit d'un document administratif, communicable à tous au sens du code des relations entre le public et l'administration.

¹²⁸ Devenir délégué à la protection des données | CNIL

conseiller le responsable de traitement ou le sous-traitant, ainsi que leurs employés¹²⁹ ; 2/ de contrôler le respect de la réglementation en matière de protection des données (RGPD, droit national, etc.) ; 3/ de conseiller l'organisme sur la réalisation d'une analyse d'impact relative à la protection des données et d'en vérifier l'exécution ; 4/ de coopérer avec l'autorité de contrôle et d'être le point de contact de celle-ci (voir question ci-après) ; 5/ d'être le point de contact des personnes concernées. Il peut être chargé de la tenue du registre des traitements.

Le délégué n'est pas responsable en cas de non-respect du règlement. C'est le responsable du traitement ou le sous-traitant qui est tenu de s'assurer et être en mesure de démontrer que le traitement est effectué conformément à la réglementation.

¹²⁹ NB : le délégué n'est pas responsable en cas de non-respect du règlement. C'est le responsable du traitement (RT) ou le sous-traitant (ST) qui est tenu de s'assurer et être en mesure de démontrer que le traitement est effectué conformément à la réglementation.

■ ANNEXE 4 : QUELQUES ELEMENTS HISTORIQUES SUR LE DEVELOPPEMENT DU DATAMINING AU SEIN DE LA PROTECTION SOCIALE DANS LE CADRE DE LA LUTTE CONTRE LA FRAUDE

Le datamining s'est déployé progressivement dans la sphère sociale à compter des années 2000¹³⁰.

■ Le développement du datamining à la CNAF¹³¹

Le datamining a été développé dans les Caf en plusieurs étapes :

- À compter de 2004 : la Caf de Dijon puis la Caf de Bordeaux s'intéressent aux méthodes de datamining au titre des contrôles relatifs aux fraudes en réseau aux aides au logement. Le dispositif s'appuie sur une base de données de quelques milliers de dossiers (observations de cas réels de la seule Caf de la Gironde, mais modèle testé pour des ciblage en Gironde, puis dans quelques Caf-test).
- 2010 : expérimentation menée auprès de dix-sept Caf volontaires avec pour objet de sélectionner les modèles de datamining les plus performants et d'organiser la mise en production ainsi que le pilotage de ces nouveaux modes de contrôle ; cette expérimentation, menée par la CNAF de septembre 2010 à janvier 2011 confirme l'efficacité du datamining par rapport aux contrôles traditionnels (au moins 50% d'indus supplémentaires détectés¹³²). La CNAF souligne que, dès cette phase, la cible de recherche porte sur le paiement à bon droit – et non sur les seules fraudes.
- 2010 : délibération de la CNIL¹³³.

¹³⁰ Les travaux interministériels ont été pilotés par la DNLF – qui a créé en 2013 un groupe de travail sur ce sujet, regroupant l'ensemble des administrations financières et des organismes de protection sociale. Dans ce cadre, un guide méthodologique a été bâti, listant les conditions de réussite d'un projet de datamining (définition des objectifs, mobilisation des compétences, sélection des données à utiliser, choix des modèles statistiques et/ou économétriques, démarches CNIL, phase d'expérimentation, évaluation de l'efficacité du modèle, conduite du changement, adaptation des modèles dans le temps...). Une feuille de route interministérielle a été proposée, prévoyant le développement d'expérimentations de façon à généraliser les techniques de datamining à l'ensemble des acteurs impliqués dans la lutte contre la fraude.

https://www.economie.gouv.fr/files/files/directions_services/micaf/DNLF_Bilan%202013.pdf?v=1671706195

¹³¹ CHEVALLIER Ange, TAUBER Géraldine, Big data et protection sociale : au-delà de la lutte contre la fraude, des opportunités à saisir pour améliorer l'accès aux droits, *Regards* (2017), <https://en3s.fr/articles-regards/52/CHEVALLIER.pdf>

¹³² DNLF, Lutte contre la fraude, Bilan 2010.

¹³³ Délibération n°2010-086 du 25 mars 2010 autorisant la mise en œuvre par la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF) d'un traitement de données à caractère personnel ayant pour finalité l'amélioration du ciblage des comptes allocataires à contrôler par les Caisses d'allocations familiales. La délibération précise : « [Le traitement (« datamining ») s'inscrit dans le cadre de la lutte contre la fraude. Il a pour objectif d'améliorer le ciblage des dossiers allocataires à contrôler sans modifier la procédure de contrôle vis-à-vis de l'utilisateur. A cet effet, il crée un outil permettant de détecter dans les dossiers des allocataires les corrélations existantes entre les dossiers à risque (comportements types des fraudeurs). Le logiciel de « datamining » croise les données pour découvrir des liens entre les dossiers de fraude. La mise en place de cet outil comporte plusieurs étapes : la première étape consiste à réaliser un modèle statistique de détection des fraudes en utilisant la base de données anonymisées gérée par la CNAF « Allnat ». L'outil de « datamining » analyse ces données et détermine les profils de dossiers présentant des risques de fraude ; la seconde étape a pour objet de déployer dans l'ensemble des CAF cet outil pour réaliser des requêtes ; la troisième étape consiste à appliquer le modèle aux bases de données locales de chaque CAF pour cibler les dossiers à contrôler en fonction d'un score de risque.

- 2011 : généralisation à l'ensemble des Caf.
- 2013 : intégration dans la COG.

■ Le développement du datamining à la CNAM

- 2011 : Délibération de la CNIL n°2011-154 du 26 mai 2011 autorisant la mise en œuvre par la CNAM d'un traitement automatisé de données à caractère personnel ayant pour finalité l'expérimentation d'un programme de détection des fraudes à la CMUC (Datamining). L'objectif est d'établir « *un score de risque de fraude (...) à chaque bénéficiaire de la CMUC ayant eu des remboursements de soins. [Les résultats] ne constituent qu'une aide à la décision, aucune action ne sera engagée sans des investigations préalables permettant de conclure à la réalité des preuves matérielles de fraude* ».
- 2011-2012 : Expérimentation de datamining conduite avec la CRAMIF puis avec la région Nord Pas de Calais, en vue de repérer les profils susceptibles de frauder. Les résultats de l'expérimentation n'étant pas concluants (faute d'échantillon significatif de fraudeurs à une échelle régionale), le « datamining » est élargi en 2012 aux 100 Cpm en vue d'identifier un profil type de fraudes et abus et de mener une expérimentation du datamining sur les indemnités journalières et la CMU-C.
- 2014 : Expérimentation sur le périmètre des indemnités journalières, de la CMU-C, des transports sanitaires et des soins infirmiers. Ces travaux aboutissent uniquement sur le champ de la CMU-C en 2019.
- 2015 : Le réseau se dote de l'outil « profileur », qui permet de mener des actions de datamining à l'égard des professionnels de santé.
- 2017 : Développement d'un modèle de datamining afin de mieux identifier la fraude à l'obtention des droits. Après une expérimentation en 2018 dans 16 caisses du réseau, il est étendu à l'ensemble du territoire en 2019.
- 2020 : Engagement de travaux pour les médicaments et les dispositifs médicaux.
- 2021 : Déploiement de dispositifs de contrôle annuel basé sur les technologies du datamining en matière de C2S, relativement aux comportements atypiques des infirmiers libéraux, avec

L'attribution de ce score à chaque dossier varie en fonction de son degré de similitude avec le modèle. Les dossiers présentant les plus forts risques de fraude sont proposés, en priorité, pour un contrôle selon la procédure habituelle.

A l'issue des contrôles effectués par les agents habilités de la caisse concernée, un code particulier dénommé « suspicion de fraude » est inséré dans les dossiers des allocataires pour lesquels une fraude est suspectée. Si la fraude est retenue, un code fraude est inséré dans l'application de gestion des prestations familiales et de l'action sociale (CRISTAL). Les fraudes sont classées en quatre catégories : les actes d'omission et de fausse déclaration (code 641), les fraudes à l'isolement (code 642) qui sont propres aux prestations pour parents isolés, les faux et usage de faux (code 643) et les escroqueries (code 644).

Conformément à l'article 10 de la loi du 6 janvier 1978, le résultat ne peut avoir, en toute hypothèse, qu'un caractère indicatif. Le dossier est en effet soumis à une commission administrative « fraude » qui propose soit de ne pas retenir la fraude, soit de la retenir avec diverses options : la fraude pourra être retenue sans pénalité mais avec envoi d'une lettre d'avertissement, ou avec signalement au parquet, ou avec application des pénalités, ou suspension de l'aide au logement, enfin le cas échéant, avec dépôt de plainte. Si la fraude n'est pas retenue par le directeur, il y a effacement sans délai du code suspicion dans la base précitée CRISTAL. Les cas de fraudes font ensuite l'objet d'une anonymisation avant de figurer dans la base de données statistiques « Allnat » servant à la création des modèles de datamining ».

l'objectif d'étendre cet outil à d'autres professions de santé dès 2023 datamining ou ciblage¹³⁴.

■ Le développement du datamining à la Cnav

2014-2017 : La COG 2014-2017 prévoit la mise en place au sein de la CNAV d'un projet expérimental pour tester la démarche de datamining et un outil associé pour développer les pratiques d'extraction et d'analyse des données permettant d'identifier les profils à risque.

L'objectif du projet est de :

- renforcer la capacité de ciblage des requêtes menées à l'échelle nationale sur les bases de données CNAV, notamment en vue d'accroître le taux d'efficacité ;
- industrialiser la détection à partir de modélisation de comportements avérés présents dans la Base nationale de signalement de fraude ;
- détecter des signaux faibles à impact maximal dans les données ;
- rendre autonome le métier dans ses besoins et limiter le recours à des profils statisticiens.

Compte tenu de ces objectifs, la solution retenue a été une solution de machine learning.

2016 : Les travaux ont été conduits entre juin et octobre 2016 par le métier (volet fonctionnel) et le Centre technique de Lille (volet SI). Ils ont porté notamment sur la définition du périmètre (résidence, existence); la définition des règles métier de suspicion¹³⁵.

Depuis 2022 : Reprise des travaux de détection de fraude à l'assurance retraite à partir de modèles de datamining. Les probabilités obtenues en sortie du modèle ont été intégrées aux campagnes annuelles de contrôle a posteriori¹³⁶ en 2022 et 2023 (à partir des seuls signalements métiers dans le premier cas, des caractéristiques démographiques ont été ajoutées dans le second cas). Ces campagnes de contrôle reposent sur l'identification des dossiers comportant des atypies/signalements. Le traitement de ces atypies aboutit après enquête à la détection dans certain cas d'un manquement involontaire de l'assuré dans ses obligations déclaratives ou d'une fraude. Les atypies jugées les plus à risque par le métier sont sélectionnées pour un contrôle prioritairement. Le métier peut utiliser les probabilités de fraude en plus des indicateurs métiers (score maximum des signalements de l'assuré et score total correspondant à la somme des scores de signalements de l'assuré). Le modèle de datamining intervient donc en complément des travaux déjà menés par la CNAV.

■ Le développement du datamining à France Travail

- 2014 : Première phase pilote auprès de quatre régions est construite afin de mettre au point la modélisation statistique¹³⁷.
- 2014-2016 : Deuxième phase auprès de huit régions afin de tester l'outil mis à disposition des auditeurs régionaux. « *Un bilan synthétique de la première expérience de data mining au service de la lutte contre la fraude (...) a été réalisé et présenté au Comité d'audit et des comptes de Pôle*

¹³⁴ <https://assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/2022-09-30-dp-lutte-contre-la-fraude-Assurance-Maladie.pdf>

¹³⁵ DNL Bilan 2016.

¹³⁶ Campagne OCDC (Outil de ciblage des dossiers à contrôler).

¹³⁷ DNL Bilan 2014.

Emploi le 20 novembre 2015. (...) Les tests sur les premiers modèles ont abouti à des scores encore faibles. (...) Pour répondre [aux] différents enjeux, Pôle Emploi a lancé en novembre 2015 un programme stratégique intitulé « Valorisation des données » ayant pour objectifs d'installer les fondamentaux pour une valorisation efficiente des données à Pôle Emploi et de développer des premiers « cas d'usage » sur des populations distinctes.»¹³⁸ « Sur la base des travaux réalisés lors de l'expérimentation « valorisation des données-cas d'usage fraude » du premier semestre 2016, une solution informatique de type data mining a été acquise permettant, en plus de l'incrémentation et de l'exploitation de règles métier, l'automatisation de la détection de fraude en réseau et la mise en évidence de systèmes relationnels entre les différentes variables présentes dans le datamart »¹³⁹.

2018 : Premier cas d'usage : détection des ouvertures de droit à indemnisation du fait d'un emploi fictif.

2020 : D'autres modèles de datamining sont élaborés : élargissement de la détection d'emplois fictifs aux annexes 8 et 10 du règlement d'indemnisation du chômage (professions de la production cinématographique, de l'audiovisuel ou du spectacle) ; fraudes à l'identité ; fraudes déjouées ; fraudes à la résidence ; fraude aux documents³⁹ de portabilité des droits à l'indemnisation du chômage dans l'Union européenne.

■ Le développement du datamining dans la branche recouvrement

2014 : La branche du recouvrement élargit l'analyse des risques à partir de données disponibles dans les systèmes d'informations dans le but de cibler les contrôles comptables d'assiette au moyen des techniques de datamining.

2015- 2016 : L'Acossexpérimente des premiers plans de contrôle issus de modèles de machine learning. Lancée en 2015 sur le champ des PME, cette approche a été étendue aux TPE en 2016. Depuis, des listes d'entreprises TPE et PME associées à des scores de risque élevés sont transmises chaque année aux URSSAF. En 2023, plus de la moitié des contrôles comptables d'assiette opérés sur les TPE et les PME sont issus de cette approche.

2019 : L'Acosslance un projet de datamining LCTI en vue de détecter les entreprises présentant des risques de travail dissimulé. Le projet vise à identifier des critères de risque, construire un modèle de sélection de type « machine learning » et développer un outil d'aide au ciblage et aux investigations qui serait déployé dans les organismes. Les travaux s'appuient sur de nouvelles solutions de stockage et de gestion des données facilitant le traitement et le

¹³⁸ DNLFBilan 2015 2016.

¹³⁹ DNLFBilan 2016.

croisement d'informations en masse. Le groupe projet pluridisciplinaire réunit des compétences métier (inspecteur), statistiques/datascience, informatiques.

2021 : premier plan national expérimental datamining LCTI diffusé aux URSSAF visant à tester une première version de l'outil et enrichir l'apprentissage du modèle prédictif. L'ensemble des secteurs d'activité sont concernés.

2022/ 2023 : second plan national expérimental datamining Lcti. Il repose en partie sur le bilan réalisé à l'issue du plan de 2021 afin d'ajuster le modèle. Portant de nouveau sur l'ensemble des secteurs d'activité, le plan ne discrimine pas le score de risque de manière à poursuivre l'apprentissage sur un « spectre » large et évaluer la robustesse du modèle prédictif.

2024 : diffusion d'un plan national datamining LCTI portant sur les entreprises présentant un score de risque élevé. En parallèle est déployé mis à disposition du réseau une nouvelle version de l'outil d'aide au ciblage et aux investigations : avec des requêtes préexistantes, il est destiné à faciliter les investigations des inspecteurs en agrégeant toutes les données utiles et pertinentes et propose une ergonomie permettant d'appréhender immédiatement les zones de risques des dossiers. Une démarche EIVP (Etude d'impact sur la vie privée) a été conduite en amont avec le DPO de l'URSSAF Caisse nationale et s'est révélée concluante.

■ Le développement du datamining à la CCMSA

2016-2020 : La COG 2016-2020 prévoit qu'à compter de 2017 la MSA conduise des actions de contrôles externes sur la base de requêtes datamining afin d'améliorer le ciblage.

2017 : la MSA développe de premiers modèles de datamining pour le ciblage des entreprises.

2019 : lancement d'une première expérimentation de contrôles externes pour le CCA au sein d'un nombre limité de caisses de MSA.

2021 : la COG 2021-2025 prévoit la construction de plans nationaux de datamining conduisant à augmenter la part des contrôles réalisée à partir de cette démarche. Suite au bilan positif de l'expérimentation, généralisation de plans de CCA par datamining.

2022 : poursuite des plans datamining pour le CCA et élargissement de la démarche par le lancement de la première campagne de ciblage par datamining sur les prestations familiales.

■ ■ ■ ANNEXE 4 : L'INFORMATION SUR LES ALGORITHMES, DES PRATIQUES DIFFÉRENTES SELON LES ORGANISMES

Page « informatique et libertés » du site Caf.fr (sommaire)

Informatique et libertés

Pour remplir leurs missions, la Caisse nationale des Allocations familiales et les caisses d'Allocations familiales disposent de moyens informatiques et mettent en œuvre des traitements de données à caractère personnel

- 1- Délibérations CNIL et actes réglementaires relatifs aux traitements à caractère national des Caf
- 2- Autres traitements de données personnelles à caractère national mis en œuvre par les Caf
- 3- Conditions générales d'utilisation de l'Espace Mon Compte
- 4- Durées de conservation
- 5- Demandes de droits au titre de la loi Informatique et Libertés
- 6- Homologation RGS des téléseuices
- 7- Utilisation de cookies
- 8- Répertoire national commun de la protection sociale (Rncps)
- 9- Authentification et immatriculation

<https://www.caf.fr/nous-connaître/informatique-et-libertes>

Page « informatique et libertés du site cnav.fr (sommaire)

The screenshot shows the header of the 'l'assurance retraite' website with navigation links 'Je suis actif' and 'Je suis retraité', and a search bar. The breadcrumb trail is 'Accueil > Informatique et Libertés'. The main heading is 'Informatique et Libertés'. Below it are buttons for 'Ecouter' and 'Partager'. The text states: 'L'Assurance retraite s'engage à assurer la protection, la confidentialité et la sécurité de vos données personnelles dans le respect de votre vie privée et à traiter ces données conformément à la législation en vigueur :'. It lists two bullet points: 'la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés ;' and 'le règlement européen (UE) 2016/679 du 27 avril 2016 relatif à la protection des données personnelles (RGPD)'. At the bottom, there are three links: 'Pourquoi l'Assurance retraite utilise-t-elle vos données personnelles ?', 'Quels sont vos droits sur vos données personnelles ?', and 'Qui contacter pour exercer vos droits ?'.

<https://www.lassuranceretraite.fr/portail-info/sites/pub/hors-menu/footer/informatique-libertes.html>

Pôle emploi

Accueil / Candidat

Partager

Algorithmes

Tout savoir sur les algorithmes publiés par Pôle emploi.

En application des articles L.311-3-1 et L.312-1-3 du code des relations entre le public et l'administration, vous pouvez consulter, ci-dessous, les règles et grandes caractéristiques des algorithmes intervenant dans l'élaboration des principales décisions individuelles prises par Pôle emploi dans l'exercice de ses missions de service public. Ces algorithmes sont la traduction de la réglementation en vigueur. Pour toute question concernant votre situation, vous êtes invité à contacter votre conseiller.

A CONSULTER

Exemple de l'allocation d'aide au retour à l'emploi (ARE)



« L'étude du droit à l'allocation d'aide au retour à l'emploi (ARE) est un examen qui intervient, selon les situations, sur votre demande ou d'office. Les données traitées sont des données d'identification et des données professionnelles issues des éléments que vous avez déclarés à Pôle emploi, des données et attestations fournies par votre ou vos employeurs, les organismes de protection sociale et, le cas échéant, d'autres administrations publiques. La décision est prise de façon automatique si la situation ne nécessite pas un examen particulier (dans ce cas, un conseiller intervient). Dans ce cadre, il est vérifié que vous remplissez les conditions d'attribution de l'ARE. Sont ensuite déterminés le montant de votre allocation journalière, la durée de l'indemnisation et le point de départ de l'indemnisation ».

Sur les conditions d'attribution : « Il est notamment vérifié si : • vous êtes inscrit comme demandeur d'emploi ; • votre droit précédent à l'ARE est épuisé ou ne peut pas être repris ; • vous avez perdu une activité salariée (un ou plusieurs contrats de travail) dans les 12 mois qui précèdent votre inscription comme demandeur d'emploi (hors cas d'allongement), si la demande intervient dans le cadre de l'inscription, et, en tout état de cause, postérieurement à une précédente ouverture de droit ; • cette activité professionnelle est attestée par l'employeur (attestation destinée à Pôle emploi ou déclaration sociale nominative faite par l'employeur) ; • cette activité professionnelle a été exercée en France, sauf cas particulier ; • vous n'avez pas atteint l'âge légal de départ en retraite à taux plein ; • selon la nature des activités exercées, vous relevez du régime général d'assurance chômage ou de l'un des règlements annexés ; • pour le régime général, vous avez travaillé une durée minimale fixée par la réglementation, dénommée « durée d'affiliation », (avec assimilation possible de certaines

périodes de formation) au cours des 24 ou 36 mois qui précèdent la cessation de cette activité (selon l'âge à la date de fin du dernier contrat de travail) (...) »¹⁴⁰.

CNAM

Sujets traités par la CNAM¹⁴¹

La gestion des droits, des frais de santé et des prestations dont vous bénéficiez	▼
La gestion des actions de prévention, de coordination des soins et informations sur les risques sanitaires	▼
L'accompagnement aux droits et aux soins, les interventions du service social	▼
La gestion des services nécessaires à l'activité des professionnels et des établissements de santé	▼
La gestion de la relation avec les employeurs et la prévention des risques professionnels	▼
La lutte contre les fraudes, les fautes et les abus	▼
L'offre de services dématérialisés	▼
La gestion des situations d'urgence ou de crise sanitaire	▼

Exemple de traitement sur la gestion des droits, des frais de santé et des prestations ¹⁴²:

« Pour gérer l'accès aux droits et aux soins ainsi que la relation avec ses publics, l'Assurance Maladie recueille et utilise certaines données personnelles dans le cadre de ses obligations légales ou de ses missions d'intérêt public.

Pour les assurés, il s'agit des données : d'identification et de contact ; relatives aux droits et à l'exécution des prestations ; relatives à la santé dont les données concernant les soins et prestations, données de codage ; relatives à la situation professionnelle ou personnelle ; financières ou bancaire (...).

La présentation des collectes de données utilisées dans le cadre de la fraude par la CNAM

« Pour garantir un égal accès aux droits et à des soins de qualité, l'Assurance Maladie doit veiller à la bonne utilisation des ressources collectives. Dans le cadre de sa mission d'intérêt public, elle effectue les contrôles nécessaires à la lutte contre les fraudes, les fautes et les abus. Ses actions concernent aussi bien les assurés et bénéficiaires que les offreurs de soins et les prestataires de biens et de services ainsi que les employeurs.

Pour mener à bien cette mission, l'Assurance Maladie recueille et utilise des données personnelles suivantes :

Pour les assurés et bénéficiaires, il s'agit des données : d'identification et de contact ; relatives aux droits ; de consommation de soins et produits de santé, actes réalisés, remboursement des frais de santé ; relatives à la pathologie en cas de contrôle par le service médical ; relatives au lieu de délivrance des soins et au parcours de soins ; de revenus de substitution (prestations en espèces) ; de

¹⁴⁰ <https://www.pole-emploi.fr/candidat/algorithmes.html>

¹⁴¹ https://www.ameli.fr/assure/protection-donnees-personnelles#text_164796

¹⁴² https://www.ameli.fr/assure/protection-donnees-personnelles#text_164796

situation professionnelle ou personnelle (foyer) ; relatives à un accident du travail ou à une maladie professionnelle ; financières et bancaires, dont la déclaration de ressources.

Pour les employeurs, il s'agit des données : d'identification et de contact ; des éléments sur les accidents du travail et maladies professionnelles ; des données financières afférentes ; des salaires versés aux salariés ; des données financières des travailleurs indépendants.

Pour les offreurs de soins et les prestataires de biens et de services, il s'agit des données : d'identification et de contact ; liées à leur activité professionnelle et celles de leurs salariés et/ou représentants légaux ; liées à la catégorie, la spécialité, le secteur, les modalités d'exercice des professionnels de santé, établissements, fournisseurs et autres prestataires ; de facturation.

Pour les assurés et bénéficiaires, les offreurs de soins et les prestataires de biens et de services ainsi que les employeurs : informations décrivant les caractéristiques des fraudes, fautes ou abus dont les modalités de détection, le montant du préjudice, les actions engagées, les manquements, les sanctions. Pour les victimes, les témoins, les complices ou les coauteurs potentiels : les données collectées sont celles liées à l'identification si l'information est nécessaire à l'enquête.

Ces données collectées sont nécessaires pour : détecter et exploiter les signalements ou suspicions de fraudes, fautes ou abus ; mieux cibler les contrôles en utilisant notamment des technologies spécifiques comme le datamining ; mener les investigations et les contrôles ; échanger avec les organismes concernés dans le cadre prévu par les textes ; calculer les montants des préjudices et sanctions ; engager les actions contentieuses ou mesures d'accompagnement ; réaliser des statistiques pour effectuer le pilotage ou la mise en œuvre de politiques.

Seuls les agents de l'Assurance Maladie soumis au secret professionnel peuvent accéder aux données. Elles ne peuvent être transmises qu'à des destinataires déterminés, des organismes de protection sociale ou autres administrations compétentes en matière de lutte contre la fraude.

En complément de cette information générale, les personnes concernées sont informées individuellement pour être en mesure d'apporter des observations, dans le respect du contradictoire. Les modalités d'information diffèrent selon l'issue des investigations.

Les informations sont conservées un an pour les dossiers classés sans suite et au maximum 5 ans pour la gestion et le suivi des alertes et signalements. En cas de contentieux, elles sont conservées 5 ans après la décision définitive.

Vous pouvez obtenir plus de détails sur les missions de l'Assurance Maladie en matière de lutte contre la fraude et les abus en consultant les textes de référence ainsi que la charte des contrôles sur l'espace professionnels de santé sur ameli et les mentions d'information détaillées (...) ».



ANNEXES AU CHAPITRE 6 - PROTÉGER LES USAGERS DU SERVICE PUBLIC DE LA SÉCURITÉ SOCIALE DES RISQUES D'USURPATION D'IDENTITÉ



ANNEXE 1 : UN EXEMPLE D'HAMEÇONNAGE À L'ASSURANCE MALADIE : L'HAMEÇONNAGE AU RENOUVELLEMENT DE LA CARTE VITALE

L'hameçonnage au renouvellement de carte Vitale¹⁴³

Cette forme d'hameçonnage prend la forme d'un message de demande de mise à jour des informations liées à la carte Vitale de la victime ou bien la disponibilité d'une nouvelle carte à récupérer. En pratique, les escrocs usurent dans ces messages l'identité de l'Assurance Maladie mais aussi celle du site Service-Public.fr, qui est le portail officiel de l'administration. Dans de nombreux

¹⁴³ [L'hameçonnage aux couleurs d'Ameli / Carte Vitale - Assistance aux victimes de cybermalveillance](#), 2021.

cas les victimes sont incitées à récupérer une pseudo nouvelle carte Vitale «V3» ou «V4», voire une «carte européenne d'assurance maladie».

Exemples de message frauduleux



Comme pour l'escroquerie au faux remboursement, le message d'hameçonnage au renouvellement de carte Vitale contient un lien qui redirige la victime vers un site Internet trompeur créé par des escrocs :

A screenshot of a fraudulent website mimicking the Ameli website. The header includes 'ASSURE', 'PROFESSIONNEL DE SANTÉ', and 'ENTREPRISE'. The main navigation bar has 'ACTUALITÉS', 'COVID-19 Coronavirus', 'DROITS ET DÉMARCHES selon votre situation', 'REMBOURSEMENTS prestations et aides', and 'SANTÉ comprendre et agir'. The page title is 'Assurance Maladie Mise à jour carte vitale'. The main content area is titled 'METTRE À JOUR VOTRE CARTE VITALE'. It contains a form with fields for 'Nom', 'Prénom', 'Date de naissance' (with dropdowns for 'Jour', 'Mois', 'Année'), and 'Adresse email'. A 'VALIDER' button is at the bottom left. To the right, there is a section titled 'Qu'est-ce que la carte Vitale ?' with a central image of a Vitale card and four icons: 'Une carte personnelle', 'Strictement confidentielle et sécurisée', 'Gratuite', and 'Valable partout en France'.

Site Internet frauduleux aux couleurs d'Ameli

Après avoir renseigné certaines informations personnelles, la victime est invitée à choisir un mode de livraison pour l'acheminement de la carte. Plusieurs entreprises de transport sont proposées :

ASSURÉPROFESSIONNEL DE SANTÉENTREPRISE



pour les assurés

VOTRE CAISSE : Paris

CHANGER

ACTUALITÉS

COVID-19
Coronavirus

DROITS ET DÉMARCHES
selon votre situation

REMBOURSEMENTS
prestations et aides

SANTÉ
comprendre et agir

Assurance Maladie / Mise à jour carte vitale V3

TRANSPORT

Bénéficiaire :

Date de la demande : 16/12/22 à 16:01

Informations

Adresse

Frais de port

Paiement

Nous vous proposons plusieurs solutions d'envoi postale pour obtenir votre nouvelle carte vitale le plus rapidement possible. Veuillez choisir le transporteur de votre choix.

Transporteur	Informations	Prix
 LA POSTE	La Poste, livraison sous 3 à 5 jours ouvrés	0,95€ TTC
 chronopost	Chronopost Express, livraison sous 1 à 2 jours ouvrés	1,90€ TTC

PROCÉDER AU PAIEMENT

Page frauduleuse aux couleurs d'Ameli avec demande de choix de l'entreprise de transport

Après ce choix, la victime est invitée à régler le montant des frais de livraison en indiquant ses coordonnées de carte bancaire :

147

ASSURÉ

PROFESSIONNEL DE SANTÉ

ENTREPRISE



pour les assurés

VERSION CONTRASTÉE

VOTRE CAISSE : Paris

CHANGER

ACTUALITÉS

COVID-19
Coronavirus

DROITS ET DÉMARCHES
selon votre situation

REMBOURSEMENTS
prestations et aides

SANTÉ
comprendre et agir

Assurance Maladie Mise à jour carte vitale V3

CHOISISSEZ VOTRE MODE DE PAIEMENT

Numéro de commande : FR5284564747511147

Total à payer : 0,75 € TTC

Bénéficiaire : Assurance Maladie

Identifiez-vous

Adresse

Frais de port

Paiement

Payer avec :





Titulaire de la carte (*)

Veuillez entrer le nom du titulaire de la carte.

Numéro de la carte (*)

**** * * * *

Date d'expiration (MM/AA)

MM/AA

Cryptogramme(3 chiffres)

OUI, JE CONFIRME MON PAIEMENT

Vous allez accéder au Paiement 100% sécurisé

Afin de garantir votre sécurité lors de votre paiement par carte bancaire, Assurance Maladie utilise la fonction 3D Secure.

Après avoir validé vos coordonnées bancaires, vous allez être redirigé vers le site de votre banque.

Verified by VISA

MasterCard SecureCode



AGIR ENSEMBLE. PROTÉGER CHACUN

VOTRE SANTÉ EST PRÉCIEUSE, VOTRE CARTE EST VITALE



Présentez la systématiquement à un professionnel de santé.

Mettez-la à jour au moins une fois par an sur une borne située dans nos accueils ou dans une pharmacie. Pensez également à la mettre à jour lors de tout changement de situation vous concernant ou relatif à vos ayants-droit.

Si, exceptionnellement, une feuille de soins vous est remise, vous devez impérativement la compléter, la signer et joindre la prescription pour les frais de pharmacie et de laboratoire.

Plus d'informations sur ameli.fr rubrique Carte Vitale





Page frauduleuse aux couleurs d'Ameli avec demande d'informations bancaires

148

■ ■ ANNEXE 2 : L'INFORMATION SUR LES RISQUES D'USURPATION D'IDENTITE EFFECTUEE PAR LA CNAM SUR SON SITE INTERNET AMELI

Attention aux appels, courriels et SMS frauduleux¹⁴⁴ -

L'Assurance Maladie met en garde les assurés sociaux contre des appels téléphoniques frauduleux et contre l'envoi de courriels et de SMS frauduleux. Soyez vigilant ! Comment reconnaître ces sollicitations ? Quels sont les bons réflexes à adopter pour s'en protéger ? L'Assurance Maladie vous donne quelques conseils.

ATTENTION AUX APPELS TÉLÉPHONIQUES FRAUDULEUX

Des démarchages frauduleux par téléphone qui usurpent le nom de l'Assurance Maladie existent.

Par exemple, lors d'un appel téléphonique se présentant comme provenant de l'Assurance Maladie, l'émetteur de l'appel laissera un message sur votre répondeur vous demandant de rappeler votre CPAM à un numéro différent du 3646. Son but est de vous faire appeler un numéro fortement surtaxé dans le but de vous soutirer de l'argent indirectement. En aucun cas, vous ne devez y donner suite.

Nous vous rappelons que **seul le 3646 (service gratuit + coût de l'appel) vous permet de joindre votre CPAM** et nous vous appelons donc à la vigilance.

Bon à savoir : lorsque l'Assurance Maladie vous contacte par téléphone, le numéro de l'appelant qui s'affiche à l'écran de votre téléphone peut être : le 3646 ; le 01 78 85 70 03, pour les appels du service sophia ; le 01 87 52 00 70, pour les appels menés dans le cadre des opérations Aller vers pour la vaccination contre le Covid-19.

Que ce soit par téléphone ou par mail, l'Assurance Maladie ne vous demandera jamais votre numéro fiscal ou vos identifiants de connexions. Dans certains cas, pour sécuriser les appels, les conseillers de l'Assurance Maladie peuvent demander une partie des coordonnées bancaires (RIB) mais ils ne demanderont jamais la totalité et jamais de mot de passe, même temporaire.

ATTENTION AUX COURRIELS FRAUDULEUX

L'Assurance Maladie ne demande jamais la communication d'éléments personnels (informations médicales, numéro de sécurité sociale ou coordonnées bancaires) par e-mail en dehors de l'espace sécurisé du compte ameli. Tous les messages de ce type en dehors de l'espace du compte ameli sont des tentatives de « phishing », hameçonnage en français.

Attention, ceci est une escroquerie en ligne, en aucun cas vous ne devez y répondre !

Soyez vigilant ! Cette technique d'escroquerie en ligne est très utilisée. Les escrocs cherchent à obtenir des informations confidentielles afin de s'en servir.

Pour plus d'informations sur ce piratage et savoir comment vous en protéger : consultez le site cybermalveillance.gouv.fr.

Pour signaler un contenu illicite : connectez-vous sur le portail officiel de signalement de contenus illicites [Internet-signalement.gouv.fr](https://internet-signalement.gouv.fr).

¹⁴⁴ CNAM – Ameli - 14 février 2023.

■ ■ ANNEXE 3 : L'INFORMATION SUR LES RISQUES D'USURPATION D'IDENTITE EFFECTUEE PAR LA CNAF SUR SON SITE INTERNET CAF.FR

« Ils se font passer pour la Caf dans l'espoir d'arnaquer les allocataires. Comment reconnaître et déjouer les attaques de phishing (ou hameçonnage)¹⁴⁵ ?

Par mail, Sms, site web ou appel téléphonique, le phishing utilise tous les canaux pour appâter et arnaquer le plus grand nombre de personnes possible. Le principe est simple : en se faisant passer pour votre Caf, les « hameçonneurs » dérobent des informations personnelles (données bancaires, numéro d'allocataire, mot de passe...) dans le but de détourner des fonds. En général, ces personnes malveillantes demandent à leur cible de mettre à jour leurs données personnelles ou les informent qu'une prestation leur est due. En cliquant sur le lien, un site qui copie le caf.fr apparaît et invite à renseigner ses données personnelles. En cliquant sur « Envoi », celles-ci sont adressées à un tiers, peuvent être revendues et entraîner le piratage de vos comptes.

Une arnaque à plusieurs visages

Ces tentatives de phishing existent sous plusieurs formes. Nous vous conseillons d'être vigilants et d'observer quelques règles. Sachez que la Caf ne demande jamais de mot de passe en dehors de votre espace « Mon Compte » sur le site caf.fr. Retenez également que seuls les liens commençant par <https://www.caf.fr> renvoient vers le site officiel des Caf. De même, le 3230 est l'unique numéro de téléphone avec lequel vous pouvez joindre la Caf. Concernant les mails et Sms, en général, l'expéditeur n'est pas identifié, c'est-à-dire que son adresse mail ne comporte pas le @caf + votre numéro de département. Évitez également, autant que possible, de vous connecter à votre compte dans des lieux de passage.

Comment réagir ?

En règle générale, il est recommandé de ne jamais communiquer vos données personnelles à des tiers. Face à des messages frauduleux, il est important de ne cliquer sur aucun lien, de n'ouvrir aucune image, aucune pièce jointe. Pour faire un geste citoyen, vous pouvez signaler ces messages frauduleux à des organismes reconnus pour lutter contre le phishing : le site signal-spam.fr pour les e-mails, le portail internet-signalement.gouv.fr pour les sites Internet et le numéro 33700 pour transférer les *Sms et messages vocaux*.*

Victime ? Ayez les bons réflexes

Si vous pensez être victime d'une arnaque ou d'un piratage de votre espace allocataire ? Contactez la Caf dans les plus brefs délais. Elle peut tout de suite vous venir en aide. Il peut également être utile de modifier votre mot de passe. Vous pouvez également porter plainte pour le préjudice subi et adresser un courrier au procureur de la République de votre commune.

¹⁴⁵ [Phishing : ne vous faites pas avoir | Bienvenue sur Caf.fr](#)

■ ■ ■ ANNEXE 4 : UN EXEMPLE D'INFORMATION SUR LES RISQUES D'USURPATION D'IDENTITE EFFECTUE PAR LA CNAV

Courriels, sites internet et appels frauduleux : soyez vigilant !

L'Assurance retraite vous met en garde contre les courriels, les sites internet et les appels frauduleux.

Les courriels

L'Assurance retraite a été informée de la circulation de courriels frauduleux. Nous vous rappelons que l'Assurance retraite et son réseau de caisses de retraite régionales (les caisses de retraite et de la santé au travail) ne demandent jamais :

- la communication d'éléments personnels par courriels en dehors de l'espace personnel sur [lassuranceretraite.fr](https://www.lassuranceretraite.fr) ;
- de contacter des numéros surtaxés ;

Tous les messages de ce type, en dehors de l'espace personnel, sont donc des tentatives de fraude. Si vous êtes destinataire d'un message qui vous semble frauduleux, vous devez vérifier l'adresse de l'expéditeur. Si celle-ci n'est pas conforme, nous vous conseillons de :

- ne pas répondre au courriel ;
- ne pas cliquer sur les liens à l'intérieur du message (ils peuvent vous rediriger vers un faux site) ;
- supprimer le message de votre boîte aux lettres.

Les sites internet

[lassuranceretraite.fr](https://www.lassuranceretraite.fr) et certains sites internet des caisses régionales font l'objet de tentatives de détournement de leurs logo et contenus à des fins commerciales. Pour vous prémunir de tout incident, nous vous invitons à :

- utiliser nos services en ligne à partir de [votre espace personnel](#), après authentification ;
- ne pas cliquer sur un lien envoyé dans un e-mail mais plutôt recopier l'adresse du site dans votre navigateur. Sachez également que la présence du « s » dans <https://www.lassuranceretraite.fr> vous garantit que vous êtes bien sur le site internet officiel de l'Assurance retraite.

Les appels frauduleux

Nous vous conseillons de rester vigilant sur le numéro fourni, si l'on vous invite à rappeler votre caisse de retraite. Pour contacter l'Assurance retraite, le numéro unique est le **39 60** (service gratuit + prix appel) ou le **+33 9 71 10 39 60** depuis l'étranger.

Si vous recevez un appel ou un sms indésirable, vous avez la possibilité de le signaler sur [la plateforme dédiée à la lutte contre les spams](#).

En résumé

Les démarches effectuées sur le site [lassuranceretraite.fr](https://www.lassuranceretraite.fr) sont entièrement gratuites ; l'Assurance retraite, ou l'une de ses caisses régionales, ne vous demandera jamais votre RIB ou votre numéro de carte bancaire par téléphone ;

[lassuranceretraite.fr](https://www.lassuranceretraite.fr) et les sites internet des caisses régionales ne comportent aucune publicité ni promotion pour toute forme de société commerciale.

■ ■ ■ ANNEXE 5 : UN EXEMPLE D'INFORMATION SUR LES RISQUES D'USURPATION D'IDENTITE EFFECTUE PAR FRANCE TRAVAIL SUR SON SITE INTERNET

Vigilance Entreprises : Attention aux courriels frauduleux¹⁴⁶

A l'attention des employeurs : France Travail vous met en garde contre l'envoi de courriels frauduleux demandant vos identifiants et mots de passe, et vous rappelle quelques consignes de sécurité.

IMPORTANT

Si vous recevez une demande de ce type dont l'émetteur se fait passer pour France Travail, il s'agit d'un courriel frauduleux, également appelé tentative d'hameçonnage (phishing en anglais). France Travail n'est pas à l'origine de ces envois de courriels et vous ne devez pas y répondre.

Vos identifiants et mots de passe d'accès à votre "Espace Recruteur" vous sont strictement personnels : vous ne devez jamais les communiquer à un tiers. Sachez qu'en aucun cas les services de France Travail ne vous demanderont ces informations, que ce soit par courriel, téléphone ou courrier postal.

QUE FAIRE SI VOUS AVEZ REÇU UN COURRIEL FRAUDULEUX ?

Ne répondez pas au courriel et ne fournissez pas les données qui vous sont demandées. Supprimez le courriel frauduleux de votre boîte de messages. Si vous avez un doute sur un message, contactez votre conseiller France Travail. Si vous avez communiqué vos identifiants d'accès à votre "Espace Recruteur", signalez-le au plus vite à votre conseiller France Travail.

France Travail a été informé de la circulation de courriels frauduleux. Nos services mettent tout en œuvre pour stopper ces agissements et préserver la sécurité des recruteurs et des candidats. En restant vigilant, vous contribuez à la sécurité numérique de tous.

EN SAVOIR PLUS

Pour en savoir plus sur le piratage informatique de type "phishing", et pour mieux vous en prémunir, vous pouvez consulter le site de [l'Agence nationale de la sécurité des systèmes d'information](https://cybermalveillance.gouv.fr/). Et [téléchargez](#) la fiche conseil rédigée en partenariat avec cybermalveillance.gouv.fr.



¹⁴⁶ [Vigilance Entreprises : Attention aux courriels frauduleux | France Travail \(pole-emploi.fr\)](https://cybermalveillance.gouv.fr/)

LES DIFFÉRENTES ARNAQUES RECENSÉES



ACTE DE CYBER-MALVEILLANCE, SOYEZ VIGILANTS !

Suite à un acte de cyber-malveillance dont l'un des prestataires de Pôle emploi a été victime, des informations personnelles concernant des demandeurs d'emploi sont susceptibles d'être divulguées.



ARNAQUES AU CPF (COMPTE PROFESSIONNEL DE FORMATION), SOYEZ VIGILANT !

Les tentatives d'arnaques au CPF sont en très forte augmentation. Soyez vigilant ! Les parrainages, les offres d'emploi conditionnées à l'utilisation de votre CPF ou toute autre sollicitation sont des pratiques frauduleuses. Pour utiliser votre CPF, un seul site officiel moncompteformation.gouv.fr.



ARNAQUE VIA UNE PROPOSITION DE MICRO-CRÉDIT

Appel à la vigilance, nous observons une recrudescence de mails frauduleux envoyés à certains demandeurs d'emploi.



ARNAQUES À L'EMPLOI : ADOPTEZ LES BONS RÉFLEXES

Pôle emploi et Cybermalveillance.gouv.fr s'associent pour vous proposer 2 fiches portant sur les risques cybercriminels liés aux propositions et aux offres d'emploi. Ces fiches vous apportent des conseils pratiques pour vous prémunir des arnaques à l'emploi, et agir si vous en êtes victime.



VIGILANCE CANDIDATS : FAUX MAILS USURPANT LE NOM DE PÔLE EMPLOI

Appel à vigilance



PROPOSITIONS COMMERCIALES REÇUES DANS VOTRE BOITE MAIL

Appel à vigilance



L'IMPORTANCE DE BIEN ACTUALISER VOTRE SITUATION MENSUELLE

Soyez vigilants lors de votre actualisation, aux oublis ou erreurs qui ont des conséquences.



PUBLICITÉ MENSONGÈRE : SOYEZ VIGILANTS

Pôle emploi vous informe.

[Soyez vigilants ! | France Travail \(pole-emploi.fr\)](http://FranceTravail.pole-emploi.fr)

■ ■ ■ ANNEXE 6 : UN EXEMPLE D'INFORMATION SUR LES RISQUES D'USURPATION D'IDENTITE EFFECTUEE PAR L'URSSAF SUR SON SITE INTERNET

Tentatives de fraude : soyez vigilants !¹⁴⁷

Des actions et tentatives de fraudes relatives au paiement des cotisations URSSAF sont actuellement constatées : soyez vigilants !

Des personnes malveillantes diffusent, au nom de l'URSSAF, de fausses mises en demeure et des attestations de compte à jour. Appels, courriers, courriels, SMS, les tentatives d'hameçonnage (phishing) sont nombreuses. Dans ce contexte, nous vous rappelons les précautions à prendre afin d'éviter les risques de fraude.

Vous avez un doute sur l'information communiquée, que faire ?

Vérifiez l'adresse de messagerie de l'expéditeur : celle-ci doit vous alerter sur son identité. L'URSSAF utilise les domaines informatiques suivants : @URSSAF.fr ; @info.URSSAF.fr ; @enquete.URSSAF.fr ; @acoss.fr. Toutes nos offres de service comportent le nom de domaine « *URSSAF.fr* », le site institutionnel de l'URSSAF se termine par « .org » : URSSAF.org. Dans le cadre du transfert de la collecte des cotisations Cipav, vous pourrez aussi recevoir des messages émis depuis communication@info.URSSAF.lacipav.fr ;

Examinez le contenu du message : soyez attentifs aux fautes d'orthographe, à la façon dont le message est rédigé ;

Contrôler vos informations personnelles : assurez-vous de la véracité des informations qui vous concernent, notamment votre numéro de compte URSSAF. La présence de votre nom, prénom, adresse, Siren et Siret n'est pas suffisante car ces données sont souvent disponibles sur internet ;

Inspectez le Rib et l'Iban : les comptes de l'URSSAF sont domiciliés en France et l'Iban commence par FR. Si le compte du Rib joint à la demande est domicilié à l'étranger et que l'Iban ne commence pas par FR, il est alors frauduleux. Un Iban commençant par FR n'est pas un gage suffisant de sécurité. Au moindre doute, contacter votre URSSAF.

Important : toutes les démarches que vous effectuez sur nos sites et toutes nos offres de service sont gratuites.

Vous souhaitez vous prémunir contre les risques de fraude ?

Utilisez votre espace en ligne pour le paiement de vos cotisations : plusieurs moyens de paiements sécurisés sont mis à votre disposition pour s'adapter à la souplesse dont vous avez besoin, comme le télépaiement. Afin de sécuriser les transactions avec l'URSSAF, les employeurs qui payent leurs cotisations par virement, peuvent obtenir les coordonnées bancaires de l'URSSAF directement depuis leur compte en ligne ;

Ne communiquez pas vos coordonnées personnelles : l'URSSAF ne vous demande jamais vos coordonnées bancaires ou mot de passe par téléphone ou courriel, elle vous invite systématiquement à utiliser la messagerie sécurisée de votre espace en ligne ;

Votre mot de passe est personnel : l'URSSAF n'a pas à le connaître ;

Ne cliquez pas sur un lien qui vous semble suspect.

¹⁴⁷ [Tentatives de fraude : soyez vigilants ! - URSSAF.fr](https://www.urssaf.fr/ressources/actualites/2017/07/20170720-tentatives-de-fraude-soyez-vigilants)

Pensez aux réseaux sociaux : les tentatives d'usurpation de l'URSSAF sont relayées par nos différents moyens de communication : actualités sur www.URSSAF.fr, Twitter, Facebook, YouTube ou encore LinkedIn.

Retrouvez tous nos conseils pour éviter les pièges.

Si malgré tout le doute persiste, contactez l'URSSAF. Nos conseillers sont à votre écoute pour vous orienter selon votre situation.

■ ■ ■ ANNEXE 7 : EXEMPLE DE SENSIBILISATION MSA POUR LES ADHERENTS

Fraude sur internet ou par téléphone, soyez vigilant !

Mis à jour le 4/07/2023

Avec l'essor du numérique, les tentatives d'escroqueries se multiplient pour vous inciter à communiquer vos informations personnelles. Parfois difficiles à repérer, elles nécessitent une grande prudence de votre part. De manière générale, la MSA ne vous demandera jamais par email ou SMS des informations personnelles telles que des coordonnées bancaires. Retrouvez quelques conseils utiles pour limiter les risques.

Comprendre les risques

Le phishing (ou hameçonnage) est une technique de piratage utilisée par des tiers malveillants pour récupérer des informations confidentielles le plus souvent à partir d'un email ou d'un SMS.

En général, vous recevez un message qui semble provenir d'un organisme officiel (administration, banque, assurance, etc.) et qui vous incite à cliquer sur un lien. Vous êtes alors redirigé vers un site « pirate » qui ressemble à celui de l'organisme officiel et qui vous invite à saisir des données personnelles.

Cette technique se développe aussi par téléphone (hameçonnage vocal ou vishing) et peut prendre plusieurs formes :

- Un message vocal vous demande de rappeler rapidement un numéro fortement surtaxé.
- Une personne, se déclarant par exemple de la MSA, vous contacte pour vous demander des informations confidentielles nécessaires pour résoudre un problème de dossier.

Par SMS, les tentatives de fraude se multiplient notamment par le biais d'applications de messagerie installées sur votre smartphone.

ATTENTION

Si vous répondez à ces sollicitations, vos données personnelles pourront être utilisées à des fins

malveillantes : usurpation d'identité, prélèvement sur votre compte bancaire, utilisation frauduleuse de votre carte bancaire, contamination de votre terminal par un virus ou un logiciel espion...

Comment reconnaître une tentative de fraude ?

À la réception d'un message suspect, certains éléments peuvent vous alerter.

Étudiez la formulation du message Le texte comporte assez souvent : Des fautes d'orthographe ou de ponctuation (absence d'accent), Un mélange d'anglais et de français parfois approximatif, Une mise en forme « brouillon » ou des images de mauvaise qualité.

Ne vous laissez pas impressionner : le ton est souvent impératif et insistant. Vous êtes invité à effectuer immédiatement une action.

L'émetteur du message a souvent recours à de fausses promesses (un remboursement, un paiement exceptionnel, une nouvelle carte Vitale ...) ou à des menaces déguisées (« votre compte sera supprimé, « vos cotisations vont exploser »).

Soyez attentif au lien cliquable

Vous pouvez vérifier l'adresse du site de destination par un survol de ce lien avec la souris (sans cliquer). Lors d'une tentative de fraude, l'adresse indiquée présente souvent de petites différences avec celle du site officiel (par exemple un caractère qui change dans le nom de l'organisme).

Rendez-vous d'abord sur le site de l'organisme pour vérifier son adresse. S'il s'agit d'une adresse différente, méfiez-vous.

Les sites officiels, dont celui de la MSA, sont généralement sécurisés. Lorsque vous renseignez des données personnelles, vérifiez toujours que le site est bien en https (S pour site sécurisé) : <https://www.msa.fr>, <https://monespaceprive.msa.fr> ; <https://www.impots.gouv.fr>...

BON À SAVOIR

La MSA vous demandera des informations personnelles uniquement après connexion à votre compte sécurisé « Mon espace privé » dont l'adresse commence toujours par « <https://monespaceprive.msa.fr>... ».

Comment réagir ?

Lorsque vous recevez un email, un SMS ou un appel qui vous paraît suspect, ne donnez pas suite à la demande :

Ne répondez pas au message (email ou SMS) ;

Ne appelez pas le numéro indiqué ;

Ne cliquez pas sur les liens à l'intérieur du message ;

N'ouvrez pas les pièces-jointes.

Au moindre doute, le plus prudent est de contacter directement votre MSA pour confirmer et signaler cette tentative de fraude.

Pour joindre un conseiller, utilisez le numéro de téléphone officiel de votre MSA. Il s'agit de celui indiqué dans les derniers courriers reçus ou disponible dans la rubrique « Nous contacter » sur le site de votre MSA.

Si vous obtenez confirmation qu'il s'agit d'une escroquerie, vous pouvez le signaler sur le site du gouvernement puis supprimer le message de votre boîte de réception.

Et s'il est trop tard... ?

Si toutefois, vous avez communiqué vos coordonnées bancaires à la suite d'un message suspect, contactez au plus vite votre banque et surveillez les débits anormaux sur votre compte.

A RETENIR

Ne communiquez jamais de données personnelles (en particulier vos coordonnées bancaires) à la suite d'une sollicitation par email ou par téléphone. Si la MSA vous verse déjà des prestations, elle dispose déjà de vos coordonnées bancaires.

Pour aller plus loin

Pour vous informer sur ces pratiques ou pour signaler une tentative d'escroquerie, le gouvernement a mis en place :

Un site Internet « internet-signalement.gouv.fr »

Un site d'assistance et de prévention du risque numérique <https://www.cybermalveillance.gouv.fr>

Un numéro vert gratuit 0 805 805 817.